



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

Tome 1 : Rapport définitif

**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  
Janvier 2023



## SYNTHÈSE

[1] Par lettre de mission en date du 3 mars 2022, l'IGAS a été saisie en vue de procéder à l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'Etat et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour la période de 2018 à 2022. Il s'agit de la sixième COG liant l'Etat et la CNAM, conformément à l'article L.227-1 du code de la sécurité sociale. Elle concerne l'établissement public national et son réseau en charge de la branche maladie dont le poids budgétaire (239,5 Md€ de dépenses au titre de l'ONDAM en 2021) et les enjeux sont majeurs au sein de la protection sociale.

[2] Cette COG est structurée autour de cinq axes stratégiques : renforcer l'accessibilité territoriale et financière du système de soins, contribuer à la transformation et à l'efficacité du système de santé, 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. Elle comprend 167 actions à réaliser, d'inégale portée, et définit une trajectoire de moyens, déclinée par lettre interprétative en une trajectoire d'effectifs. Fin 2017, année de référence de la trajectoire de la COG, le budget de fonctionnement et d'investissement s'élevait à 5,552 Md€ de budget et la CNAM et son réseau comptaient 64 806 ETP.

### **La COG 2018-2022 s'est déployée à compter de 2020 dans un contexte de crise sanitaire d'une ampleur exceptionnelle dont la CNAM et son réseau ont été des acteurs essentiels**

[3] La crise COVID a profondément marqué le déploiement de la COG. L'évaluation conduite par la mission a pris en compte cette réalité qui a fortement pesé sur l'activité de l'assurance maladie et sur sa trajectoire de moyens, modifiée<sup>1</sup> par un avenant à la COG. Ce contexte a aussi pesé sur l'exercice d'évaluation de la COG car il n'a pas été toujours aisé de distinguer l'impact propre de la crise sanitaire et des difficultés de gestion plus structurelles dans l'appréciation de certains résultats, dont certains concernent de lourds processus ou chantiers. A noter que cette crise pèse toujours sur l'activité de certains services de l'assurance maladie au moment de la finalisation du présent rapport.

[4] **S'il ne revenait pas à la mission de faire, en tant que quel, le bilan de la gestion de la crise par la CNAM, force est de constater l'engagement massif de cette dernière dans la lutte contre le COVID.** La caisse et son réseau se sont vu confier l'activité de *contact tracing*<sup>2</sup> ; ils ont été fortement engagés, aux côtés des agences régionales de santé (ARS), dans l'organisation du dépistage et de la vaccination, ainsi que dans l'information du public et la mobilisation des professionnels de santé. Pour ce faire, des renforts exceptionnels ont été accordés à la branche maladie grâce à l'avenant : 1200 CDI en 2021 ramenés à 900 en 2022, et jusqu'à 5 800 CDD ou intérimaires.

[5] **La CNAM et son réseau ont fait preuve, dans la crise, d'une très grande mobilisation et d'une forte réactivité, en relevant des défis opérationnels multiples.** Ils ont développé de nouveaux modes d'action, en particulier en matière de segmentation des publics, d'outils de prise de contact de masse, de démarches d'«aller vers» les plus fragiles et de développement de systèmes d'information. Ces démarches devront être capitalisées au-delà de la gestion de crise, d'autant que les assurés ont eux aussi changé leurs comportements, avec une explosion de l'usage des téléservices du compte AMELI. L'assurance maladie a renforcé également ses partenariats dans les territoires.

---

<sup>1</sup> A la connaissance de la mission, il s'agit de la première COG à avoir fait l'objet d'un avenant en cours de période.

<sup>2</sup> Cette activité a mobilisé jusqu'à 6 700 collaborateurs,

[6] **La crise sanitaire a eu un lourd impact sur l'activité des équipes de l'assurance maladie**, mobilisées pour partie sur la gestion de crise, tout en assurant leur cœur de métier, en particulier en direction des assurés. Elle a conduit à prioriser et dé-prioriser certaines activités, avec des conséquences sur l'atteinte de certains objectifs de la COG<sup>3</sup>. Elle a induit une gestion des ressources humaines très lourde pour assurer le recrutement de milliers de CDD ; elle a généré une surcharge d'activité, en particulier dans le traitement des indemnités journalières (IJ) qui a induit à son tour une forte mise sous tension de la relation client.

[7] La mission recommande que cette expérience inédite fasse l'objet d'une double capitalisation : d'une part la **production d'un retour d'expérience (RETEX) début 2023**, d'autre part **l'élaboration par la CNAM d'un schéma global de gestion de crise prévoyant des principes organisationnels à décliner selon une typologie de crises possibles**.

**La mise en œuvre opérationnelle et le suivi de la COG ont bénéficié d'un dispositif performant de pilotage par la CNAM de son réseau**

[8] Le suivi de la COG par les tutelles s'exerce à travers un pilotage budgétaire trimestriel et un bilan annuel détaillé de l'ensemble des engagements de la COG, complétés par des échanges au fil de l'eau. La transversalité de ce suivi au sein des administrations centrales peut probablement encore progresser, en particulier s'agissant de l'implication de la délégation du numérique en santé.

[9] Le pilotage de la COG au sein de l'assurance-maladie repose principalement sur les contrats pluriannuels de gestion (CPG) passés entre le siège et les organismes du réseau, qui relaient et complètent les priorités de la COG (notamment en cas de réformes ultérieures à la signature de la COG), auxquels d'autres outils de pilotage et de *reporting* thématiques contribuent aussi<sup>4</sup>. Les outils de pilotage de l'activité ont progressé sur plusieurs aspects au cours de la COG<sup>5</sup>. Nonobstant une certaine lourdeur du dispositif, **un équilibre a été trouvé dans les relations entre le siège et le réseau entre un pilotage serré et une dimension participative** assortie des relations horizontales nourries (benchmark et échanges de bonnes pratiques au sein du réseau).

**Si une grande partie des engagements de la COG a été tenue et des réformes importantes menées à bien, la dégradation du traitement des indemnités journalières et les retards dans le développement des systèmes d'information constituent les deux principaux points de faiblesse de la période**

[10] En dépit de la crise, la CNAM a tenu une grande partie des engagements initiaux et mené à bien de grands chantiers, certains prévus d'emblée (comme l'intégration d'autres régimes) d'autres non (comme la mise en place de la complémentaire santé solidaire, du 100% Santé, de Ma santé 2022 et de l'espace numérique de santé « Mon Espace Santé »)<sup>6</sup>.

[11] **Pour autant, la mission a relevé plusieurs points majeurs de sous-performance, qui témoignent de difficultés structurelles amplifiées par la crise** : la gestion des indemnités journalières (IJ), la relation client (téléphonique et par mails), les retards dans les projets informatiques ainsi que le manque d'évaluation de ces derniers en termes de gains d'efficience.

---

<sup>3</sup> Suspension de l'accueil du public lors du premier confinement, suspension ou mise en œuvre en mode dégradé de certaines activités : traitement des indus, lutte contre la fraude, programmes Prado, actions de gestion du risque...

<sup>4</sup> Suivi hebdomadaires de six processus clefs, outils de pilotage budgétaire et d'effectifs, scoring annuel en termes de productivité globale, dialogue de gestion notamment.

<sup>5</sup> Déploiement de la data-visualisation qui restitue les données de pilotage sous forme graphique et cartographique, avec des comparaisons dans le temps et l'espace ; suivi hebdomadaires de six processus clefs, dialogues de gestion.

<sup>6</sup> Ces chantiers ont été conduits sans révision de la COG.

[12] S'agissant du bilan de chaque axe stratégique de la COG, la mission souhaite mettre en exergue les points suivants :

**L'organisation du réseau a été marquée par l'intégration globalement réussie d'autres régimes et le renforcement du dispositif de redistribution d'activités entre caisses**

[13] En termes d'organisation du réseau, le chantier majeur de la COG a consisté dans l'intégration réussie des régimes étudiants, fonctionnaires et du régime social des indépendants (RSI) qui ont représenté l'apport de 9 millions d'assurés et 4 000 ETP. Cette opération de grande ampleur avec des impacts lourds en termes de ressources humaines et de systèmes d'information (SI)<sup>7</sup> a été globalement bien menée, sachant que l'intégration du RSI a été réalisée en 2020, au plus fort de la crise sanitaire.

[14] Au prix de rééquilibrages significatifs entre CPAM, l'intégration a finalement donné une relative marge de manœuvre à l'assurance maladie en lui permettant notamment de renforcer de 450 ETP le dispositif d'entraide et de mutualisation d'activité. Globalement, les engagements en termes de qualité de services ont été tenus (nonobstant l'impact de la crise sur les canaux de contact vécue par tous les assurés). L'adaptation de l'offre de services aux besoins spécifiques de ces nouveaux publics (en termes de prévention, de relation de services) a été amorcée mais devra être prolongée sous la prochaine COG.

[15] **Comme prévu par la COG, le dispositif de redistribution d'activités entre CPAM a été renforcé<sup>8</sup>.** Les effectifs relevant de ce dispositif ont été augmentés de 1 200 ETP, principalement dans le champ de la relation clients (plateformes d'accueil téléphonique et de traitement des mails) et représentent désormais près de 18 % des effectifs des CPAM. Le dispositif a cependant atteint un seuil et n'appelle que des ajustements dans les années à venir. Cette redistribution d'activités s'inscrit dans un contexte de très fort attachement de la branche à la maille départementale, avec des CPAM dont les effectifs varient de 1 à 20. Sur ce registre sensible, la COG n'avait prévu aucun objectif ; on observe toutefois quelques rapprochements fonctionnels entre CAF et CPAM de petite taille, à poursuivre sur la base d'initiatives locales.

**Dans un contexte de bouleversement des priorités lié à la crise sanitaire, les systèmes d'information font l'objet d'un bilan demi-teinte au vu des enjeux**

[16] La *roadmap* initiale qui visait à réduire l'ampleur de la dette technique et à opérer des refontes d'applicatifs métiers très attendues, n'a pas été tenue. Le déplacement des priorités et des ressources humaines pour produire les outils numériques de gestion de crise et l'espace numérique de santé, a pu contribuer à ce que des projets métiers majeurs aient été décalés en fin de COG (livraison en juin 2022 d'une première version d'INDIGO pour la gestion de la C2S), soit repoussés au-delà de la COG (ARPEGE TS pour la gestion des IJ des travailleurs salariés). On note toutefois des avancées, comme la connexion d'INDIGO au dispositif de ressources mensuelles (DRM) ou la mise en place de nombreux robots digitaux. Par ailleurs la mission déplore l'absence d'évaluation des retours sur investissement des projets (*ex ante* et *ex post*), en particulier en termes d'effectifs, compte tenu des enjeux fonctionnels et financiers.

<sup>7</sup> Bascule des assurés dans les SI de gestion de la CNAM et déploiement d'ARPAGE TI pour gérer les indemnités journalières des travailleurs indépendants

<sup>8</sup> Ce dispositif permet d'une part d'équilibrer la charge d'activité et les effectifs confiant à des caisses « prenantes » des activités exercées au titre de plusieurs autres caisses (mutualisation), et d'autre part de soutenir des caisses en difficultés conjoncturelles en prenant une partie de leur activité sur certains processus (entraide). Il s'agit de déplacer les activités plutôt que les salariés.

[17] Les SI resteront un enjeu majeur de la prochaine COG, à la fois en termes de qualité de services et de contribution à une trajectoire de réduction des effectifs. **Il est indispensable que la CNAM et son réseau mais aussi les tutelles puissent à l'avenir disposer d'une évaluation de l'impact des projets ; cette exigence doit figurer dans la prochaine COG ; un travail méthodologique en interbranches pourrait utilement y contribuer.** Par ailleurs un audit de la fonction SI, que la mission n'avait pas vocation à mener (sur la dette technique, l'état du parc applicatif, le niveau d'externalisation, l'équilibre charges/moyens...) apparaît pleinement justifié compte tenu des enjeux, si possible en interbranches.

**En termes de qualité de service, les engagements ont été inégalement tenus, avec des progrès substantiels en matière de téléservices, mais une dégradation inquiétante de la gestion des indemnités journalières qui appelle un plan d'action global**

[18] **La gestion des indemnités journalières est le principal point noir de la période en termes de qualité de service car elle met gravement en difficulté les assurés les plus fragiles.** Le COVID, avec l'explosion du nombre d'IJ dérogatoires (plus de 12 millions entre mars 2020 et février 2022), a conduit à une dérive des délais de traitement à rebours des objectifs de la COG. L'existence de délais très longs qui pénalise principalement des salariés à faibles revenus, en situation complexe (pluri-employeurs) interdit le *statu quo*. Par-delà l'impact de la crise sanitaire, existent des causes structurelles à cette qualité de service insuffisante, qui pour certaines ne sont pas imputables à l'assurance maladie : un SI de gestion obsolète, des délais trop longs de transmission des données de rémunération par les employeurs et une grande complexité de la réglementation.

[19] Si la CNAM s'est mobilisée pour apporter des réponses de court et moyen terme<sup>9</sup>, **les difficultés qui vont peser sur le début de la prochaine COG appellent un plan d'action global engageant la CNAM et l'Etat.** La mission propose différentes pistes. Certaines concernent fortement l'Etat : généralisation de la télétransmission des avis d'arrêt de travail par les médecins prescripteurs et de l'utilisation de la déclaration sociale nominative (DSN) par les employeurs, forte incitation au développement de la subrogation, simplifications réglementaires. Concernant la CNAM, le déploiement d'ARPEGE TS doit être affirmé comme l'une des priorités majeures de la prochaine COG, à la fois en termes de délais de déploiement et d'accompagnement des CPAM pour éviter une nouvelle déstabilisation de la production. La généralisation de la télétransmission des arrêts de travail par les médecins mériterait également d'être intégrée aux prochaines négociations conventionnelles.

[20] **La stratégie multicanale<sup>10</sup> qui a été déployée activement, présente des résultats contrastés.** L'usage du compte AMELI et des services en ligne a beaucoup progressé sous l'effet de l'enrichissement très important de l'offre de téléservices et de la crise qui a accéléré leur appropriation par les assurés ; il s'agit d'une réelle réussite. En revanche les volumes d'appels téléphoniques et de mails ont explosé<sup>11</sup>, principalement du fait des retards de paiement des IJ. En dépit de renforts très conséquents<sup>12</sup>, les taux de décrochés et les délais de réponse se sont sensiblement dégradés, les tensions conjoncturelles exacerbant des fragilités structurelles (*turn over* et difficultés de recrutements dans les plateformes). Dans le même temps, la crise a amplifié la baisse de l'accueil physique.

<sup>9</sup> Pilotage hebdomadaire de l'activité de traitement des IJ par les CPAM articulé au déblocage de renforts, travail avec la DSS sur des propositions structurelles.

<sup>10</sup> La stratégie multicanale consiste à offrir le maximum de téléservices pour faciliter les démarches et réduire le recours aux autres canaux de contacts, par ailleurs réorganisés : moins d'accueil physique et davantage d'accueils sur RDV, des accueils téléphoniques et mails industrialisés et professionnalisés au sein de plateformes mutualisées.

<sup>11</sup> Hausse de 25 % des appels téléphoniques entre 2020 et 2021.

<sup>12</sup> 450 ETP sur les plateformes de services téléphonique, 340 ETP pour les plateformes mails.

[21] La prochaine COG devra poursuivre le développement des téléservices et inciter à leur utilisation notamment pour les professionnels de santé, tout en apportant des réponses aux assurés en fragilité numérique pour éviter le non recours aux droits. L'accueil physique en CPAM, toujours nécessaire pour une partie des assurés, devra s'articuler avec le développement des Maisons France Services (MFS) pour garantir une réponse de qualité aux demandes simples et complexes. La consolidation et l'adaptation des plateformes téléphoniques constitueront un chantier en soi.

[22] La CNAM a aussi développé une stratégie en faveur de l'accès aux droits et aux soins selon différentes modalités : l'accompagnement individualisé de certains assurés, le développement des partenariats, des approches populationnelles et d'« aller vers ». Si le cap semble bon, les résultats en nombre d'accompagnements ont pâti de la crise, et les équipes des missions accompagnement santé (MAS) des CPAM, porteuses de cette stratégie, devront être consolidées.

**Les chantiers en matière d'accessibilité financière et territoriale aux soins ont été amplifiés par des nombreuses réformes (C2S, 100 % santé, Ma santé 2022, Ségur du numérique) et relayés par une politique conventionnelle très active**

[23] **En matière d'accessibilité financière**, la CNAM a assuré le déploiement de la C2S fin 2019 puis des mesures de simplification de l'accès à la prestation qui ont suivi<sup>13</sup>, en tenant les cibles de qualité de services de la COG. A la progression dynamique du nombre de bénéficiaires, s'est ajouté l'impact de la C2S avec participation financière, désormais gérée dans 60 % des cas par les CPAM suite au désengagement des complémentaires santé ; la montée en puissance de cette charge constituera un point de vigilance sous la prochaine COG. L'autre réforme importante non prévue par la COG est celle du 100 % santé<sup>14</sup>. Compte tenu des résultats contrastés selon les secteurs, l'assurance maladie devra non seulement poursuivre ses efforts de sensibilisation des professionnels de santé concernés mais aussi renforcer ses contrôles, en particulier dans le champ de l'optique. S'agissant des objectifs de la COG relatifs à la maîtrise des dépassements d'honoraires, ils n'ont été que partiellement atteints : le nombre de médecins adhérents aux contrats OPTAM et OPTAM-CO stagne depuis 2019 et les écarts de dépassements se creusent avec les praticiens non adhérents, ce qui, dans la perspective des prochaines négociations conventionnelles, interroge sur l'efficacité de leviers purement incitatifs.

[24] **S'agissant de l'organisation territoriale des soins, l'assurance maladie s'est fortement impliquée aux côtés des agences régionales de santé, dans le soutien à l'exercice coordonné, avec des résultats encourageants.** Cette implication s'est faite sur deux registres : d'une part une politique conventionnelle très active pour promouvoir financièrement ce type d'exercice, d'autre part un outillage et une organisation du réseau pour aider au montage des projets. Cet accompagnement est désormais considéré comme une mission à part entière des CPAM et des DRSM. Les objectifs en matière de maisons de santé pluri professionnelles (MSP) pourraient être atteints, le nombre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) créées ou en cours de montage a sensiblement augmenté comme celui des assistants médicaux. **L'enjeu pour la prochaine COG consistera à soutenir un changement d'échelle de l'exercice coordonné, tout en veillant à l'effectivité des engagements** et des missions revenant à ces nouvelles structures auxquelles des moyens conséquents sont alloués.

<sup>13</sup> Droit automatique à la C2S pour les bénéficiaires du RSA, présomption d'éligibilité et dossier de demande simplifié pour les bénéficiaires de l'ASPA.

<sup>14</sup> Le 100 % santé a instauré des paniers de soins sans reste à charge après financements de l'AMO et AMC, dans les champs de l'optique, les prothèses dentaires et les prothèses auditives.

[25] **Les résultats sont en revanche moins positifs s’agissant des aides à l’installation, alors que les inégalités territoriales en termes d’accès à des professionnels de santé se creusent.** Les objectifs, pourtant timides, de la COG en matière de contrats de soutien à la démographie médicale n’ont été que partiellement atteints. Les outils conventionnels ne semblent pas à la mesure des enjeux de désertification ou de recul de la couverture médicale sur des territoires de plus en plus nombreux. La prochaine COG aura à intégrer les conclusions du Conseil national de refondation et à s’articuler avec la prochaine convention médicale, pour progresser en la matière.

[26] **La CNAM a été confortée dans son rôle d’opérateur du numérique en santé, dans le cadre d’ambitions sensiblement renforcées par Ma Santé 2022 et par le Ségur du numérique.** Elle s’est vu confier la création et le déploiement de l’espace numérique de santé, dont chaque assuré est désormais doté depuis juillet 2022. Il lui appartient à l’avenir de **s’assurer de l’usage effectif du dossier médical partagé et de faire aboutir d’autres grands chantiers comme la carte Vitale électronique ou la prescription électronique**, dans une relation clarifiée avec les autres acteurs du numérique en santé, notamment la délégation du numérique en santé.

**La politique de gestion du risque a pâti de la crise tandis que la lutte contre la fraude s’est structurée mais doit changer d’échelle**

[27] **En matière de prévention et de gestion du risque**, les projets de la CNAM ont tout particulièrement pâti de la crise. Elle a cependant relancé son programme de rénovation de la gestion du risque (Rénov’GDR) dont il est prématuré de mesurer les premiers résultats, mais qui a, par son caractère participatif, remobilisé les équipes du réseau. Compte tenu de l’importance de ces activités au cœur des missions de l’assurance maladie, la mission invite à poursuivre et à approfondir la démarche Rénov’GDR sur la base d’un premier bilan à réaliser en 2023.

[28] **En matière de lutte contre la fraude**, la CNAM s’est mise en situation de mieux structurer son action, en s’inscrivant dans les orientations du plan d’action ministériel de lutte contre les fraudes sociales 2021-2022, en adoptant une programmation renforcée et pluriannuelle de ses actions et en développant ses outils<sup>15</sup>. Elle a aussi renforcé ses partenariats interministériels<sup>16</sup> depuis 2020. Pour autant, le bilan reste peu probant et pêche par l’absence d’estimation globale de la fraude, par les limites des outils SI et juridiques ainsi que des moyens humains. Au regard de l’ampleur du champ à contrôler et de la complexification des techniques de fraude, **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. Devrait être prise en compte une forme de « retour sur investissement », considérant les détections de préjudices supplémentaires susceptibles d’être apportées par des moyens humains nouveaux.

**La trajectoire de moyens, bouleversée par la crise, devrait être respectée en termes d’effectifs au terme de la COG**

[29] Tous types de dépenses confondus (personnels, autres dépenses de fonctionnement investissement), la COG prévoyait une baisse de 5,7 % des dépenses brutes<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Référentiel national de processus et cartographie des risques, systèmes d’information facilitant la détection et les investigations, mobilisation de *task forces* sur les fraudes à forts enjeux, formation, engagement de travaux d’estimation des fraudes.

<sup>16</sup> Notamment sous l’impulsion de la mission interministérielle de coordination anti fraudes (MICAF).

<sup>17</sup> Passage de 6,5 milliards d’euros en 2017 à 6,179 en 2022.



[30] La trajectoire initiale prévoyait également une baisse de 7 700 ETP à périmètre constant<sup>18</sup>, ramenée à 3 000 ETP avec l'intégration des autres régimes (et la reprise de l'activité correspondante). Ultérieurement, l'avenant de 2021 à la COG a autorisé, au titre de la gestion de crise, 1 200 CDI supplémentaires ramenés à 900 en 2022, à restituer à compter de 2023 si le contexte sanitaire le permet. Cette trajectoire devrait être respectée avec un niveau de 61 879 ETP en 2022, au prix d'une restitution de postes importante en 2022 (près de 1 950) et malgré un nombre de départs à la retraite moins important que prévu.

[31] **Les baisses d'effectifs ont été différenciées au sein de l'assurance maladie.** L'évolution des effectifs a été très contrastée selon les structures<sup>19</sup> et les activités<sup>20</sup>. Les activités fortement dématérialisées<sup>21</sup> et l'accueil physique ont fortement réduit leurs effectifs (- 3 200 ETP entre 2017 et 2021) ; à l'inverse le traitement des IJ, de la C2S et des appels téléphoniques ont crû de 950 ETP. **Globalement, les gains de productivité ont été significatifs : entre 2018 et 2021, la productivité globale<sup>22</sup> des CPAM a progressé de + 22,83 %.**

[32] **En termes de dépenses de fonctionnement, hors crédits de personnel, le point le plus marquant porte sur la forte progression des dépenses d'intérim** (passées de 3,3 M€ en 2017 à 80 M€ en 2021), dont la dynamique a été alimentée par le recrutement de renforts pour la gestion de la crise mais aussi par des difficultés de recrutement qui s'accroissent. Par ailleurs, l'impact de la hausse des dépenses d'énergie et de l'inflation se fait ressentir sensiblement en 2022<sup>23</sup>.

[33] **La mission note que des possibilités d'affectation des reports de crédits de fonctionnement non consommés à une réserve nationale<sup>24</sup>** offrent de la souplesse de gestion à la CNAM et ont facilité le financement des renforts de crise (CDI, CDD et intérimaires) et des dépenses liées au Ségur du numérique.

### **Des éléments d'éclairage pour la trajectoire de la prochaine COG, dans un contexte incertain**

[34] **La trajectoire de la prochaine COG en termes d'effectifs devra équilibrer charges et ressources, ambitions et moyens, dans un contexte où les marges de productivité tendent à se réduire<sup>25</sup> et où le retour de l'inflation et la hausse du coût de l'énergie créent de fortes incertitudes.** Pour éclairer les réflexions sur la future trajectoire, la mission s'est efforcée d'identifier plusieurs paramètres : niveau de départs à la retraite, perspectives d'activité, leviers d'efficacité et risques. Ses éclairages prennent la forme d'estimations et d'ordres de grandeur faute de chiffres précis disponibles à ce stade, dans une logique d'« indices convergents ».

[35] **Selon les estimations de la CNAM, les départs à la retraite continueront de baisser sensiblement<sup>26</sup> ainsi que le *turn over*.** Ce paramètre influe sur la soutenabilité pour les CPAM d'une trajectoire de baisse des effectifs. A titre d'exemple une trajectoire de - 6 000 ETP réduirait à

<sup>18</sup> Passage de 64 806 ETPMA en 2017 à 57 100 en 2022 (hors intégration des régimes et autres ajustements de périmètre) ; après ajustement de périmètre (hors crise) : 61 900 ETPMA

<sup>19</sup> Croissance des effectifs du siège de 13 %, baisse de 1,6 % des effectifs des CPAM, baisse de 10 % des CARSAT

<sup>20</sup> Analyse des données de comptabilité analytique portant sur les ETP en CDI et CDD.

<sup>21</sup> Gestion des bénéficiaires, feuilles de soins papier, courrier papier

<sup>22</sup> Elle est calculée en rapportant le nombre de « bénéficiaires consommateurs pondérés » aux ETP des CPAM.

<sup>23</sup> + 54 % entre 2019 et 2022 sur les marchés d'eau, de gaz et d'électricité

<sup>24</sup> Les reports de crédits sont possibles d'une année sur l'autre et les crédits non consommés et affectés peuvent alimenter une « réserve nationale » utilisée avec l'accord des tutelles pour des réajustements de crédits dans le cadre des budgets rectificatifs.

<sup>25</sup> Des leviers d'efficacité moins puissants s'appliquant à des effectifs en baisse depuis plusieurs années, l'assurance maladie comptait 84 000 ETP en 2003.

<sup>26</sup> Entre 6 800 et 7 500 départs, contre 11 300 pendant la présente COG

moins de 1 % le taux de remplacement des départs en retraite dans les CPAM, une trajectoire de – 4 000 ETP correspondrait à un remplacement d'un tiers, avec des situations très contrastées par caisse.

[36] **En termes de charges, certaines activités à effectifs importants resteront mécaniquement dynamiques ;** c'est le cas surtout des IJ (hypothèses de +2 % par an en moyenne) et de la C2S (hypothèse de + 4 % en moyenne par an). La relation clients (appels téléphoniques et mails) risque de se maintenir à un niveau élevé en début de COG tant que la situation des IJ ne se sera pas améliorée. Pour les activités d'« aller vers », de prévention, d'accompagnement des professionnels de santé en matière d'exercice coordonné, d'installation ou de pertinence des soins et aussi de lutte contre la fraude, la mobilisation de ressources dépendra du niveau des ambitions.

[37] **Les leviers d'efficience identifiés sont de différentes natures, moins puissants que ceux disponibles sous les COG précédentes et soumis à des incertitudes,** au premier rang desquelles la mise en œuvre effective de leurs conditions de réalisation (modifications réglementaires, développement de SI...). La réduction des écarts de performance entre caisses constitue toujours un socle de gains d'efficience, même si sa concrétisation n'est pas mécanique<sup>27</sup>. La poursuite de la dématérialisation et le bon aboutissement de projets SI majeurs constitueront le principal levier d'efficience, avec toutefois des risques quant au calendrier des projets sur la durée de la COG <sup>28</sup>. La mise en place (ou pas) par l'Etat et la CNAM d'un plan ambitieux et global de réforme de la gestion IJ constituera aussi un paramètre important de la future trajectoire.

[38] **A partir de ces estimations qui restent des proxis et dans un contexte de fortes incertitudes liées à l'inflation,** la mission a apprécié l'impact de « fourchettes » de réduction d'effectifs. Une trajectoire de – 3 000 ETP semblerait soutenable compte tenu des paramètres démographiques, des leviers d'efficience et de la dynamique de charges. Une trajectoire entre 3 000 et 4 000 ETP présenterait plus de risques en termes de qualité de services et de capacité d'absorption de nouvelles charges et activités. Une trajectoire au-delà des 4 000 ETP semblerait difficilement soutenable du point de vue de l'équilibre charges/ressources, avec un taux de remplacement des départs à la retraite très contraint et un risque renforcé pesant sur la qualité du service.

#### **En conclusion, la mission souhaite insister sur les priorités suivantes :**

- Déployer sans délai un plan global d'amélioration de la gestion des IJ, en vue de réduire significativement les délais de paiement ;
- Accélérer et sécuriser le calendrier des chantiers de SI métiers, principaux leviers d'efficience et de qualité de service ; conduire un audit sur la fonction SI (notamment équilibre charges/moyens) ;
- Effectuer des estimations de retour sur investissement *ex ante* et *ex post* pour les projets informatiques structurants et les réformes à fort impact sur les processus métiers ;
- Intégrer aux prochaines négociations conventionnelles la recherche de leviers plus efficaces en termes de maîtrise des dépassements d'honoraires, de contribution à la réduction des inégalités territoriales en professionnels de santé et d'usage des outils numériques par ces derniers<sup>29</sup> ;
- Dans un contexte de risque sur le pouvoir d'achat des ménages, veiller à ce que tous les dispositifs réduisant les restes à charge et les avances de frais soient mis en œuvre au

<sup>27</sup> Gain estimé à de l'ordre de 1200 ETP.

<sup>28</sup> Gains estimés à de l'ordre de 1500 ETP

<sup>29</sup> Le ministre de la santé et de la prévention et la ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé ont adressé à l'UNCAM le 28 octobre 2022 la lettre de cadrage contenant les lignes directrices en vue de la prochaine convention médicale pour 2023-27 qui prévoit quatre axes : lutter contre les inégalités sociales, financières et territoriales de santé, développer la prévention et la qualité des soins, libérer du temps médical, déployer le numérique en santé.

maximum de leurs possibilités (C2S, 100 % santé, tiers payant, maîtrise des dépassements d'honoraires).



## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

| n°   | Recommandation   | Priorité | Autorité responsable                   | Échéance       |
|--|--|----------|--|----------------|
| <b>Crise sanitaire</b>                       |  |          |  |                |
| 1  | Organiser en 2023 un RETEX de l'engagement de l'assurance maladie dans la gestion de crise COVID pour en dégager les principaux enseignements et prévoir l'élaboration d'un schéma global de mobilisation de l'assurance maladie dans l'hypothèse d'une future crise.  | 1        | CNAM                                   | 2023           |
| 2  | Conduire une négociation 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.  | 2        | CNAM /<br>UCANSS                       | 2024           |
| <b>Pilotage et suivi de la prochaine COG</b> |  |          |  |                |
| 3  | Etre plus sélectif dans le choix des engagements, identifier ceux considérés comme prioritaires, et mieux faire apparaître les impacts propres des actions de la CNAM dans les critères d'évaluation.  | 2        | Ministère en charge de la santé / CNAM | 2022 -<br>2023 |
| 4  | Pour améliorer le suivi de la COG par les tutelles 1/prévoir la transmission systématique de notes explicatives détaillées des sous-jacents des évolutions budgétaires présentées dans les TBB trimestriels 2/mobiliser pleinement l'expertise de toutes les directions d'administration centrale concernées, 3/formaliser l'appréciation du bilan annuel dans une lettre de la tutelle au directeur général de la CNAM. | 2        | Ministère en charge de la santé / CNAM | 2022 -<br>2023 |
| 5  | Veiller à ce que les indicateurs de résultats choisis dépendent principalement de l'action de la CNAM et de son réseau ; fixer une cible pour chaque indicateur choisi ; s'assurer de la bonne transmission des données à la tutelle.  | 2        | Ministère en charge de la santé / CNAM | 2022 -<br>2023 |
| 24   | Confier à la DNS, parmi les représentants du ministère impliqués dans l'élaboration et le suivi de la COG, un rôle de pilote sur le volet « numérique en santé », ainsi que sur l'élaboration et le suivi du prochain SDSI.  | 2        | Ministère en charge de la santé / CNAM | 2023           |
| 49   | Prévoir des mécanismes de révision de la trajectoire initiale en cas d'inflation très supérieure aux prévisions retenues ou de mesures de revalorisations salariales impactant de manière significative les dépenses de personnel.   | 1        | Ministère en charge de la santé / CNAM | 2023           |

| n°   | Recommandation   | Priorité | Autorité responsable                         | Échéance                                    |
|--|--|----------|--|---|
| <b>Amélioration de l'accès aux soins et accompagnement à la transformation du système de santé</b> |  |          |  |   |
| 12   | Améliorer les informations mises à disposition des médecins traitants par l'assurance maladie pour leur permettre de développer une véritable approche populationnelle de leur activité et les accompagner dans cette nouvelle mission ; faire évoluer le cadre juridique de transmission des données de santé nominatives pour permettre une transmission de données plus large aux CPTS.                           | 2        | Ministère en charge de la santé / CNAM       | 2024  |
| 17   | Veiller à la cohérence des objectifs et des indicateurs en matière de prévention, gestion du risque, exercice coordonné figurant dans les contrats pluriannuels de gestion des CPAM et des DRSM avec ceux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des ARS.  | 2        | Ministère en charge de la santé / CNAM / ARS | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 6  | Poursuivre les démarches de capitalisation concernant les actions d'«aller vers » et accentuer les efforts vers les jeunes, les demandeurs d'emploi de longue durée et les personnes âgées.  | 3        | CNAM   | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 7  | Prioriser les chantiers informatiques concernant la C2S (INDIGO, adhésion en ligne, flux automatisés entre CNAF et CNAM, étude des flux possibles entre DGFIP et CNAM). Prévoir au titre des engagements de l'Etat, l'étude de simplification de la base ressources C2S.   | 1        | Ministère en charge de la santé / CNAM       | 2023  |
| 8  | Préciser les engagements de la CNAM dans le champ du 100 % Santé en matière de communication, de contrôle de sa bonne application et l'associer aux réflexions sur les éventuelles évolutions du dispositif.   | 2        | Ministère en charge de la santé / CNAM       | 2022 - 2023                                 |
| 9  | Prévoir le développement des coopérations stratégiques et techniques (notamment en termes d'échanges automatisés de référentiels) entre AMO et AMC pour faciliter le traitement des sujets d'intérêt commun.   | 3        | CNAM   | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 10   | Afin de favoriser une plus grande maîtrise des taux de dépassement d'honoraires, introduire une dimension désincitative à la non adhésion aux contrats OPTAM et OPTAM-CO et renforcer les contrôles et les sanctions des pratiques tarifaires excessives, en particulier celles de nature réglementaire.   | 1        | Ministère en charge de la santé / CNAM       | 2023  |
| 11   | Approfondir l'analyse des disparités territoriales de couverture par des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des leviers correcteurs ; développer l'accompagnement par l'assurance maladie des organisations coordonnées à l'évolution des besoins, tout en renforçant le suivi des engagements pris et le contrôle des financements. | 2        | CNAM   | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |

| n° | Recommandation   | Priorité | Autorité responsable                         | Échéance                                    |
|----|--|----------|--|---|
| 13 | Poursuivre le déploiement des mesures conventionnelles favorables à la télémédecine, en prévenant ou sanctionnant les mauvaises pratiques, par des contrôles de l'assurance maladie.   | 2        | Ministère en charge de la santé / CNAM       | 2023  |
| 14 | En matière de dépistages organisés des cancers, mettre en œuvre sans délai le transfert des invitations à la CNAM ; contribuer au lancement d'expérimentations sur le dépistage des cancers du poumon ; organiser et suivre l'auto-prélèvement vaginal.  | 2        | CNAM   | 2023  |
| 15 | Veiller à une coordination étroite des thématiques et du calendrier entre les appels à projets du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) et les programmes des ARS, afin de garantir une cohérence d'ensemble à la politique de prévention.   | 3        | Ministère en charge de la santé / CNAM / ARS | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 16 | Poursuivre et approfondir la démarche Rénov'GDR sur la base d'un premier bilan à réaliser en 2023.   | 1        | CNAM   | 2023 - 2024                                 |
| 18 | Accélérer la démarche d'élaboration des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de parcours à forts enjeux, dans un partenariat renouvelé entre HAS et CNAM ; veiller à l'appropriation de ces outils par le réseau et les professionnels de santé et à leur intégration dans la démarche de gestion du risque rénovée.  | 2        | Ministère en charge de la santé / CNAM / HAS | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 19 | Introduire des indicateurs liés au taux de documents versés par les professionnels de santé dans le DMP, au taux d'utilisation de la messagerie sécurisée et un objectif de déploiement des autres éléments prévus à l'espace numérique en santé (agenda, catalogue de services).  | 1        | CNAM   | 2023  |
| 20 | Réaffirmer l'usage du DMP et des téléservices dans le cadre des prochaines négociations conventionnelles avec les différentes professions en en faisant une condition de versement de l'intégralité du forfait structure pour les médecins ; introduire dans la prochaine COG des indicateurs liés à l'utilisation par les professionnels de santé de l'application carte vitale et de la prescription électronique. | 1        | CNAM   | 2023  |
| 21 | Prévoir la généralisation de la facturation en ligne, d'abord pour les taxis puis pour d'autres professions de santé selon un calendrier échelonné.  | 2        | CNAM   | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 22 | Confier à la même entité au sein de la CNAM l'intégralité des fonctions de MOE et de MOA pour les projets relevant du numérique en santé, ainsi que les budgets associés.  | 3        | CNAM   | 2024  |
| 23 | Préciser les rôles en termes de maîtrise d'ouvrage et de responsabilité de traitement entre DNS et CNAM pour chaque grand projet, et définir des modalités de dialogue de gestion  | 1        | Ministère en charge de la santé / CNAM       | 2023  |

| n°  | Recommandation   | Priorité | Autorité responsable                   | Échéance                                    |
|---|--|----------|--|---|
|   | spécifiques au numérique en santé entre la tutelle et la caisse nationale.   |          |  |   |
| <b>Performance de gestion et qualité de service</b> |  |          |  |   |
| 25  | Mener au niveau national un diagnostic du maillage infra-départemental des CPAM et de leur stratégie d'implantation pour s'assurer de la pertinence de l'organisation actuelle et poursuivre, lorsque cela est nécessaire, la rationalisation des permanences d'agents d'accueil des CPAM dans des lieux tiers, en lien avec le développement des partenariats avec les Maisons France Services. | 3        | CNAM                                   | 2024  |
| 26  | Afin de consolider l'activité des caisses de taille modeste, poursuivre l'attribution d'activités mutualisées en leur faveur et développer le soutien commun des caisses nationales aux projets de rapprochements fonctionnels entre CPAM et CAF sous des formes adaptées au contexte local (directions communes, services supports mutualisés, accueils communs, voire fusion).                 | 3        | CNAM                                   | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 27  | Structurer les partenariats d'accueil au niveau national (en particulier les MFS) et local (autres partenaires locaux) pour mieux articuler les actions en matière d'inclusion numérique et les réflexions sur les outils et les modes de contact à privilégier pour les publics fragiles.   | 2        | CNAM                                   | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 28  | Veiller à l'effectivité des parcours usagers d'accès aux droits mis en place en interbranche et à leur bonne articulation entre eux et avec les partenaires extérieurs.  | 3        | CNAM                                   | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 29  | Clarifier le régime juridique applicable aux échanges de données entre les branches du régime général et publier le décret d'application de l'article 82 de la LFSS 2021 relatif au renforcement du ciblage des allocataires en autorisant l'usage du dispositif de ressources mensuelles (DRM) à des fins de <i>datamining</i> .  | 2        | Ministère en charge de la santé        | 2022  |
| 30  | Organiser dès le début de la prochaine COG, un suivi du plan de déploiement de la nouvelle stratégie multicanale, avec des indicateurs de suivi quantitatifs et qualitatifs et des cibles de résultat exigeantes (en particulier sur le rapprochement des services du <i>front</i> et <i>back office</i> ), afin de faire face à la dégradation de la relation clients.                          | 1        | CNAM                                   | 2022 - 2023                                 |
| 31  | Mettre en place des réponses adaptées aux assurés les plus éloignés du numérique et des démarches administratives afin d'éviter le non recours aux droits. Travailler avec l'Etat à des mesures visant à réduire le non recours aux prestations et dispositifs d'accès aux soins (en particulier C2S et 100% santé) et les évaluer.  | 2        | Ministère en charge de la santé / CNAM | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |



| n° | Recommandation  | Priorité | Autorité responsable                            | Échéance                                    |
|----|---|----------|---|---|
| 32 | Dans le cadre d'un prochain schéma directeur des systèmes d'information, donner la priorité aux outils de gestion pour enfin combler la dette applicative et fournir toutes les informations nécessaires au réseau en amont.  | 1        | CNAM  | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 33 | Conserver un objectif lié à la résorption de la dette technique, et sanctuariser dans le cadre du prochain SDSI les crédits qui lui sont dédiés, autour de 15%.   | 1        | CNAM  | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 34 | Conduire un audit sur la fonction SI, si possible en interbranche, notamment sur l'adéquation charges/moyens et le niveau d'externalisation pour sécuriser sa contribution à l'activité des branches et aux enjeux des prochaines COG.  | 1        | Ministère en charge de la santé / CNAM / UCANSS | 2023 - 2024                                 |
| 35 | Prévoir des indicateurs permettant de suivre les délais de traitement des IJ les plus longs (9ème décile) ; conduire une étude sur le profil des assurés les plus impactés par les délais de traitement longs ; mettre en place un plan d'action spécifique.  | 1        | CNAM  | 2023  |
| 36 | Généraliser l'utilisation de l'AAT dématérialisé par les prescripteurs en : 1/ fixant un seuil minimum d'utilisation (volet 1) dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), 2/ simplifiant son accès pour les prescripteurs en établissement, 3/clarifiant le cadre juridique relatif aux obligations du prescripteur et de l'assuré concernant la transmission des documents nécessaires à la prise en charge des prestations et en tirer les conséquences en termes de sanctions.   | 1        | Ministère en charge de la santé / CNAM          | 2023  |
| 37 | Mettre en œuvre un plan d'action prioritaire destiné à fluidifier et à accélérer le processus de transmission par les employeurs à l'assurance maladie des données de rémunération des assurés reposant sur : la généralisation de l'utilisation de la DSN événementielle par les employeurs, le contrôle de l'effectivité de la transmission des données de rémunération dans des délais impératifs et l'incitation forte au développement, voire, à terme, à l'obligation de subrogation pour les IJ autres que maternité/paternité/adoption. | 1        | Ministère en charge de la santé / CNAM          | 2023  |
| 38 | Assurer le déploiement d'ARPEGE pour l'ensemble des assurés du régime général d'ici à la fin de l'année 2024 au plus tard 1/ en prenant en compte les difficultés et adaptations techniques nécessaires repérées lors du déploiement de l'outil pour les TI ; 2/ en respectant le calendrier de déploiement ; 3/en accompagnant ce dernier de tous les moyens nécessaires pour éviter des retards de traitement pour les assurés.   | 1        | CNAM  | 2024  |

| n° | Recommandation  | Priorité | Autorité responsable                   | Échéance                                    |
|----|---|----------|--|---|
| 39 | Renforcer les échanges de données informatisées entre opérateurs, injectées dans les systèmes d'information métiers des CPAM, pour accélérer la gestion des IJ en particulier des salariés en situation d'emploi « atypique ».  | 1        | CNAM                                   | 2024  |
| 40 | Simplifier la réglementation d'une part en harmonisant la période de référence à 12 mois et les assiettes sur le salaire brut pour le calcul des IJ entre les différents régimes et risques et d'autre part en poursuivant l'instruction des mesures d'harmonisation et de simplification réglementaires engagée par la DSS et la CNAM, en lien avec les engagements qui pourraient être pris par l'Etat dans le cadre de la prochaine COG.                     | 2        | Ministère en charge de la santé / CNAM | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 41 | Renforcer les actions d'information et d'accompagnement des prescripteurs, y compris les médecins spécialistes, sur les bonnes pratiques en matière d'arrêts de travail 1/ en accélérant l'élaboration de nouvelles fiches repères en lien avec les conseils nationaux professionnels (CNP) pour atteindre un taux de couverture de 80% des arrêts prescrits ; 2/ en déployant plus amplement les actions de formation et d'information dès le début de la COG. | 2        | CNAM                                   | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 42 | Renforcer l'efficience de la politique de contrôle des arrêts de travail en 1/ déléguant plus de tâches aux infirmiers de service médical (ISM) pour libérer la ressource médicale pour les tâches où elle est indispensable 2/ en poursuivant l'évolution de la requête unique pour mieux répondre aux besoins des services médicaux en fonction des spécificités de leurs territoires.  | 3        | CNAM                                   | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 43 | Poursuivre la professionnalisation du réseau en matière de fraude en renforçant les formations continues, en organisant des échanges de collaborateurs avec des services extérieurs spécialisés (police, justice, finances) et en s'attachant à recruter, au cours des prochaines années, des collaborateurs disposant, de par leur parcours professionnel antérieur, de solides compétences spécialisées en matière de lutte contre la fraude.                 | 3        | CNAM                                   | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 44 | Poursuivre les travaux d'estimation de la fraude selon un calendrier annoncé. Inscrire cet engagement dans la COG, associé à un échéancier et un indicateur de suivi des résultats d'estimation de fraude.  | 2        | CNAM                                   | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 45 | Sécuriser juridiquement les compétences des directeurs de CPAM en matière de transaction financière en cas de fraude.   | 3        | Ministère en charge de la santé        | 2024  |
| 46 | Poursuivre le développement de l'utilisation du <i>datamining</i> comme outil d'aide à la lutte contre la fraude selon un calendrier élaboré en fonction des risques de fraudes   | 2        | CNAM                                   | A compter de 2023 et                        |

| n°  | Recommandation   | Priorité | Autorité responsable | Échéance                                    |
|---|--|----------|----------------------|---|
|   | pressentis par type de prestation et/ou de professionnel ou prestataire et évaluer leur efficacité en termes de ciblage des dossiers et de résultats obtenus.  |          |                      | sur la durée de la COG                      |
| <b>Définition de la prochaine trajectoire</b> |  |          |                      |   |
| 47  | Effectuer des évaluations chiffrées <i>ex ante</i> et <i>ex post</i> , des gains d'efficacité sur les projets SI, en cours ou lancés pendant la COG, et si nécessaire actualisées pendant les cinq ans de cette dernière ; prévoir leur transmission aux tutelles ; travailler en interbranches sur les méthodes d'évaluation de ces retours sur investissement. | 1        | CNAM                 | A compter de 2023 et sur la durée de la COG |
| 48  | Elaborer, avec l'appui méthodologique de l'UCANSS, un schéma d'orientation de transition énergétique, tenant compte des obligations de réduction de consommations d'énergie.   | 2        | CNAM                 | 2023 - 2024                                 |

## SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SYNTHESE .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>RAPPORT .....</b>  | <b>23</b> |
| <b>1 UNE COG MARQUEE PAR UNE CRISE SANITAIRE EXCEPTIONNELLE DANS LAQUELLE L'ASSURANCE MALADIE A JOUE UN ROLE MAJEUR .....</b>   | <b>25</b> |
| 1.1 DES MISSIONS REDEFINIES QUI ONT PLACE L'ASSURANCE MALADIE AU CŒUR DE LA GESTION DE L'EPIDEMIE.....  | 25        |
| 1.1.1 <i>Une contribution active à plusieurs volets de la lutte contre la pandémie .....</i>  | 25        |
| 1.1.2 <i>Des processus métiers fortement sollicités pour gérer la crise .....</i>   | 27        |
| 1.2 UN CONTEXTE QUI A FORTEMENT IMPACTE LA MISE EN ŒUVRE DE LA COG .....  | 31        |
| 1.2.1 <i>L'adaptation du suivi de la COG.....</i>   | 31        |
| 1.2.2 <i>Des moyens exceptionnels mobilisés pour assurer les missions de crise .....</i>  | 31        |
| 1.3 UNE PERIODE RICHE D'ENSEIGNEMENTS POUR L'ASSURANCE MALADIE .....  | 33        |
| 1.3.1 <i>Les atouts de l'assurance maladie .....</i>  | 33        |
| 1.3.2 <i>L'opportunité de faire évoluer la mise en œuvre de certaines missions .....</i>  | 33        |
| 1.3.3 <i>Se préparer dans l'hypothèse de nouvelles crises.....</i>  | 35        |
| <b>2 UNE GRANDE PARTIE DES ACTIONS PREVUES PAR LA COG A ETE REALISEE MALGRE LE CONTEXTE DE CRISE .....</b>  | <b>37</b> |
| 2.1 CINQ AXES STRATEGIQUES QUI PRENNENT EN COMPTE LES PRINCIPAUX ENJEUX DES POLITIQUES DE SANTE ET D'EFFICIENCE INTERNE.....  | 37        |
| 2.1.1 <i>Une COG qui retrace les enjeux les plus lourds de l'assurance maladie .....</i>  | 37        |
| 2.1.2 <i>Un formalisme de la COG perfectible, concernant tant les engagements que les indicateurs .....</i>   | 40        |
| 2.2 UN DISPOSITIF DE PILOTAGE DE LA COG STRUCTURE .....   | 42        |
| 2.2.1 <i>Le suivi de la COG par les tutelles s'est adapté à la crise.....</i>   | 42        |
| 2.2.2 <i>Des modalités de pilotage par la CNAM performantes, porteuses de visibilité pour l'établissement national et les organismes du réseau .....</i>  | 43        |
| 2.3 SI LA CNAM A POUR L'ESSENTIEL MIS EN ŒUVRE SES ENGAGEMENTS, L'ATTEINTE DES CIBLES FIXEES POUR LES INDICATEURS DE RESULTAT EST PLUS INEGALE.....   | 45        |
| 2.3.1 <i>Les objectifs de résultat n'ont été que partiellement atteints, notamment en matière de qualité de service. 45</i>   | 45        |
| 2.3.2 <i>La CNAM a mis en œuvre, malgré la crise, la plupart des actions prévues à la COG.....</i>  | 47        |
| <b>3 UNE MOBILISATION IMPORTANTE POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS ET ACCOMPAGNER LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE .....</b>  | <b>49</b> |
| 3.1 LES REFORMES DE LA C2S ET DU 100 % SANTE ONT RENFORCE LE ROLE DE L'ASSURANCE MALADIE DANS L'ACCESSIBILITE FINANCIERE AUX SOINS ET LA COUVERTURE SANTE COMPLEMENTAIRE .....  | 49        |
| 3.1.1 <i>La C2S renforce le rôle de l'assurance maladie dans la couverture santé complémentaire .....</i>   | 49        |
| 3.1.2 <i>Une nouvelle dynamique amorcée dans la politique d'accompagnement individuel aux droits et aux soins.. 53</i>  | 53        |
| 3.1.3 <i>La CNAM a activement contribué à la réforme du 100 % Santé dont les résultats restent à conforter ainsi que ceux du tiers payant .....</i>   | 55        |
| 3.1.4 <i>La croissance globale des dépassements d'honoraires témoigne d'un essoufflement du levier conventionnel des contrats OPTAM et OPTAM-CO.....</i>  | 58        |
| 3.2 DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES TRANSFORMATIONS DE L'OFFRE DE SOINS SUR LES TERRITOIRES, SI DES PROGRES TANGIBLES ONT ETE OBTENUS EN MATIERE D'EXERCICE COORDONNE ET DE TELEMEDECINE, LES INEGALITES TERRITORIALES D'ACCES AUX SOINS N'ONT PAS ETE REDUITES ..... | 60        |
| 3.2.1 <i>L'assurance maladie a renforcé son rôle d'accompagnement des transformations du système de santé dans les territoires aux côtés des ARS.....</i>   | 61        |
| 3.2.2 <i>Des résultats prometteurs en matière d'exercice coordonné, plus limités en matière d'aides démographiques .....</i>  | 62        |
| 3.2.3 <i>Un changement d'échelle de la télémédecine sous l'effet de la crise sanitaire à accompagner dans la durée pour éviter d'éventuels effets pervers .....</i>   | 69        |

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| 3.3      | LES POLITIQUES DE PREVENTION, DE PERTINENCE DES SOINS ET DE GESTION DU RISQUE, QUI DEVAIENT EN COURS DE COG ETRE PROFONDEMENT RENOVEES, ONT PATI DE LA CRISE SANITAIRE .....       | 70         |
| 3.3.1    | <i>La prévention, une politique partenariale très touchée par la crise .....</i>   | 70         |
| 3.3.2    | <i>La démarche Rénov’GDR lancée en fin de COG reste à consolider .....</i>   | 73         |
| 3.3.3    | <i>Le chantier de la qualité et de la pertinence, notamment des parcours, doit faire l’objet d’une remobilisation .....</i>  | 77         |
| 3.4      | LA CNAM RENFORCEE DANS SON ROLE D’ACTEUR DU NUMERIQUE EN SANTE .....   | 78         |
| 3.4.1    | <i>Dans le prolongement du chantier du DMP, la CNAM s’est vu confier la mise en place de l’espace numérique en santé « Mon Espace Santé » .....</i>                                | 78         |
| 3.4.2    | <i>Des chantiers du numérique en santé non encore aboutis restent à conduire dans les prochaines années....</i>  | 80         |
| 3.4.3    | <i>Une gouvernance à clarifier en matière de numérique en santé.....</i>   | 82         |
| <b>4</b> | <b>DES ENGAGEMENTS EN TERMES DE PERFORMANCE DE GESTION ET DE QUALITE DU SERVICE INEGALEMENT TENUS .....</b>  | <b>84</b>  |
| 4.1      | LA CNAM A REUSSI L’INTEGRATION DES REGIMES PARTENAIRES.....  | 84         |
| 4.1.1    | <i>La COG prévoit une opération d’ampleur inédite : le transfert des régimes étudiants, fonctionnaires d’Etat et des travailleurs indépendants.....</i>                            | 84         |
| 4.1.2    | <i>La CNAM a globalement atteint les objectifs fixés par la COG en matière d’intégration des régimes .....</i>   | 85         |
| 4.1.3    | <i>La CNAM a su intégrer de manière satisfaisante les personnels issus des différents régimes.....</i>   | 88         |
| 4.2      | UNE ORGANISATION TERRITORIALE DU RESEAU PRINCIPALEMENT MARQUEE PAR LA POURSUITE DE LA STRATEGIE DE REDISTRIBUTION D’ACTIVITES.....   | 90         |
| 4.3      | LA STRATEGIE DE REDISTRIBUTION D’ACTIVITES CONCERNE DESORMAIS 18 % DES EFFECTIFS DES CPAM. ....  | 90         |
| 4.3.1    | <i>Le resserrage du maillage territorial du réseau ne constituait pas un objectif explicite de la COG .....</i>  | 93         |
| 4.4      | LA RELATION CLIENTS DEMEURE UN AXE SENSIBLE D’AMELIORATION DE LA QUALITE DE SERVICES DANS LE CADRE DE LA MONTEE EN PUISSANCE DE LA STRATEGIE MULTICANALE .....                     | 95         |
| 4.4.1    | <i>Une relation client marquée par une double préoccupation de prise en compte des attentes des usagers et d’efficacité du service.....</i>  | 95         |
| 4.4.2    | <i>Une stratégie multicanale partiellement aboutie.....</i>  | 99         |
| 4.4.3    | <i>Des nouvelles pratiques à développer au service d’une amélioration de la relation clients .....</i>   | 102        |
| 4.5      | MALGRE DES AVANCEES, DES RETARDS DANS LE CHAMP DES SYSTEMES D’INFORMATION PREJUDICIALES A LA QUALITE DE SERVICE ET A L’EFFICIENCE.....   | 104        |
| 4.5.1    | <i>La dette applicative .....</i>  | 104        |
| 4.5.2    | <i>La dette technique.....</i>   | 106        |
| 4.6      | L’AMPLIFICATION PAR LA CRISE DES DIFFICULTES STRUCTURELLES DE GESTION DES INDEMNITES JOURNALIERES CONSTITUE LE PRINCIPAL POINT DE FAIBLESSE DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA COG.....   | 107        |
| 4.6.1    | <i>Un processus stratégique pour l’assurance maladie avec un enjeu majeur de délais de paiement pour les assurés les plus fragiles .....</i>                                       | 108        |
| 4.6.2    | <i>La nécessité d’une réponse structurelle forte, complète et rapide à la hauteur des enjeux .....</i>   | 113        |
| 4.7      | EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE, MALGRE UN RENFORCEMENT DURANT LA COG, LE BILAN DE L’ACTION DE LA CNAM EST PEU PROBANT ET APPELLE DESORMAIS UN « CHANGEMENT D’ECHELLE » ..... | 119        |
| 4.7.1    | <i>La caisse nationale s’est mise en situation de mieux structurer son action, en s’inscrivant dans les orientations ministérielles et interministérielles .....</i>               | 120        |
| 4.7.2    | <i>Un bilan à placer en regard du contexte de crise sanitaire et des moyens de la branche .....</i>  | 126        |
| 4.7.3    | <i>Un « changement d’échelle » désormais nécessaire .....</i>  | 128        |
| <b>5</b> | <b>UNE GESTION DES RESSOURCES DE PLUS EN PLUS CONTRAINTE POUR REPOUDRE AUX ATTENTES EN MATIERE DE POLITIQUE DE SANTE, DE QUALITE DE SERVICE ET D’EFFICIENCE .....</b>              | <b>130</b> |
| 5.1      | LA TRAJECTOIRE DE RESSOURCES A ETE FORTEMENT IMPACTEE PAR DES FACTEURS EXOGENES A L’ASSURANCE MALADIE, QUI N’ONT PAS EMPECHE LA POURSUITE DES EFFORTS DE PRODUCTIVITE .....        | 131        |
| 5.1.1    | <i>Un pilotage adaptatif des ressources budgétaires qui a permis à l’assurance maladie de financer des dépenses majeures non inscrites initialement dans la COG .....</i>          | 131        |
| 5.1.2    | <i>Une trajectoire des effectifs initiale exigeante, modifiée pour prendre en compte la gestion de crise, qui devrait être respectée.....</i>                                      | 137        |
| 5.1.3    | <i>Une amélioration sensible de la productivité allant de pair avec le maintien d’écart entre caisses.....</i>   | 142        |
| 5.2      | LES TROIS PRINCIPAUX DETERMINANTS DE LA PROCHAINE TRAJECTOIRE DES EFFECTIFS LAISSENT PRESAGER D’UN EQUILIBRE DELICAT A DEFINIR.....  | 144        |

|       |  |            |
|-------|--|------------|
| 5.2.1 | <i>Des prévisions de départs en retraite moins favorables aux restitutions d'effectifs.....</i>  | 145        |
| 5.2.2 | <i>Les activités dont la charge devrait continuer à augmenter au cours de la prochaine COG.....</i>  | 146        |
| 5.2.3 | <i>Des leviers d'efficience potentiellement mobilisables d'une portée inégale.....</i>   | 147        |
| 5.3   | <b>UNE TRAJECTOIRE DES EFFECTIFS COMPLEXE A DEFINIR POUR PERMETTRE A L'ASSURANCE MALADIE DE REpondre AUX AMBITIONS DE LA PROCHAINE COG .....</b> | <b>155</b> |
| 5.3.1 | <i>La construction et la mise en œuvre de la prochaine COG marquées par des facteurs majeurs d'incertitudes .....</i>                            | <i>155</i> |
| 5.3.2 | <i>Des marges de manœuvre désormais plus limitées concernant les principaux déterminants de la trajectoire .....</i>                             | <i>156</i> |
| 5.3.3 | <i>Hypothèses en vue de la définition de la trajectoire des effectifs 2023-2027 de l'assurance maladie .....</i>                                 | <i>157</i> |
|       | <b>LETRE DE MISSION .....</b>  | <b>159</b> |
|       | <b>OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GENERAL DE LA CNAM COURRIERS DU 21 DECEMBRE 2022 .....</b>  | <b>163</b> |
|       | <b>AUCUNE OBSERVATION DU DIRECTEUR DE LA SECURITE SOCIALE ET DE LA DIRECTRICE DU BUDGET .....</b>  | <b>169</b> |
|       | <b>REPONSES DE LA MISSION .....</b>  | <b>171</b> |
|       | <b>LISTE DES ANNEXES .....</b>   | <b>173</b> |
|       | <b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....</b>   | <b>175</b> |
|       | <b>SIGLES UTILISES .....</b>   | <b>187</b> |

# RAPPORT

## Introduction

[39] Par une lettre de mission en date du 3 mars 2022, le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics, ont demandé à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de procéder à l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'Etat et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour la période 2018-2022 et de faire des propositions en vue de la prochaine convention 2023-2027.

[40] La branche maladie prend en charge la plupart des dépenses résultant des soins de santé de ses assurés et le versement à ses assurés de revenus de remplacement que sont les pensions d'invalidité, les indemnités journalières en cas de maladie non professionnelle et de maternité et les capitaux-décès. Elle porte également différents programmes de prévention et mène des actions visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Elle est également chargée du pilotage des relations conventionnelles avec les professionnels de santé libéraux.

[41] 88 % de la population résidant en France relèvent du régime général de l'assurance maladie. La branche a versé 212,1 milliards d'euros de prestations sociales nettes en 2021<sup>30</sup>, ce qui représente environ 90,7% de ses charges.

[42] S'agissant du fonctionnement courant, l'exécution du fonds national de gestion (FNG), qui comprend les ressources nécessaires au fonctionnement des structures de l'assurance maladie, établissement public et réseau, s'élevait fin 2017, au démarrage de la COG, à 6,552 milliards d'euros (dépenses brutes) tandis que les effectifs étaient de 64 806 ETPMA<sup>31</sup>.

[43] La branche maladie est composée d'un établissement public national, la CNAM, chargée de mettre en œuvre les orientations stratégiques et objectifs inscrits dans la COG, et d'un réseau, qui regroupe des organismes de 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, dont le pilotage et les moyens sont partagés entre la CNAM et la caisse nationale d'assurance vieillesse ainsi que la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile de France), 13 UGECAM (unions régionales qui gèrent plus de 200 établissements sanitaires et médico-sociaux), neuf centres de traitement informatiques (CTI) et trois centres d'édition 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, une caisse commune de sécurité sociale ayant fusionné entre CAF et CPAM dans les Hautes-Alpes, une caisse commune associant les branches maladie, famille et recouvrement en Lozère ; dans

---

<sup>30</sup> Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale. Septembre 2022. Prestations nettes ONDAM et hors ONDAM maladie/maternité.

<sup>31</sup> Equivalent temps plein moyen annuel. Il s'agit d'une unité de mesure des effectifs qui tient compte de la quotité de travail et du temps de présence des personnels.

les DOM quatre 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.

[44] Les CPAM concentrent 75 % du total des effectifs du réseau dont le centre de gravité territoriale se situe à la maille départementale à laquelle l'institution est très attachée.

[45] Une démarche d'évaluation de COG implique en premier lieu la réalisation d'un bilan de sa mise en œuvre et de l'atteinte des objectifs arrêtés. L'évaluation de la COG de la CNAM pour la période 2018-2022 ne déroge pas à cette nécessité. Toutefois, si elle s'avère être un exercice classique, son contexte ne l'est pas : la crise sanitaire, qui n'est pas achevée et aura un impact sur le début de la prochaine COG, a pesé dans les travaux de la mission, au regard de ses conséquences sur tous les axes stratégiques de la COG. Pour autant, il ne revenait pas à la mission de procéder à un retour d'expérience sur la crise sanitaire ; elle s'est limitée à analyser en quoi la crise sanitaire a eu un impact sur la mise en œuvre des engagements prévus dans la COG, sur les moyens et missions de la CNAM.

[46] La lettre de mission a un très large périmètre d'investigation. En accord avec ses commanditaires, la mission a particulièrement approfondi ses travaux sur les thématiques suivantes davantage prioritaires : l'impact de la crise sanitaire sur les moyens et les missions de la CNAM, le cadrage des moyens financiers dans un contexte de fin de crise sanitaire, la lutte contre la fraude, les indemnités journalières, le numérique en santé et les systèmes d'information, la relation de service.

[47] Dans ses travaux qu'elle a menés entre avril et octobre 2022, de manière classique, la mission s'est appuyée sur les rapports relatifs à ses thèmes d'investigation et sur les données fournies par les directions d'administration centrale, en particulier la direction de la sécurité sociale, les autres ministères et opérateurs en lien avec l'assurance maladie, la caisse nationale, les organismes du réseau, ainsi que sur des entretiens et sur des visites de terrain.

[48] La mission s'est ainsi entretenue avec la présidence et les directions métiers de la caisse nationale, différentes directions d'administration centrale, délégations et missions du ministère chargé de la santé et des finances, des opérateurs (par exemple, Institut national du cancer, Haute autorité de santé, Agence du numérique en santé, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Fédération nationale de la mutualité française). Elle s'est déplacée dans les régions suivantes, en articulant visites de niveau régional (directions régionales de la coordination de la gestion du risque et directions régionales du service médical) et visites dans au moins un des départements de la région : Ile-de-France (Paris et Val-d'Oise), Bretagne (Côtes-d'Armor), Centre Val de Loire (Loiret), Auvergne Rhône Alpes (Isère), Grand Est (Haute-Marne), en prenant soin de rencontrer aussi les partenaires de terrain de l'assurance maladie (agences régionales de santé, communautés professionnelles territoriales de santé...).

[49] Le rapport est constitué du présent rapport de synthèse et d'annexes thématiques portant sur l'organisation territoriale du réseau et les dispositifs de redistribution d'activité, les indemnités journalières, la lutte contre la fraude, la dématérialisation et les systèmes d'information, ainsi que sur la trajectoire des moyens. Certaines de ces annexes (organisation territoriale du réseau et mutualisations ; indemnités journalières ; dématérialisation et système d'information ; trajectoire des moyens<sup>32</sup>) ont pour base des notes d'étape produites par la mission à la demande de la direction de la sécurité sociale et qui ont été remises fin juillet 2022. Elles constituent donc des analyses approfondies (et donc d'un volume plus conséquent) des problématiques en cause.

---

<sup>32</sup> Cette note d'étape figurant en annexe n'a pas été mise à jour, les actualisations et compléments ayant été apportés en partie 5 du présent rapport. Les trois autres notes d'étape ont fait l'objet d'une actualisation.



## 1 Une COG marquée par une crise sanitaire exceptionnelle dans laquelle l'assurance maladie a joué un rôle majeur

[50] Par son caractère sans précédent et son ampleur exceptionnelle, **la crise du COVID a profondément bouleversé, à compter du début de l'année 2020, la mise en œuvre de la COG.** L'assurance maladie et ses collaborateurs ont été au cœur de la gestion de la crise, dans leurs activités « socle » mais également du fait des missions nouvelles et lourdes qui leur ont été confiées. Les impacts, évolutifs et prolongés, continuent encore de se faire sentir à la mi-2022. Au-delà des incertitudes qui entourent l'évolution de la situation sanitaire au cours des prochains mois, les effets de la crise pèseront sur la prochaine COG, *a minima* sur la première année.

[51] Cet élément de contexte majeur impacte fortement l'exercice même d'évaluation de la COG. Les deux premières années couvertes par la convention étaient antérieures à la crise sanitaire, elles doivent par conséquent être analysées dans des conditions normales. Mais **à compter du printemps 2020, la crise a affecté l'assurance maladie au travers à la fois de ses missions, de son fonctionnement et des ressources allouées.** Cette première partie a pour objet de présenter ces effets et de **dégager les enseignements qui peuvent être retirés de cette séquence hors normes, pour l'exercice des missions courantes de l'assurance maladie comme dans l'hypothèse de la survenue d'une future crise sanitaire.** Car si elle a exercé une pression forte et constante sur l'assurance maladie et ses collaborateurs depuis le mois de mars 2020, la crise a également mis en valeur leurs compétences et leur engagement et révélé des atouts et potentiels qui pourront s'avérer précieux pour le fonctionnement du système de santé dans les années à venir.

[52] Il ne revient pas à la mission, dans le cadre de ses travaux, d'analyser l'opportunité des décisions prises de confier à l'assurance maladie plusieurs missions nouvelles dans le cadre de la gestion de crise ; elle n'a pas cherché à établir si ces missions auraient pu, et avec quels bénéfices, être confiées à d'autres entités. Une telle analyse relève d'un RETEX global de l'organisation de la gestion de crise. La mission s'est attachée à analyser la manière dont l'assurance maladie a mis en œuvre les missions confiées ainsi que les conséquences induites sur ses activités.

### 1.1 Des missions redéfinies qui ont placé l'assurance maladie au cœur de la gestion de l'épidémie

#### 1.1.1 Une contribution active à plusieurs volets de la lutte contre la pandémie

[53] L'assurance maladie a été positionnée au fil du temps comme un **acteur clef de trois axes de la lutte contre le COVID** - le dépistage, le contact tracing (CT) et la stratégie de vaccination- considérés comme essentiels à l'efficacité du contrôle de l'épidémie et vis à vis desquels de fortes attentes étaient exprimées par les pouvoirs publics. Cette implication s'est faite au niveau national, en lien étroit avec les équipes de crise, et sur le terrain, avec les agences régionales de santé (ARS). Compte tenu de la très grande évolutivité des politiques conduites sur ces trois axes, à chaque étape, l'assurance maladie a dû intégrer les évolutions et adapter son dispositif de réponse ; autre caractéristique des actions conduites, leur très grande échelle et le nombre d'acteurs engagés.

- **La politique de dépistage, une stratégie particulièrement évolutive :** l'assurance maladie a assuré une mission centrale dans la mobilisation des professionnels de santé, le développement de l'offre territoriale de dépistage et l'organisation, en lien avec les ARS, d'opérations de dépistage collectif et d'« aller vers » en direction des populations les plus éloignées des soins. Elle s'est régulièrement adaptée au cours de la période, en fonction de

l'évolution des caractéristiques de l'épidémie, des moyens les plus appropriés pour y faire face et des recommandations formulées par les pouvoirs publics<sup>33</sup>.

- **Le contact tracing** : l'assurance maladie s'est vu confier par le Premier ministre fin avril 2020 la mission de mettre en œuvre le CT dans le cadre du plan de déconfinement du pays afin de casser le plus rapidement possible les chaînes de contamination. Il s'est agi d'organiser et de gérer les plateformes d'appels en direction des personnes infectées et de leurs cas contacts, afin de leur délivrer les consignes de santé publique et de les amener à adopter les comportements appropriés. Ces plateformes, administrées par les CPAM, ont été déployées dans tous les départements<sup>34</sup>, elles ont mobilisé jusqu'à plus de 6 700 collaborateurs simultanément, redéployés depuis les effectifs de l'assurance maladie dans un premier temps (courant 2020) puis recrutés en CDD, formés, encadrés et remplacés tous les six mois (voir 1.3.3)<sup>35</sup>. Là encore, les modalités ont évolué avec la mutation du virus et le nombre de personnes infectées<sup>36</sup>.
- **La vaccination** : à compter de l'automne 2020, l'assurance maladie s'est engagée pour mobiliser et assurer la rémunération des professionnels impliqués dans la campagne de vaccination, pour accompagner la mise en place des centres de vaccination et pour contribuer aux démarches d'incitation à la vaccination (envoi de convocations<sup>37</sup>, identification des personnes non vaccinées et relances, organisation d'opérations d' « aller vers » en direction des populations les plus éloignées des soins).

[54] **L'engagement de l'assurance maladie, au sein à la fois de la caisse nationale et du réseau, a été très transversal. Il a nécessité la mobilisation d'un grand nombre de compétences et de services pour :**

- Concevoir les dispositifs sur le plan réglementaire et les systèmes d'information nécessaires à la gestion de la crise ;
- Mobiliser les professionnels de santé au niveau de la CNAM via en particulier des négociations tarifaires/conventionnelles (coût de prise en charge des tests, vacations de vaccination...) comme au niveau du réseau, en lien étroit avec les ARS (implication effective des communautés professionnelles territoriales de santé CPTS, des officines pharmaceutiques, des professionnels libéraux...);
- Analyser les données de santé publique disponibles pour éclairer les orientations prioritaires à mettre en œuvre en matière de politique de l'« aller vers » ;
- Informer la population aux différents stades de la gestion de l'épidémie et des évolutions des politiques de dépistage et de vaccination, mais également pour répondre à leurs besoins de compréhension des consignes nationales ;

---

<sup>33</sup> Recours aux examens de biologie RT-PCR en laboratoire, organisation d'opérations de dépistage en espace public (« barnum ») au sein de villes et quartiers dont les populations étaient les plus éloignées du système de santé, déploiement des tests antigéniques (TAG) en officines pharmaceutiques puis hors les murs, recours aux auto-tests (ATAG), supervisés ou non, déploiement du pass sanitaire...

<sup>34</sup> 15 plateformes téléphoniques de CT resteront actives jusqu'à la fin de l'année 2022 pour gérer les appels entrants des assurés testés positifs ou cas contacts nécessitant un appui (conduite sanitaire à tenir, régime des IJ...).

<sup>35</sup> Sur l'ensemble de l'année 2021, l'assurance maladie a recensé 14 400 mois de CDI, 64 542 mois de CDD et 1 559 mois d'intérimaires dédiés au CT, soit 80 501 mois sur l'année correspondant à une moyenne mensuelle de 6 708 ETP.

<sup>36</sup> De 10 000 personnes positives par jour fin septembre 2021 à 450 000 en janvier 2022 sous l'effet de la vague OMICRON, ce qui a conduit l'assurance maladie à passer du *contact tracing* au *contact warning* (SMS à tous les assurés testés positifs dont l'assurance maladie disposait des coordonnées, pour leur communiquer les consignes à suivre, y compris pour prévenir leurs personnes contact)

<sup>37</sup> Selon les priorités arrêtées par les pouvoirs publics : professionnels de santé, étudiants en santé, personnes à risques de forme grave de la COVID, catégories d'âge...

- Mettre en place des circuits de financement réactifs à destination des professionnels de santé.

[55] Ces missions ont été conduites en **étroite collaboration avec les pouvoirs publics** (ministère en charge de la santé, Santé publique France, Haute Autorité de Santé (HAS), ARS, préfectures, rectorats) mais également, pour s'adapter au mieux aux spécificités des territoires, avec **les collectivités locales et les partenaires associatifs** impliqués dans le champ de l'action sociale pour toutes les démarches mises en œuvre en direction des publics les plus éloignés du système de santé.

### 1.1.2 Des processus métiers fortement sollicités pour gérer la crise

#### 1.1.2.1 Une forte mise à contribution des collaborateurs de l'assurance maladie

[56] Au-delà des efforts des services de l'assurance maladie pour répondre aux missions qui lui ont été confiées, les impacts de la crise sur l'organisation et le fonctionnement des missions courantes des services ont été nombreux. Ils ont beaucoup varié selon les phases de la crise<sup>38</sup>. Ils peuvent être abordés sous les cinq angles suivants :

- **Les 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 été profonds au travers en particulier de la mise en place du télétravail à très large échelle<sup>39</sup> (accompagné de négociations sociales en urgence, de l'équipement informatique des personnels et d'une sécurisation des accès aux systèmes d'information métiers compte-tenu de la nature des données traitées). Il s'agit d'une évolution notable de la manière d'organiser le travail au sein de l'assurance maladie. De nouveaux équilibres devront être trouvés, hors contexte de crise, avec une incidence potentielle en particulier sur le futur schéma immobilier de la branche.
- **La suspension ou la priorisation d'activités au cours notamment des premiers mois de la crise** (printemps 2020) afin de pouvoir réaffecter des ressources sur des missions prioritaires. Le premier des effets a été la suspension des accueils physiques pendant la période du confinement strict, avec des effets reports sur d'autres canaux (téléphone, mail, téléservices). Des lettres au réseau successives sont venues préciser l'organisation des différentes activités, de façon fine, notamment au moment du premier confinement et en sortie de ce dernier.

---

<sup>38</sup> Printemps 2020, confinement strict ; été/automne 2020 : décruée épidémique et reprise progressive des activités ; Hiver 2021, confinements « assouplis » et fonctionnement des activités en mode dégradé, diffusion du variant delta ; printemps été 2021, déploiement massif de la vaccination ; été/automne 2021, instauration du pass sanitaire et forte montée en puissance de la politique de dépistage ; hiver 2022 diffusion du variant Omicron ...

<sup>39</sup> Le télétravail était très peu développé jusqu'alors à l'assurance maladie.

La lettre-réseau (LR) DDO-50-2020<sup>40</sup> a défini les **missions essentielles à préserver dans le réseau pour garantir la continuité de service sur les principaux processus de production, afin notamment de ne pas pénaliser les assurés dans leurs droits**. Des consignes ont été données concernant les activités à prioriser dans la mise en œuvre de onze processus métiers<sup>41</sup>. S'agissant par exemple des indemnités journalières, la LR insiste sur la nécessité de prioriser l'enregistrement des avis d'arrêt de travail ainsi que la liquidation des indemnités journalières (IJ) forfaitaires des professionnels de santé et des professions libérales. Des mesures exceptionnelles de prorogation de droits ou de report d'échéances ont été prises (complémentaire santé solidaire (C2S), déclarations d'accident du travail-maladie professionnelle (AT/MP)...) pour éviter des ruptures de droits. Des activités ont été suspendues (traitement des indus, gestion du risque (GDR), lutte contre la fraude (LCF) à l'exception des fraudes portant gravement atteinte à l'image de l'assurance maladie).

La lettre au réseau LR-DDO-64/2020<sup>42</sup> communique les consignes destinées à accompagner, à compter du 11 mai, la sortie « *progressive et évolutive* » du confinement<sup>43</sup>.

L'activité a globalement repris à compter de la fin du printemps 2020, mais avec certains reports tels que celui du lancement du programme de mise sous objectifs ou accord préalable des médecins sur-prescripteurs d'indemnités journalières (IJ) ou l'annulation de la campagne 2021 de contrôles des établissements soumis à la T2A<sup>44</sup>. Par la suite, sans que les effets soient aussi profonds que lors des premiers mois de l'épidémie, l'activité de certaines équipes a pu être impactée au gré de l'évolution nationale ou territoriale, de la situation sanitaire.

Pour conjuguer au mieux la montée en charge des activités de gestion de crise et la reprise des activités « habituelles », sous un mode parfois adapté voire dégradé, l'assurance maladie a été autorisée à recruter des renforts de crise qui sont fortement montés en puissance en 2021 (voir partie 1.2.2).

- **Les impacts de la crise sur les dispositifs d'intervention et les processus de gestion de l'assurance maladie.** Ces impacts peuvent résulter de plusieurs facteurs.

**Ils ont été liés à l'introduction de dispositions *ad hoc*** : indemnités journalières (IJ) dérogatoires, assouplissement des conditions de recours aux téléconsultations, rémunération des professionnels de santé ayant suspendu leur activité pendant les périodes de confinement (dispositif d'indemnisation de la perte d'activité - DIPPA) ou intervenant en centre de vaccination par exemple. **Ils ont aussi découlé de l'émergence de nouveaux risques** tels que la lutte contre de nouvelles pratiques frauduleuses parmi les professionnels de santé (fraudes aux tests antigéniques ou aux passes sanitaires) ou les assurés (concernant essentiellement les IJ).

**Enfin, les services ont aussi été fortement impactés par la volumétrie inédite des flux gérés, concernant en particulier les 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 cinq premiers mois de l'année 2022, contre 4,87 millions pour l'ensemble de l'année 2019. Cette situation a entraîné

<sup>40</sup> Diffusion le 19 mars 2020 dans le prolongement de l'intervention du Président de la République annonçant la mise en confinement du pays.

<sup>41</sup> Indemnités journalières, invalidité, reconnaissance AT/MP, rentes, capitaux décès, frais de santé, traitement des enregistrements des activités libérales, gestion des droits bénéficiaires : affiliation, AME et C2S, affections de longue durée, dématérialisation des flux entrants papier, gestion des indus, activités de contrôle contentieux et de lutte contre les fraudes, activités fautives et activités abusives

<sup>42</sup> Diffusion le 5 mai 2020

<sup>43</sup> Deux thématiques méritent une mention particulière : l'officialisation de la mission confiée à l'assurance maladie d'organiser le CT et l'attention du réseau attirée sur les conséquences de la crise en matière économique, sociale et d'accès aux soins avec les risques associés de précarisation des situations, de décrochage social et de retards de soins à rattraper

<sup>44</sup> A la date de finalisation du rapport, cette activité n'avait pas encore été reprogrammée, dans un contexte social toujours sensible dans le secteur hospitalier (voir annexe relative à la lutte contre la fraude).

une très forte tension sur les 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 près de 20 000 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 (voir partie 1.3.3).
- **Enfin, les demandes nombreuses et pressantes de développement et d'évolution de systèmes d'information ou de télé services nécessaires à la gestion de crise.** La partie 1.1.2.2 détaille cette dimension.

[57] Lors de ses échanges avec divers interlocuteurs au niveau de l'établissement public CNAM comme du réseau, la mission a pu constater combien la période avait été et reste marquante pour les acteurs, et combien il était important pour eux de signaler les interférences, directes ou indirectes, de la crise sur l'atteinte des objectifs de la COG dans leurs champs d'activité respectifs. Au regard des circonstances exceptionnelles traversées, cela est compréhensible. Cependant, **afin d'éviter des références systématiques au contexte sanitaire, les circonstances et conséquences de la crise qui sont développées dans cette première partie du rapport ne seront rappelées ultérieurement que lorsque cela sera considéré comme un éclairage indispensable aux analyses développées.**

[58] On relèvera par ailleurs que **sous l'effet d'une forme de chronicisation de l'épidémie, la prise en charge des questions liées au COVID est en train d'amorcer une transition, dans la société comme au sein des services de l'assurance maladie**, vers une gestion plus classique, à l'instar de celle de l'épidémie saisonnière de grippe. La vaccination continue par exemple à être promue, des campagnes de sensibilisation à destination du grand public (respect des gestes barrières) ou de populations ciblées (personnes immunodéprimées) sont menées dans des conditions qui ne sont désormais plus assimilables à de la gestion de crise.

#### 1.1.2.2 Une mobilisation notable pour le développement de systèmes d'information et de téléservices adaptés à la crise

[59] A la demande de l'Etat et au vu des besoins du réseau pour gérer la crise dans ses différents aspects, **la CNAM a développé**, dans des contraintes de temps et réglementaires (respect du règlement général sur la protection des données notamment) très exigeantes, **une dizaine d'outils à destination de différents usagers** : assurés, professionnels de santé, entreprises et/ou agents du réseau de l'assurance maladie.

[60] **Ces outils ont eu chacun vocation à répondre à des besoins de nature très variée** : délivrance de masques aux professionnels de santé via le réseau officinal, suivi des assurés dans le cadre du contact tracing, gestion des pertes d'activité des professionnels de santé, déploiement de la campagne de vaccination, suivi de la situation immunitaire des patients...

Tableau 1 : Outils numériques développés par la CNAM pour la gestion de la crise sanitaire

| Outil  | Usagers de l'outil |             |    |        | Finalité de l'outil   |
|--|--------------------|-------------|----|--------|---|
|  | Assurés            | Entreprises | PS | Agents |   |
| API Immunité   |                    |             |    | X      | L'API renvoie des informations concernant l'immunité d'un patient : date d'acquisition de l'immunité vaccinale (schéma vaccinal complet), le patient est-il immunisé  |
| Attestation Vaccin   | X                  |             |    | X      | Génération de l'attestation européenne et de ses QR CODE  |
| Demande d'avance PS - DIPA (compensation perte d'activité) |                    |             | X  |        | Service permettant aux PS de déclarer auprès des organismes compétents les éventuelles pertes d'activité et ainsi de percevoir des aides de l'état proportionnels permettant de couvrir les charges fixes estimées. |
| Contact Covid  |                    |             | X  | X      | Portail Amelipro permettant de mettre en place le dispositif : Tester, tracer, isoler   |
| Declare (PS, AS, Entreprise, voyageur, TAC, P0)            | X                  | X           | X  | X      | Portail mis en place dans le cadre du Covid-19  |
| Déclare tes Cas Contact                                    | X                  |             |    |        | Portail permettant aux P0 de déclarer ses cas contact après test positif à la covid 19  |
| Declare MP (Concert MP)                                    |                    |             | X  |        | Portail permettant aux professionnels de Santé atteints d'une forme sévère du Covid, de se déclarer   |
| Delivrance de masques                                      |                    |             | X  |        | Suivi des stocks de masques en pharmacie pour délivrance aux PS durant la période du premier confinement et des semaines qui ont suivi la réouverture   |
| Mon rappel vaccin (calculatrice)                           | X                  |             |    |        | Outil d'aide au calcul de la date de la dose de rappel  |
| SI Vaccin  |                    |             | X  |        | Portail mis en œuvre dans le cadre de la campagne de vaccination contre le covid-19   |

Source : CNAM

[61] **Les outils destinés aux assurés, très médiatisés, sont connus et utilisés par le grand public depuis plus de deux ans** : le téléservice Déclare AMELI a été utilisé pour plus de 11 millions de demandes d'arrêt de travail, l'attestation vaccinale a fait l'objet d'environ 54 millions de téléchargements. De même, **les professionnels de santé ont été conduits à utiliser largement les outils** qui leur étaient destinés. A fin 2021, 7 227 128 personnes diagnostiquées positives et 11 814 357 cas contacts ont été saisis sur le portail Contact COVID par les professionnels de santé et les agents de l'assurance maladie. 54 millions de personnes vaccinés ont été enregistrés dans l'outil SI Vaccin.

[62] **Ces outils ont aussi permis de limiter la charge pesant sur les services de l'assurance maladie face à l'explosion du nombre de contaminations.** A titre d'exemple, l'outil Déclare AMELI, développé en quinze jours en novembre 2020, a pu délester les plateformes de services CT par des opérations de masse. Sachant qu'un appel CT dure en moyenne sept minutes, la CNAM chiffre à 440 postes le nombre de postes économisés sur les plateformes.

[63] **La CNAM a en outre dû faire évoluer certains outils existants pour faire face à la crise,** avec notamment la multiplication des contacts téléphoniques avec les assurés : adaptation de Medialog+ pour mettre en place les rendez-vous téléphoniques, adaptation de l'outil de téléphonie Odigo pour le contact tracing... Les CPAM que la mission a rencontrées ont fait part d'une **réelle satisfaction quant à ces outils dont elles ont apprécié les modalités et la rapidité de mise en place ainsi que la pertinence d'usage.**

[64] **Enfin, comme toutes les organisations professionnelles, la CNAM a dû se doter en quelques semaines d'outils de télétravail performants permettant d'assurer la continuité de service.** Plus de 4 000 ordinateurs portables ont été achetés lors de la première vague, 7 000 pendant la deuxième et plus de 3 000 pendant la troisième. Ces dotations se sont accompagnées du

déploiement en deux mois de nombreux comptes VPN<sup>45</sup>, permettant, à date, plus de 50 000 connexions sécurisées simultanées.

[65] **La crise a créé un capital utile pour l'avenir à la fois technique, en termes d'approche du développement de SI et de téléservices, et de relations avec les utilisateurs.**

## 1.2 Un contexte qui a fortement impacté la mise en œuvre de la COG

### 1.2.1 L'adaptation du suivi de la COG

[66] La crise ne peut être regardée comme une période homogène de 24 mois. Elle a été caractérisée par plusieurs séquences dépendant à la fois de la mutation du virus et des outils disponibles pour lutter contre. Elle s'est accompagnée d'incertitudes qui ont compliqué tout au long de la période, pour les pouvoirs publics comme pour l'assurance maladie, la prévisibilité des perspectives de court et moyen termes ainsi que la programmation des activités et la mobilisation des moyens requis. Il est compréhensible dans ces conditions que l'Etat ait opté pour un assouplissement du formalisme du pilotage de la COG et qu'il ait délégué des moyens exceptionnels à l'assurance maladie.

[67] **S'agissant du pilotage de la COG et des CPG, l'assouplissement s'est traduit, par trois types d'adaptations :**

- La révision à la baisse de l'objectif des indicateurs COG liés à la lutte contre la fraude ;
- L'adaptation du nombre d'objectifs inscrits dans les CPG du réseau en 2020 et 2021. Ils sont passés de 47 en 2019 à 26 en 2020, puis à 39 en 2021 pour revenir à 47 en 2022 ;
- Enfin, la cible de certains objectifs des CPG a été revue à la baisse en 2021 pour tenir compte du contexte et ne pas trop pénaliser les caisses et les services médicaux.

### 1.2.2 Des moyens exceptionnels mobilisés pour assurer les missions de crise

[68] Ces moyens ont essentiellement porté sur les **ressources humaines**. Trois phases peuvent être distinguées :

- Dès l'automne 2020, l'assurance maladie a été autorisée à recruter 4 000 ETP en CDD, essentiellement dédiés au CT. Ces recrutements ont été financés sur la réserve nationale des crédits non consommés du fonds national de gestion (FNG)<sup>46</sup> d'octobre à décembre 2020 pour un montant de 41,3 M€, puis sur le FNG tel que prévu par la trajectoire budgétaire de la COG au titre de sa dotation 2021 de janvier à mars 2021<sup>47</sup>.
- L'avenant n°1 (il s'agit en fait du seul avenant) à la COG, signé en septembre 2021 et applicable à compter de février 2021, a acté un abondement exceptionnel du FNG pour 2021 et 2022 et modifié la trajectoire d'effectifs pour tenir compte des missions de CT et d'appui à la campagne de vaccination.

<sup>45</sup> Un *Virtual Private Network*, ou VPN, est un réseau virtuel privé.

<sup>46</sup> Voir les développements de la partie 5.1.1.1.

<sup>47</sup> S'agissant de CDD, ces moyens ne sont pas intégrés aux plafonds d'emploi des trajectoires COG, ils n'ont donc pas nécessité de rehaussement des plafonds ; ils ont toutefois été suivis par la CNAM et la DSS (suivi du niveau indicatif de CDD COG).

Les termes de l'avenant sont 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 en CDD au-delà du 30 septembre 2021.

L'avenant a été complété par une lettre des ministres en date du 8 septembre 2021 qui précise ses modalités d'application, avec le principe de tranches conditionnelles mobilisables en tant que de besoin dans les suites de la tranche ferme.

**Les crédits inscrits à l'avenant correspondent aux recrutements autorisés pour la tranche ferme de 5 800 CDD de mars à septembre 2021 ainsi que 1 200 ETPMA en CDI en 2021 et 900 en 2022<sup>48</sup>.**

- **Trois périodes étaient ensuite envisagées pour la mobilisation de tranches conditionnelles concernant les CDD** : le quatrième trimestre 2021, les premier et second semestres 2022. L'évolution de la situation sanitaire a *in fine* conduit à ce que les moyens suivants soient autorisés pour ces trois périodes :
  - Le financement des 5.800 CDD a été prolongé d'octobre à décembre 2021 (64,3 M€) ;
  - Le nombre de CDD accordés devait initialement être ramené à 2.600 en moyenne sur le 1er semestre 2022. Au regard de la situation épidémique très dégradée en début d'année, l'autorisation a été rehaussée à 2 358 ETP en CDD et 1 682 ETP d'intérim par mois en moyenne sur la période, soit 4 040 ETP (101M€) ;
  - L'accompagnement s'est poursuivi pendant l'été avec une autorisation ramenée à 2 000 CDD / contrat d'intérim en moyenne par mois en juillet et août 2022.
  - Enfin, le fonctionnement de 15 plateformes de CT maintenues jusqu'à la fin de l'année 2022 mobilisera 350 ETP par mois. Cela constituera, sous réserve d'une situation sanitaire maintenue sous contrôle, les dernières autorisations de recrutement exceptionnels accordées par l'Etat à l'assurance maladie dans le cadre de la crise<sup>49</sup>.

[69] **Au final, les renforts auxquels l'assurance maladie a été autorisée à procéder de fin 2020 à la fin 2022 représentent environ 455 M€<sup>50</sup>.**

[70] 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, elle considère que 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.

[71] En complément des renforts humains autorisés, l'avenant n°1 comprenait également des **moyens destinés à financer le développement des SI**. Un abondement du FNG a été prévu à cet effet, à hauteur de 2,1M€ en fonctionnement sur la ligne « maîtrise d'œuvre » et de 3,6 M€ en investissement<sup>51</sup>.

<sup>48</sup> Il est précisé que les 900 ETPMA pourraient rester en 2023 « si les circonstances le permettent ». Le devenir de ces 900 CDI au-delà de l'année 2022 constitue un enjeu important de la prochaine COG.

<sup>49</sup> Le coût des recrutements complémentaires autorisés au second semestre 2022 devrait être d'environ 20M€.

<sup>50</sup> 41, 3M€ au titre de l'année 2020, 229,4M€ au titre de la tranche ferme de l'avenant en 2021 et 2022, 185, 3M€ au titre de l'activation de tranches conditionnelles de l'avenant.

<sup>51</sup> La ligne « maîtrise d'œuvre », du budget de fonctionnement des SI a été portée pour 2021 de 99,8 M€ à 101,9 M€, celle des dépenses en matière d'investissement informatique des organismes du réseau de 34 M€ à 37,6 M€.



## 1.3 Une période riche d'enseignements pour l'assurance maladie

### 1.3.1 Les atouts de l'assurance maladie

[72] Plus encore probablement que pour d'autres acteurs **la crise sanitaire aura agi comme un révélateur pour l'assurance maladie** eu égard aux missions qui lui ont été confiées. Si l'institution et ses collaborateurs ont été mis à l'épreuve, le constat doit être fait qu'ils ont globalement su répondre aux attentes. La crise a également mis en exergue, en les confortant sans doute plus qu'elle ne les a révélés, **trois atouts majeurs** qui devraient s'avérer utiles pour aborder les défis auxquels le système de santé aura à faire face au cours des prochaines années :

- **La réactivité, l'adaptabilité et la forte capacité de mobilisation de la structure** : ces qualités sont particulièrement importantes dans le cadre d'une gestion de crise. Mais elles peuvent également se révéler précieuses dans le management courant de la structure, notamment par la capacité à proposer et à mettre en œuvre rapidement de nouvelles réponses pour répondre aux défis du système de santé ;
- **La proximité des professionnels de santé au sein des territoires** : les représentants de l'assurance maladie, les ARS et les professionnels de santé rencontrés dans le cadre des déplacements ont été nombreux à insister sur l'effet très positif que la crise a pu avoir sur les relations avec les professionnels de santé de leur territoire. Les motifs d'échanges (sur l'évolution de la situation sanitaire et les mesures de gestion mises en œuvre), d'accompagnement (délivrance de dotations de masques, couverture des pertes d'activité) ou de mobilisation (reprise des activités et rattrapage des retards de soins, déploiement d'opérations d'« aller vers », mise en œuvre de la campagne de vaccination) ont été nombreux, ils ont permis de renforcer les liens, d'établir de nouvelles formes de communication et de donner à voir une image différente de l'assurance maladie ;
- **La puissance des capacités de contact** : que cela soit via le compte AMELI et les adresses mail associées, par le canal des SMS ou celui, plus traditionnel, des adresses postales, l'assurance maladie dispose désormais d'une puissante capacité à contacter les assurés et à le faire selon des processus dématérialisés et automatisés qui offrent une souplesse d'usage extrêmement intéressante<sup>52</sup>. Il convient d'utiliser ce potentiel de contact de manière retenue et pertinente, dans le respect des contraintes réglementaires (respect du secret médical et limites de la capacité d'utiliser certains médias, le mail en particulier, lorsque les messages envisagés reposent sur le ciblage de pathologies précises). Néanmoins, la crise a montré combien il pouvait s'avérer utile de disposer d'une telle capacité de contact, notamment en soutien de la politique de prévention.

### 1.3.2 L'opportunité de faire évoluer la mise en œuvre de certaines missions

[73] La crise a également eu pour effet d'envisager sous un angle nouveau certaines politiques internes et de les faire évoluer pour une qualité de service et une efficacité renforcées. Trois peuvent en particulier être signalées :

---

<sup>52</sup> A titre d'illustration, on signalera que pour informer les assurés du passage de l'*opt-in* à l'*opt-out* concernant leur espace numérique en santé, l'assurance maladie a envoyé à l'ensemble des assurés une information, sur plusieurs supports, pour les informer de leurs droits. 65 millions notifications de SMS, 41 millions de courriels et 28 millions de courriers postaux ont été adressés courant 2022. Cette opération n'a pas de lien avec la gestion de crise, elle illustre toutefois la capacité de contact la plus récente de l'assurance maladie en soutien d'une campagne nationale grand public d'importance majeure.

- **La politique de l'« aller vers » individualisé et le renforcement des partenariats locaux :** les collaborateurs de l'assurance maladie rencontrés portent un regard très mitigé sur les actions d'« aller vers » non attentionné qui ont mobilisé un nombre important d'agents pour contacter les personnes non vaccinées sans sélection de critères particuliers d'exposition au risque. Le rapport entre l'investissement mobilisé et les résultats obtenus en termes d'engagement d'assurés dans une démarche de vaccination est jugé très défavorable et la démarche relativement démotivante pour les collaborateurs qui y ont contribué.  
*A contrario*, les actions d'« aller vers » individualisé, consistant, en fonction de critères prioritaires prédéfinis (pathologies, personnes âgées, éloignement ou ruptures des soins, risque de précarisation accrue...), à déployer des actions ciblées de prise de contact, de sensibilisation voire de mise à disposition d'une offre de service<sup>53</sup> ont été considérées comme très utiles et au cœur des missions de l'assurance maladie. L'intérêt de ces démarches et de leur potentiel d'utilisation élargie est clairement renforcé à l'issue de la crise.  
 Par ailleurs, **les bases de données de l'assurance maladie constituent un gisement précieux** lorsqu'elles peuvent être exploitées de manière pertinente, et si possible partagée selon des conditions à définir, avec d'autres acteurs du système de santé. Cela peut concerner des acteurs nationaux tels que la HAS, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Santé Publique France ou le Health Data Hub, mais aussi locaux.  
 La mise à disposition des médecins traitants via AMELI PRO d'informations relatives au niveau de vaccination de leur patientèle a représenté ainsi un **premier pas, important, en direction d'une approche populationnelle de leur activité**. La sélection des informations mises à disposition doit être affinée, les outils proposés améliorés (fonctionnalité, convivialité d'usage) et les praticiens accompagnés dans leur acculturation à cette nouvelle dimension de leur mission. Mais les potentiels et les intentions paraissent réunis. Les politiques de prévention et de dépistage, notamment s'agissant des cancers, devraient tirer un large profit d'une approche renouvelée et plus ambitieuse de l'« aller vers »<sup>54</sup>.
- **L'évolution de la pratique des assurés en matière de canaux de contact :** des évolutions visant à orienter prioritairement les assurés vers l'usage du compte AMELI et des téléservices associés au détriment des autres modes de communication (accueil physique, courriers papier et électroniques, appels téléphoniques) avaient été initiées avant la crise. Celle-ci a amplifié les pratiques des assurés : très forte croissance du recours aux téléservices, forte décroissance des accueils physiques, remontée des appels téléphoniques et des mails, notamment en lien avec la crise de gestion des IJ.
- **Les SI et la conduite de projets SI :** certains outils développés pour la gestion de crise demeureront disponibles en tant que de besoin pour une utilisation future, en l'état ou à adapter selon les besoins d'une nouvelle crise. Ils représentent un réel capital.

---

<sup>53</sup> On pourra citer à ce titre les « barnums » de dépistage déployés à compter du printemps 2020 en Ile de France par exemple, en lien avec l'ARS, au sein de communes/quartiers, dont les habitants, souvent éloignés du système de santé, présentaient des indicateurs de morbi/mortalité dégradés depuis le début de la pandémie ainsi que les équipes mobiles CAF-CPAM qui se sont déplacées dans des lieux d'hébergement pour procéder à des ouvertures de droits (AME, C2S, minima sociaux, domiciliation...).

<sup>54</sup> Voir la partie 3.3 du présent rapport.

**Par ailleurs un nouveau savoir-faire a été acquis en matière de développement en « mode agile » de SI<sup>55</sup>. Des outils ont été conçus dans des laps de temps très courts<sup>56</sup>, l'urgence conduisant les services informatiques (la DDSI au premier chef) à faire évoluer leurs méthodes de développement, en lien le cas échéant avec ses prestataires informatiques. Il reste à voir dans quelle mesure ces nouveaux modes de faire continueront d'irriguer les pratiques des services informatiques au-delà de la crise.**

### 1.3.3 Se préparer dans l'hypothèse de nouvelles crises

[74] La mission constate, au terme de presque deux années et demie de gestion de crise, que l'assurance maladie a répondu aux nouvelles missions qui lui ont été confiées. Il est légitime d'envisager, sans préjuger des conclusions d'un retour d'expérience (RETEX) global de l'organisation de la gestion de crise (au niveau ministériel, voire interministériel) que, dans l'hypothèse de la survenue d'une nouvelle crise sanitaire d'ampleur, elle puisse à nouveau être mobilisée, hypothèse à laquelle il convient qu'elle soit préparée, forte des enseignements de la crise COVID.

[75] L'assurance maladie a prévu de conduire début 2023 un **RETEX interne**, en lien avec ses partenaires de la gestion de crise (Etat, agences sanitaires, représentants des professionnels de santé) pour en dégager les principaux enseignements et proposer un schéma global de mobilisation de ses services dans le cadre d'une future crise.

[76] **Une réflexion interne a été initiée en ce sens au sein de la CNAM, pilotée par le médecin conseil national.** Il n'est pas possible par construction de prévoir la nature d'une éventuelle nouvelle crise sanitaire. Chaque épidémie présente des caractéristiques propres dépendant de sa nature (épidémie virale, catastrophe industrielle ou environnementale...), de sa portée (locale, nationale, mondiale) et de ses conséquences (contagiosité, morbi/mortalité, populations les plus exposées, impact sur le système de santé, moyens opérants de contingentement...) appelant des réponses sanitaires et opérationnelles différentes. Il est néanmoins possible de se préparer à la survenue de telles situations par :

- L'établissement de scénarii de mobilisation selon quelques grandes typologies de crises ;
- Le recensement des ressources dont dispose l'assurance maladie, par typologies de compétences, susceptibles d'être mobilisées en situation de crise, au niveau du siège comme du réseau ;
- La définition des modalités de mobilisation de ces ressources en lien avec les fonctions occupées par les agents (activités suspendues de fait pendant la crise, activités susceptibles d'être dé-priorisées selon différents niveaux d'urgence) ;
- L'adoption de principes organisationnels et de procédures activables en urgence pour définir les réponses que l'assurance maladie sera, en situation, en mesure de proposer<sup>57</sup>.

---

<sup>55</sup> Les différentes méthodes agiles se caractérisent par une planification adaptative, un développement évolutif, une livraison précoce et une amélioration continue, et impliquent un travail collaboratif entre le client/usager, la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre.

<sup>56</sup> A titre d'exemple, l'outil de demande d'avance PS-DIPA a par exemple été développé en 15 jours, entre le 14 avril 2020 (formalisation de l'expression de besoin) et sa date de mise en production le 29 avril 2020

<sup>57</sup> Ce dispositif viendrait en complément des plans de continuité de l'activité (PCA), qui ont de leur côté vocation à organiser la continuité des activités stratégiques internes de la CNAM.

[77] Ce RETEX doit également permettre d'identifier de potentiels difficultés réglementaires ou techniques, pour l'accès et le partage des données par exemple, qui n'ont pu être résolues dans le cadre de la crise COVID et proposer les moyens d'y remédier.

[78] La mission recommande que la préparation de l'assurance maladie à la participation à une gestion de crise soit inscrite dans la prochaine COG et mise en œuvre dès 2023, pour capitaliser sur les enseignements de la crise COVID tant qu'il est encore temps, et pour ne pas prendre le risque d'être pris de court en cas de la survenue d'une nouvelle crise.

**Recommandation n°1** Organiser en 2023 un RETEX de l'engagement de l'assurance maladie dans la gestion de crise COVID pour en dégager les principaux enseignements et prévoir l'élaboration d'un schéma global de mobilisation de l'assurance maladie dans l'hypothèse d'une future crise.

[79] **Par ailleurs, la mission a pu faire le constat, lors de ses échanges avec des représentants de l'assurance maladie, des conséquences induites par une application stricte de l'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 non. Dans la mesure où les négociations engagées avec les partenaires sociaux de l'assurance maladie n'ont pas permis de déroger, dans le cadre exclusif de la crise sanitaire, à cet article et où les pouvoirs publics n'ont pas souhaité imposer une dérogation, les services de l'assurance maladie ont été contraints de renouveler tous les 6 mois au plus les personnes recrutées en CDD dans le cadre de la crise. Les conséquences ont été très lourdes :

- 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 ont été ouverts ;
- Nécessité de former de façon répétée de nouveaux entrants au lieu de capitaliser sur les compétences acquises par les personnes recrutées ;
- Tarissement des viviers de recrutements sur des marchés locaux de l'emploi tendus; d'où le recours à du personnel intérimaire face aux difficultés de recrutements en CDD ;

[80] La mission est consciente des craintes qu'une dérogation à l'article 17 suscite 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 en décembre 2020.

[81] Toutefois, elle recommande, dans la perspective de l'élaboration d'une stratégie de gestion de crise, qu'**une négociation soit conduite en vue de définir les conditions permettant de déroger, dans des conditions exceptionnelles, à l'article 17** ainsi que les garanties de nature à rassurer les partenaires sociaux sur le strict encadrement d'une telle dérogation<sup>58</sup>.

**Recommandation n°2** Conduire une négociation 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.

[82] La crise sanitaire aura marqué fortement la COG 2018-2022. Elle a mis à contribution de très nombreux services/collaborateurs de l'assurance maladie. Pour autant, la mission considère que si

---

<sup>58</sup> Cette négociation pourrait s'inscrire dans le cadre de la définition d'un programme de négociation national sur certaines mesures catégorielles et primes envisagées initialement, et telle que recommandée par la mission IGAS-IGF relative aux enjeux d'intérêt commun aux branches du régime général (Rapport IGAS N°2021-042R et IGF N°2021-M-022-02, Décembre 2021).

ce facteur important doit pris en compte, il ne fait pas obstacle à ce que l'évaluation de la COG soit réalisée de manière complète et exigeante.

## 2 Une grande partie des actions prévues par la COG a été réalisée malgré le contexte de crise

### 2.1 Cinq axes stratégiques qui prennent en compte les principaux enjeux des politiques de santé et d'efficience interne

#### 2.1.1 Une COG qui retrace les enjeux les plus lourds de l'assurance maladie

[83] La COG 2018-22 est construite autour de cinq axes stratégiques. Ces axes sont déclinés en 17 objectifs stratégiques dont le contenu est détaillé dans autant de fiches thématiques, regroupant 69 engagements pour la CNAM et 27 pour l'Etat, déclinés en 167 actions, chacune faisant l'objet d'une évaluation (196 items suivis au total). Le suivi de la COG est assuré aussi au travers de 59 indicateurs dits « de résultat » pour chacun desquels une fiche partagée entre l'Etat et la CNAM précise les éléments de définition et de calcul retenus.

##### 2.1.1.1 Le plan de la COG s'articule autour de quatre axes stratégiques portant sur les politiques de santé et un axe relatif à l'efficience interne

[84] Le **plan de la COG** s'organise comme suit :

- Un **préambule**, présentant de manière synthétique les enjeux du système de santé ainsi que les objectifs découlant de ces enjeux qui seront poursuivis par l'assurance maladie durant la période 2018-22 ;
- Une présentation **de chaque axe stratégique**, déclinée dans les **fiches thématiques** correspondantes (une par objectif stratégique), décrivant les enjeux, les engagements de l'assurance maladie et de l'Etat, les actions, les évaluations des engagements et les indicateurs de résultat ;
- **Trois annexes** : les ressources et les règles budgétaires des six fonds financiers gérés par la CNAM<sup>59</sup>, le dispositif de suivi et de révision de la COG, les indicateurs de résultat inscrits dans la COG.

[85] La mission IGAS d'évaluation de la COG 2014-17 avait souligné le caractère volumineux et peu lisible de cette dernière, du fait de ses nombreuses subdivisions en axes, fiches techniques, objectifs, actions et indicateurs ; le texte s'apparentant davantage à une description « catalogue » de l'ensemble des projets de la caisse nationale.

[86] La présente mission considère que la COG 2018-22 tient globalement compte de ces critiques. Ainsi, **les problématiques retenues dans les cinq axes et leur formulation donnent une vision claire des enjeux prioritaires de l'assurance maladie** dont le champ de compétences est globalement couvert : lutte contre les facteurs d'inégalité d'accès aux soins, prévention, qualité et pertinence des parcours de soins, lutte contre la fraude, performance et la qualité du service rendu,

---

<sup>59</sup> Fonds national de gestion (FNG), fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS), fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), fonds national de lutte contre le tabagisme (FNLT), fonds des actions conventionnelles (FAC), fonds national pour la démocratie sanitaire (FNDS).

innovation numérique en santé, efficacité de la branche. A volume légèrement inférieur par rapport à la COG précédente (222 contre 235 pages), la COG 2018-22 comprend un axe supplémentaire, moins de fiches techniques (17 au lieu de 21), plus d'engagements (96 au lieu de 77<sup>60</sup>), nettement moins d'actions (167 au lieu de 327) et un nombre à peu près équivalent d'indicateurs (59 contre environ 50).

Tableau 2 : Architecture de la COG

| Axes de la COG  | Nombre de fiches par axe | Nombre d'engagements par axe | Nombre d'actions par axe | Nombre « d'évaluation d'engagements » | Nombre d'indicateurs de résultat (listés en annexe 3 de la COG) |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---|
| 01. Renforcer l'accessibilité territoriale et financière du système de soins                        | 3                        | 12                           | 31                       | 36                                    | 9   |
| 02. Contribuer à la transformation et à l'efficacité du système de santé                            | 3                        | 16                           | 41                       | 53                                    | 19  |
| 03. Rendre aux usagers un service maintenu à un haut niveau de qualité                              | 4                        | 13                           | 25                       | 28                                    | 12  |
| 04. Accompagner l'innovation numérique en santé   | 3                        | 12                           | 31                       | 33                                    | 7   |
| 05. Réussir l'intégration d'autres régimes en garantissant un fonctionnement efficace de la branche | 4                        | 16                           | 39                       | 46                                    | 12  |
| <b>Total</b>  | <b>17</b>                | <b>69</b>                    | <b>167</b>               | <b>196</b>                            | <b>59</b>   |

Source : Mission

### 2.1.1.2 La COG n'a pas été actualisée pour prendre en compte les nombreuses réformes qui ont eu lieu postérieurement à sa signature

[87] La COG s'inscrit dans un environnement très évolutif en matière de politique de santé et **n'a que partiellement intégré les différentes démarches stratégiques et réformes adoptées par les pouvoirs publics qui ont impacté l'activité de la CNAM**. Certaines réformes ont été prises en compte d'emblée et assorties d'objectifs de résultats précis car adoptées avant la conclusion de la COG<sup>61</sup>, d'autres intervenues ultérieurement étaient directement liées à des orientations stratégiques de la COG (réduire les restes à charge ou améliorer l'accessibilité financière aux soins par exemple) mais sans que la charge d'activité attachée à ces réformes ait pu être anticipée et *a fortiori* des objectifs de résultats définis.

[88] Les objectifs fixés dans la stratégie nationale de transformation du système de santé (STSS, « **Ma Santé 2022** ») qui a notamment donné lieu en juillet 2019 à la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé<sup>62</sup>, n'ont ainsi pas pu être pris en compte dans la COG, même si

<sup>60</sup> Les engagements étaient dénommés dans la COG 2014-17 « objectifs ».

<sup>61</sup> Le plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires, annoncé en octobre 2017, oriente par exemple l'objectif stratégique 1.3 « Lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins ».

<sup>62</sup> Loi 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

« Ma Santé 2022 » reprend pour partie certains enjeux figurant dans la COG (qualité et pertinence des soins, numérique en santé...).

Ma santé 2022 met fortement l'accent sur le décloisonnement entre acteurs de santé et sur l'organisation territoriale des soins de ville, à travers plusieurs « actions prioritaires », dont le financement relève désormais des négociations conventionnelles : des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) doivent couvrir l'ensemble du territoire, le statut d'infirmier en pratique avancée (IPA) doit être reconnu tant en ville qu'à l'hôpital, et 4000 assistants médicaux, nouvelle fonction à créer, doivent être recrutés à horizon 2022. La COG intègre certes un objectif de développement des MSP et le principe de la création de CPTS, avec une mention dans le préambule et au sein de l'objectif stratégique 1-3 « Lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins » mais la COG n'en fait pas une priorité chiffrée. Les assistants médicaux et les médecins généralistes destinés aux territoires prioritaires, eux, ne figurent pas dans la COG, puisque ces deux dispositifs ont été conçus postérieurement à la COG.

[89] **Il en va de même pour un certain nombre de mesures issues des conclusions du Ségur de la santé touchant l'organisation des soins de ville, en articulation ou pas avec l'hôpital, et le numérique en santé (notamment le déploiement de Mon Espace Santé).**

[90] Dans le même temps deux réformes majeures pour les assurés visant à faciliter l'accessibilité financière aux soins ont été mises en place sur la durée de la COG, avec une montée en charge pendant la crise sanitaire : **la C2S** en novembre 2019, **le 100 % Santé** par paliers successifs entre 2019 et 2021, avec des enjeux de gestion lourds pour la CNAM<sup>63</sup>.

[91] **Ces réformes et orientations structurantes pour le système de santé et la branche maladie n'ont pas fait l'objet d'un avenant à la COG**, alors même que le préambule de la COG prévoit que les engagements et les moyens peuvent être « *enrichis et modifiés en cours de COG pour intégrer les résultats des travaux menés dans le cadre du programme « Action Publique 2022 » le cas échéant* ».

[92] La COG se doit d'être un outil fixant des orientations stratégiques sur un temps relativement long (aligné pour toutes les COG désormais sur une durée de cinq ans), avec une relative stabilité et visibilité renforcée par la pluriannualité budgétaire. Toutefois un **enjeu de transparence** de la part des pouvoirs publics militerait en faveur de procédures permettant d'acter l'impact de réformes, telles que **des lettres interprétatives voire des avenants en cas de changements majeurs**, dès lors que des orientations politiques d'envergure aux impacts opérationnels et financiers d'ampleur, telles que certaines de celles susmentionnées, viennent impacter une convention, et, en l'espèce, celle de la CNAM.

### 2.1.1.3 Un avenant financier a autorisé l'allocation exceptionnelle de moyens liés à la crise sanitaire

[93] Pour la première fois depuis la mise en place des COG entre l'Etat et la CNAM, un avenant a été signé. Signé en septembre 2021, il est à visée budgétaire et valide essentiellement des moyens et autorisations de recrutements exceptionnels liés à la crise. Le choix, probablement pour des motifs d'urgence et de flexibilité dans la gestion de crise, n'a pas été fait à cette occasion d'actualiser la COG

<sup>63</sup> Si les objectifs en matière de CMU-C et ACS ont été transposés tels que à la C2S, le 100 % Santé a fait l'objet d'objectifs de montée en charge suivis dans un cadre ad hoc. De même, la CNAM est très impliquée dans les objectifs de Ma santé 2022, qui font l'objet d'objectifs et d'indicateurs de suivi dans les CPG, en particulier en ce qui concerne le déploiement des CPTS et des assistants médicaux qui sont également suivis en Conseil pour les mesures qui concernent le plus la CNAM et son réseau.

pour ajouter par exemple un axe supplémentaire traduisant l'engagement de l'assurance maladie et la mobilisation de ses ressources dans le dispositif de gestion de crise. Un choix différent a été fait dans une autre situation équivalente s'agissant du contrat d'objectifs et de performance (COP) de l'ATIH.

## 2.1.2 Un formalisme de la COG perfectible, concernant tant les engagements que les indicateurs

### 2.1.2.1 L'articulation entre les engagements, trop peu hiérarchisés, les actions, qui restent nombreuses, et leur évaluation est parfois peu lisible

[94] Comme précisé ci-dessus, le nombre d'actions a été réduit par rapport à la COG 2014-17. Si leur nombre reste important et pourrait encore faire l'objet de plus de sélectivité, il traduit toutefois l'ampleur des missions de la CNAM. En revanche, **l'articulation entre les engagements, les actions qui les déclinent et les « évaluations de l'engagement » est largement perfectible**<sup>64</sup>. Des actions mériteraient des « évaluations » plus précises traduisant mieux leur effectivité. Par ailleurs, **la notion d'« évaluation de l'engagement » n'est pas toujours appropriée** (il s'agit dans nombre de cas d'outils de suivi, comme le « rapport de l'évaluation de l'expérimentation » demandé pour la prescription électronique) et son articulation avec les indicateurs « de résultat » est parfois peu compréhensible.

[95] La mission IGAS d'évaluation de la COG 2014-2017<sup>65</sup> avait relevé que les engagements inscrits n'étaient pas hiérarchisés, de sorte que les objectifs les plus stratégiques de la CNAM et de son réseau n'apparaissent pas clairement à la lecture de la COG. La COG 2018-22 ne répond pas à cette critique, les actions retenues étant de portée très variable. **Une plus grande sélectivité et une hiérarchisation, au sein des différents axes, contribueraient à une meilleure lisibilité de la COG, compte-tenu de son périmètre et du nombre d'actions prévues.**

**Recommandation n°3** Etre plus sélectif dans le choix des engagements, identifier ceux considérés comme prioritaires, et mieux faire apparaître les impacts propres des actions de la CNAM dans les critères d'évaluation.

### 2.1.2.2 Des indicateurs globalement pertinents, mais qui pour certains présentent des limites

[96] La mission considère que la plupart des 59 indicateurs choisis permettent de mesurer correctement les résultats de l'activité de la CNAM, notamment ceux ayant trait à la qualité de service.

[97] Elle relève cependant quelques points perfectibles, qui gagneront à être corrigés dans le cadre de la prochaine COG :

- Certains indicateurs n'ont trait, que de manière partielle, à l'action-même de la CNAM (part des actes à tarif opposable par exemple) ;

<sup>64</sup> A titre d'exemple, l'action « Consolider le rôle des PRECI et proposer une offre de service plus complète », associée à l'engagement « Approfondir les modalités de coopération », a comme « évaluation » « Proposition de l'offre de service enrichie –assistance conduite de projet d'opération immobilière - », ce qui ne donne qu'une vision partielle de la réalisation de l'action.

<sup>65</sup> Rapport IGAS 2017-008R.



- D'autres pourraient être plus pertinents (le délai de paiement de la première indemnité journalière (IJ) non subrogée devrait être calculé pour le 9ème décile plutôt que le délai moyen<sup>66</sup>) ;
- La cible de quelques indicateurs est peu exigeante (le délai de traitement des demandes CMU/ACS - C2S a par exemple été fixé pour 2018 à un niveau inférieur aux résultats 2017<sup>67</sup> ; le montant des préjudices frauduleux et fautifs), voire inexistante (délai de traitement de la première IJ pour les travailleurs indépendants).
- Etablir un meilleur équilibre du nombre d'indicateurs de résultats entre les axes.

### 2.1.2.3 Le caractère limité et peu descriptif des engagements de l'Etat

[98] La mission susvisée a souligné que les objectifs et engagements de l'Etat contenus dans la COG 2014-2017 et faisant figure de contrepartie aux actions de la caisse nationale, étaient très peu développés et se traduisaient souvent par des formulations très générales.

[99] Ce constat vaut encore pour la COG 2018-22. Les 27 **engagements de l'Etat** sont décrits pour la plupart en moins de dix lignes chacun et **sont formulés souvent en termes généraux, voire peu engageants**, d'autant qu'ils ne sont pas associés à des résultats chiffrés<sup>68</sup>.

### 2.1.2.4 Le caractère limité des engagements interbranches

[100] Le caractère limité des engagements interbranches n'est pas propre à la branche maladie, il a été souligné dans le rapport IGAS-IGF relatif aux enjeux d'intérêt commun aux branches du régime général de la sécurité sociale<sup>69</sup>.

[101] La COG 2018-22 comprend **neuf engagements interbranches**, répartis au sein de chaque axe. La mission constate qu'ils portent à la fois sur des enjeux métiers (mise en place de parcours attentionnés, accessibilité, retour à domicile des personnes âgées...), des enjeux relatifs aux systèmes d'information (partages de données, interopérabilité des systèmes d'information), sur des enjeux d'efficience (mutualisation des achats, gestion immobilière, formation...). La mission rejoint les recommandations du rapport susvisé quant au **nécessaire renforcement de ces enjeux au sein d'un document stratégique partagé entre branches et entre régimes ou au sein de chacune des COG**, au profit des usagers et pour gagner en efficacité. (cf. en annexe le tableau des engagements interbranches)

---

<sup>66</sup> Voir 4.5.1.3.

<sup>67</sup> Voir aussi 3.1.1.1.

<sup>68</sup> Par exemple : « examiner les propositions formulées par l'assurance maladie touchant à des évolutions de réglementation qui permettent de rendre les contrôles plus efficaces » ; « publier rapidement les textes réglementaires prévus par la loi contribuant à la mise en œuvre d'actions de contrôle et de LCF plus efficaces ».

<sup>69</sup> Rapport IGAS N°2021-042R et IGF N°2021-M-022-02. Décembre 2021.

## 2.2 Un dispositif de pilotage de la COG structuré

### 2.2.1 Le suivi de la COG par les tutelles s'est adapté à la crise

[102] L'annexe 2 de la COG consacrée au dispositif de suivi prévoit les documents à transmettre par la CNAM à ses tutelles (direction de la sécurité sociale et du budget)<sup>70</sup>.

[103] **S'agissant du suivi des actions, la mission a pu mesurer le caractère détaillé de l'information communiquée** à travers les tableaux de suivi par axe de la COG, complétés par des jeux de questions/réponses et par le tableau de suivi des indicateurs de résultats produit par la DSS. Ils alimentent les échanges techniques préalables au comité de suivi annuel organisé au niveau des directeurs d'administration centrale et du directeur général de la CNAM. Dans son prolongement, **une lettre de bilan adressée par le directeur de la DSS au directeur général de la CNAM a été produite pour les années 2018 et 2019**. Elle synthétisait la vision de la tutelle sur l'exécution de la COG et ses attentes pour l'année suivante ; **elle gagnerait à être systématisée**. Par-delà ces temps formels dédiés à la COG, l'information des administrations centrales est également nourrie d'échanges conduits dans d'autres cadres (réunions bilatérales bimestrielles directions d'administrations centrales concernées par la COG (direction générale de la santé, direction générale de l'offre de soins...) / CNAM, comités de suivi des réformes...) et par de nombreux échanges informels.

[104] **Le suivi budgétaire est plus dense, rythmé d'une part par la transmission de quatre tableaux de bord (TBB)<sup>71</sup> permettant de suivre le niveau et les prévisions d'exécution et d'autre part la procédure budgétaire (BI et BR)**. Les TBB sont complétés depuis 2021 par des **notes qui explicitent les sous-jacents des évolutions** constatées ou prévues, notes **dont la mission s'étonne qu'elles n'aient pas existé plus tôt** tant elles sont précieuses pour éclairer, de façon plus fine, les documents budgétaires conçus sur des rubriques agrégées. La crise sanitaire, qui a mis sous une pression extrême aussi bien l'assurance maladie que les directions d'administration centrale, a conduit à alléger le formalisme du suivi de la COG en particulier sur les aspects budgétaires, même si, selon les interlocuteurs de la mission, les échanges ont été continus pour ajuster de façon pragmatique les moyens à l'évolution des missions et des besoins.

[105] **In fine, les directions d'administration centrale (DAC) semblent disposer de nombreux éléments pour apprécier l'avancement de la COG**. Vu l'ampleur et la diversité des sujets traités par la COG, une partie de l'efficacité de son suivi semble dépendre de la capacité à mobiliser au mieux l'ensemble des expertises des différentes DAC concernées, au-delà de la DSS et de la DB.

**Recommandation n°4** Pour améliorer le suivi de la COG par les tutelles 1/prévoir la transmission systématique de notes explicatives détaillées des sous-jacents des évolutions budgétaires présentées dans les TBB trimestriels 2/mobiliser pleinement l'expertise de toutes les directions d'administration centrale concernées, 3/formaliser l'appréciation du bilan annuel dans une lettre de la tutelle au directeur général de la CNAM.

<sup>70</sup> L'article 2 prévoit la communication de tableaux de bord budgétaires trimestriels complétés par des éléments sur les effectifs en ETPM, de tableaux des actions à conduire par fiche thématique, d'indicateurs de résultats, un bilan semestriel d'avancement des projets informatiques et un document de bilan annuel présenté en commun par l'Etat et la CNAM au Conseil de la caisse. Les dépenses informatiques (investissement et fonctionnement) doivent faire l'objet d'un document de synthèse annuel ainsi que le plan immobilier.

<sup>71</sup> Aux 15 avril, 15 juillet et 1<sup>er</sup> novembre pour retracer le niveau d'exécution et les prévisions d'exécution pour l'année en cours, ainsi qu'un TTB au 15 avril comportant le budget exécuté de l'année n-1.

## 2.2.2 Des modalités de pilotage par la CNAM performantes, porteuses de visibilité pour l'établissement national et les organismes du réseau

[106] Différents documents programmatiques thématiques déclinent la COG : schéma directeur des systèmes d'informations (SDSI), schéma directeur immobilier, schéma directeur des ressources humaines (SDRH 2019 – 2022) qui font l'objet d'un suivi *ad hoc*.

[107] La COG prévoit aussi que les engagements nationaux soient déclinés territorialement par le biais des **contrats pluriannuels de gestion (CPG)** passés entre l'établissement national et les organismes du réseau. De facto, **les directeurs d'organisme perçoivent les CPG comme l'élément structurant du pilotage interne.**

Les CPG sont adaptés selon les types d'organismes (CPAM, CGSS, DRSM). Ils précisent axe par axe les objectifs annuels attachés aux actions propres à chaque organisme et service<sup>72</sup>. Aux indicateurs communs à toutes les caisses s'ajoutent des « indicateurs individualisés » propres aux activités mutualisées qui concernent un nombre limité de caisses. **Le CPG permet d'évaluer la performance de chaque organisme local en fonction des cibles fixées (socle et objectif).** Suivant le contexte local ou général (crise sanitaire, situation locale), des mesures d'ajustement des résultats ou des cibles peuvent être prises pour calculer le taux de réussite. Chaque indicateur CPG renvoie à un nombre de points, aiguillant les caisses sur les priorités fixées par la CNAM<sup>73</sup>. Les résultats des CPG sont suivis dans des tableaux de bord mensuels produits par la direction déléguée aux opérations (DDO) à partir des données issues des systèmes d'information de gestion et partagés entre le siège et le réseau.

[108] **Il existe un certain découplage entre les indicateurs COG et les indicateurs CPG**, en lien avec la non actualisation de la COG en cours de période évoquée plus haut : environ la moitié des 40 à 50 indicateurs CPG selon les années <sup>74</sup> sont des indicateurs de résultats figurant dans la COG. Des indicateurs supplémentaires ont ainsi été intégrés ; à l'inverse, une trentaine d'indicateurs COG <sup>75</sup> ne se retrouvent pas au sein des indicateurs CPG, car leur suivi au niveau infranational n'aurait pas de sens. Les indicateurs CPG sont revus chaque année (79 % d'indicateurs communs entre 2018 et 2019 par exemple). **Leur caractère flexible permet d'adapter les priorités du réseau, en particulier aux réformes intervenues sur la durée de la COG. En revanche, ces changements ne sont pas toujours simples à gérer pour les organismes du réseau**, la transmission de la définition des indicateurs étant parfois relativement tardive<sup>76</sup>.

[109] **Les CPG s'insèrent dans une palette d'outils à périodicité variable qui permettent à la branche de piloter l'atteinte des objectifs de la COG, et plus largement la performance de gestion du réseau** : pilotage hebdomadaire de six services dits de base, considérés comme

<sup>72</sup> Pour déterminer le poids relatif de l'organisme dans les objectifs à atteindre, prise en compte par exemple de paramètres démographiques, sociaux, avancement dans certains programmes.

<sup>73</sup> Par exemple l'axe 3 (rendre aux usagers un service de qualité) représentait 43% des points en 2018 versus 22% des points en 2022.

<sup>74</sup> 50 % en 2018, 57 % en 2019, 62 % en 2021, 38 % en 2022.

<sup>75</sup> Majoritairement sur les axes 2 relatif à l'efficacité du système de santé et 5 relatif au fonctionnement interne de l'assurance maladie.

<sup>76</sup> La présentation de la maquette générique CPG a lieu chaque année mi-janvier, la diffusion des maquettes individuelles à chaque caisse et la mise en ligne du guide de définition des indicateurs a lieu mi-mars. Par ailleurs, la mission, lors de certaines visites de site, a noté que des collaborateurs pouvaient être troublés par le fait que les objectifs CPG, sur lesquels ils étaient évalués, ne relevaient pas de la COG, ce qui pouvait leur donner le sentiment d'une moindre importance de leurs missions.

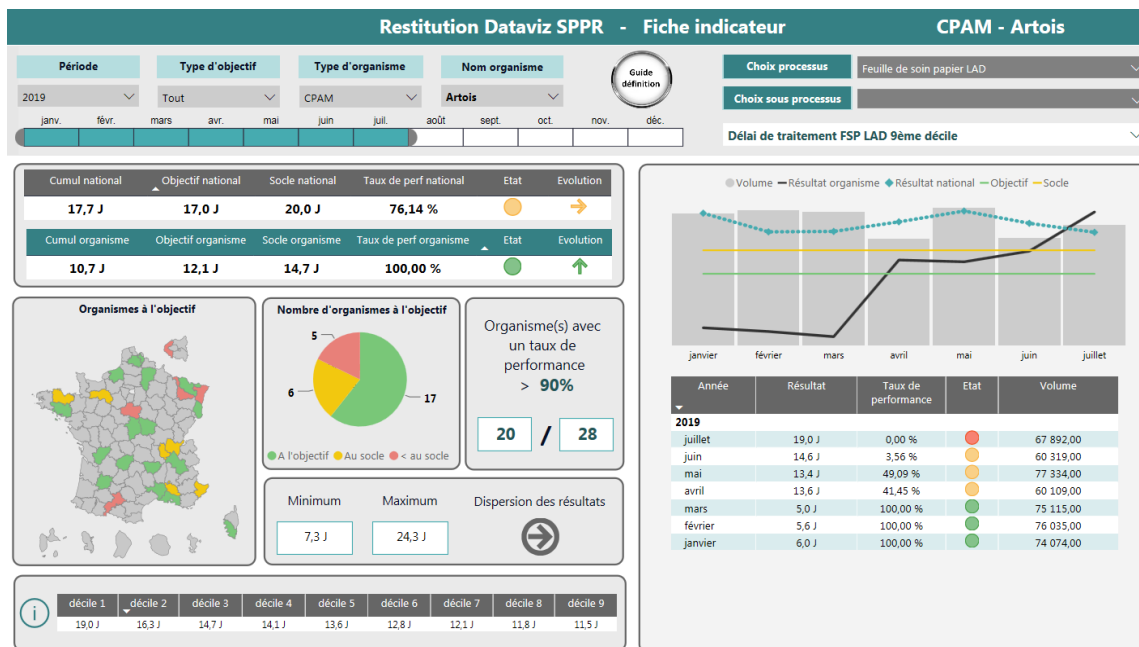
particulièrement sensibles <sup>77</sup>, pilotage mensuel via les tableaux de bord CPG, tableau de *scoring* et classement annuel des caisses en fonction d'un indicateur composite de productivité. S'y ajoutent des outils spécifiques au suivi de la gestion (effectifs, gestion budgétaire ...).

[110] S'ajoute un outil stratégique plus global, **le dialogue de gestion qui, inexistant antérieurement, a été mis en place à compter de 2018 et permet une fois sur la durée de la COG un échange approfondi entre le siège et chaque organisme** sur toutes les dimensions de son activité et sur sa gestion.

[111] Cette **animation de réseau très développée** est conduite par la direction déléguée des opérations (DDO) en lien avec les directions métiers et fait l'objet d'un *reporting* régulier à la direction générale. Les organismes eux-mêmes développent des outils de pilotage plus fins, à l'échelle de leurs services ou d'objectifs *ad hoc*, et se fondent dessus pour fixer les objectifs individuels de leurs collaborateurs. **La culture du pilotage est ainsi très marquée au sein du réseau.**

[112] **Tous ces outils permettent de suivre les écarts de performance entre les organismes du réseau, en donnant de la transparence aussi bien au siège qu'aux organismes entre eux.** De manière générale, le niveau national encourage le parangonnage entre caisses. Ces outils ont d'ailleurs beaucoup progressé pendant la COG en termes de data-visualisation, à travers en particulier deux nouveaux outils : les « tableaux de bord CPG » et « dataviz SPPR ». Les organismes peuvent ainsi se comparer à d'autres entités de même taille, en consultant des visuels synthétiques et dynamiques de l'atteinte des objectifs par processus ou par indicateur, par organisme ou France entière.

Graphique 1 : Visuel de l'outil Dataviz SPPR : Synthèse par indicateur



Source : CNAM

<sup>77</sup> Taux de décrochés assurés, délai de réponse aux courriels en moins de 48 H, délais de remboursement des FSE assurés, délais moyens de règlement de la 1ere IJ AS et ATMP non subrogée, délai d'instruction de la C2S (9ème décile), délai de traitement des FSP Lad (9ème décile).

[113] **Les taux de réussite des organismes du réseau ont deux principaux impacts :** annuellement à travers l'intéressement<sup>78</sup>, ainsi que sur la contribution respective de chaque organisme à la trajectoire RH de la COG, à travers le taux de remplacement des départs<sup>79</sup>.

[114] Dans son pilotage du réseau, **l'assurance maladie conjugue dans un juste équilibre un mode centralisé, serré et descendant d'un côté, et la préoccupation du respect de l'autonomie et de la capacité d'initiative des organismes du réseau de l'autre.** Le pilotage du réseau joue sur l'émulation mais aussi l'entraide et la valorisation du savoir-faire du réseau, à travers le *benchmark* mais aussi le recueil et la diffusion de bonnes pratiques ainsi que l'association du réseau à la co-construction de certaines politiques de gestion structurantes grâce aux missions déléguées<sup>80</sup>.

[115] **Le système de pilotage de la COG au sein du réseau apparait ainsi comme complet, performant et flexible,** avec de très nombreuses interactions entre la DDO et le réseau. Ses principales limites tiennent d'une part au maintien d'écart de performances entre caisses, et d'autre part à une certaine complexité du système liée à la diversité et l'évolutivité des indicateurs comme des outils, apparaissant d'ailleurs comme consommatrice de ressources.

### 2.3 Si la CNAM a pour l'essentiel mis en œuvre ses engagements, l'atteinte des cibles fixées pour les indicateurs de résultat est plus inégale

[116] La mission souhaite, en amont de l'analyse globale de l'atteinte des cibles fixées dans le cadre des indicateurs de résultat et du taux d'actions mises en œuvre, mentionner le caractère potentiellement simplificateur, voire réducteur de cet exercice : par l'absence de hiérarchisation entre les actions et de pondération entre les indicateurs, l'analyse ne reflète qu'imparfaitement la réalité de l'impact qu'a eu la CNAM sur son environnement pendant les cinq dernières années, nonobstant le volet crise sanitaire développé en partie 1. Les paragraphes suivants ne se comprennent que nourris et nuancés des développements des autres parties du présent rapport.

#### 2.3.1 Les objectifs de résultat n'ont été que partiellement atteints, notamment en matière de qualité de service

[117] La mission n'a pu, par construction, prendre en considération l'année 2022. Elle ne peut donc se prononcer que sur l'atteinte ou non des résultats pendant les 4 premières années de la COG.

[118] Elle note au préalable que **si la crise sanitaire a eu un impact sur l'atteinte des indicateurs, la quasi-totalité d'entre eux ont été maintenus malgré un contexte très tendu et les**

---

<sup>78</sup> L'intéressement est construit en deux volets : une part nationale commune à tous les organismes, basée principalement sur les indicateurs de la COG et une part locale fondée sur des indicateurs CPG.

<sup>79</sup> Pour la COG 2017-2022, les règles de répartition reposaient sur les principes suivants : à hauteur de 50 % : ETP nets/1000 bénéficiaires consommant pondérés (BCP), à hauteur de 30 % : moyenne du score CPG 2014 - 2017, à hauteur de 20 % : poids des départs (retraite + turn over).

<sup>80</sup> Les missions déléguées associent sous le double pilotage d'un directeur d'organisme et d'un responsable métier du siège, des organismes du réseau et des équipes de l'établissement public pour faire des propositions sur la base d'un diagnostic et d'une capitalisation des pratiques locales. Sur la durée de la COG, à titre d'exemple, la MD 35 a travaillé sur la mutualisation et la MD 34 sur le modèle d'évaluation de la performance.

**confinements successifs**<sup>81</sup>. Par contre la CNAM a neutralisé ou ajusté le niveau d'indicateurs CPG pour ne pas pénaliser les organismes du réseau.

[119] Par ailleurs, au vu des documents transmis par la CNAM et par la DSS, quelques indicateurs n'ont pas été renseignés à date pour 2021, ce qui perturbe la bonne appréciation de l'atteinte des cibles fixées, sans justification évidente.

[120] **La COG intègre 59 indicateurs de résultat, dont certains sont divisés en sous-indicateurs.**

[121] L'axe 1, qui concerne l'accessibilité financière et territoriale au système de soins, est mesuré par neuf indicateurs. Seules les cibles de deux d'entre eux ont été systématiquement atteintes durant la COG, quatre cibles n'ont jamais été atteintes. Fin 2021, trois indicateurs atteignaient leur cible, sachant que deux autres indicateurs se sont dégradés post-crise (atteinte de la cible avant 2020, non atteinte postérieurement).

[122] L'axe 2, relatif à la transformation et à l'efficience du système de santé, compte 17 indicateurs. A part l'un d'eux (taux de recouvrement des indus non frauduleux), aucun n'a vu sa cible atteinte chaque année. Deux indicateurs sont restés non atteints les quatre ans. Fin 2021, la moitié des cibles était atteinte. On notera le nombre important d'indicateurs sur la lutte contre la fraude (dix), comparé aux quatre indicateurs liés à la prévention, qui mesurent quasi exclusivement les dépistages.

[123] En matière de qualité de service (axe 3), la COG prévoit douze indicateurs, dont onze concernent la performance du service. La mission s'étonne à cet égard que les fiches 8 et 9, qui ont trait respectivement à la simplification des démarches des assurés et des conditions d'exercice des professionnels de santé n'aient fait l'objet d'aucun indicateur, alors que l'évaluation de certains des engagements prévus dans ces fiches se faisait à l'aide d'indicateurs de nature tout à fait comparable à d'autres indicateurs suivis. C'est l'axe qui a le plus souffert de la crise : alors que sept indicateurs étaient atteints en 2018, trois seulement l'étaient en 2021. Figure notamment dans cet axe l'indicateur sur le délai de paiement de la première indemnité journalière non subrogée, dont la cible n'a jamais été atteinte, et dont les résultats se sont détériorés (voir partie 4.5).

[124] L'accompagnement de l'innovation en santé (axe 4) est suivi via sept indicateurs, dont certains, liés au taux d'utilisation des différents téléservices, sont subdivisés. Ils ont, dans leur grande majorité, été atteints, y compris dès le début de la COG, malgré un fléchissement des résultats en 2020 ou en 2021 en lien avec la crise sanitaire.

[125] Treize indicateurs permettent de suivre l'axe 5, l'intégration d'autres régimes en garantissant un fonctionnement efficient de la branche. La mission constate que pour l'un des indicateurs, la cible n'a jamais été fixée, ne permettant pas de dire si l'objectif a été atteint ou non (délai de traitement de la première IJ pour les travailleurs indépendants pour les années 2020 à 2022<sup>82</sup>).

[126] **Au total, la CNAM n'a que partiellement atteint les cibles fixées, pour partie du fait de l'impact de la crise sanitaire. Le niveau de certaines cibles était en outre peut-être très ambitieux**, ce qui pourrait expliquer le décalage entre la bonne mise en œuvre globale des actions prévues à la COG et l'atteinte moins marquée des cibles d'indicateurs. Mais ce niveau d'exigence a

---

<sup>81</sup> L'indicateur de DMS des adhérents PRADO par exemple a été suspendu, les cibles des indicateurs relatifs au montant des préjudices frauduleux et fautifs, subis et évités, ont été revues à la baisse en 2020 et globalisées en un seul montant, celle relative au préjudices subis a à nouveau été baissée en 2021.

<sup>82</sup> Pour les années 2018 et 2019, il est fait référence aux cibles des indicateurs indiquées dans la COG RSI, mais à la connaissance de la mission, celles-ci n'ont jamais non plus été fixées.

permis à la CNAM et à son réseau d'être suffisamment « challengés » sur leurs priorités, et si certaines cibles n'ont pas été atteintes, les résultats ont été en progression et parfois proches de l'objectif.

[127] Par ailleurs l'atteinte de certains indicateurs ne semblent pas dépendre principalement de l'action de la CNAM mais d'éléments de contexte plus globaux et ne devraient pas avoir leur place parmi des indicateurs de résultats<sup>83</sup>.

**Recommandation n°5** Veiller à ce que les indicateurs de résultats choisis dépendent principalement de l'action de la CNAM et de son réseau ; fixer une cible pour chaque indicateur choisi ; s'assurer de la bonne transmission des données à la tutelle.

### 2.3.2 La CNAM a mis en œuvre, malgré la crise, la plupart des actions prévues à la COG

[128] **La COG identifie 167 actions**, réparties dans les différents axes. La mise en œuvre de ces actions est évaluée en général par le biais d'un item, mais parfois de plusieurs (indicateur, document à fournir...), ce qui conduit à avoir **196 éléments évalués**. La tutelle suivant cette mise en œuvre au niveau le plus fin, la mission s'est calée sur ce niveau. Pour faciliter la lecture, elle a choisi d'utiliser le terme « action » pour ces éléments évalués.

[129] La mission constate tout d'abord une **hétérogénéité dans le nombre d'actions par axe, qui ne lui paraît pas refléter l'équilibre entre les priorités** : l'axe « qualité de service » ne compte que 28 actions, alors que les autres axes en compte nettement plus (jusqu'à 44 actions pour l'axe « intégration des régimes »). Par ailleurs certains engagements initiaux ont été remplacés par des actions plus ambitieuses liées aux réformes et on peut souligner que la nature, l'ampleur et complexité des actions sont très hétérogènes<sup>84</sup>, ce qui conduit à relativiser la portée d'une approche purement quantitative, nuancée par l'approche plus qualitative développée dans les parties suivantes du rapport.

[130] L'axe 1 (accessibilité territoriale et financière) a été mis en œuvre à 64% totalement et à 19% partiellement. Ce sont les actions liées à la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins qui ont été le moins complètement mises en œuvre (6 sur 16, soit 38%), du fait d'un impact de la crise particulièrement fort sur l'organisation de certaines actions (Prado notamment). En revanche, l'ensemble des actions de réduction du renoncement aux soins l'ont été et s'agissant de l'accessibilité financière aux soins, le déploiement du 100 % Santé a changé la nature de certains engagements.

[131] La transformation et l'efficience du système de santé (axe 2) compte 56 actions, dont 71% ont été totalement réalisées, 16% partiellement, 13% pas du tout. Cet axe a particulièrement souffert de la crise sanitaire.

[132] L'axe 3, qui a trait à la qualité du service, présente un niveau de réalisation très élevé (25 actions, soit 89% ont été totalement mises en œuvre). On notera à cet égard le décalage entre ce niveau de réalisation des actions, non contestable, et les difficultés majeures quant aux délais de versement des IJ, notamment à des populations plus fragiles (cf. partie 4.5.1.3), qui ne peuvent, par construction, être suffisamment retracées ici.

<sup>83</sup> Par exemple dans l'axe 1, la part des actes à tarif opposable ; il serait par contre plus pertinent de retenir un taux de progression de la part des médecins éligibles couverts par un contrat OPTAM.

<sup>84</sup> Cette hétérogénéité peut être illustrée par la différence de complexité entre la rédaction d'une lettre de mission pour la cellule accessibilité et le déploiement des contrats de solidarité territoriale.

[133] L'axe 4 (innovation numérique en santé) ne s'est pour sa part réalisé totalement qu'à 47%, sachant que le quart des actions n'a pas du tout été mis en œuvre. L'amélioration de la prise en charge par le numérique notamment n'a été pleinement mise en œuvre qu'à hauteur de 27%.

[134] Enfin, l'intégration des régimes (axe 5) a donné lieu à 44 actions, pour la très grande part (84%) totalement mises en œuvre.

[135] **Au total, sur les 196 actions, 71% des actions que devait mettre en œuvre la CNAM ont été totalement réalisées, 16% partiellement, et 13% n'ont pas été mises en œuvre.** Si les actions partiellement mises en œuvre sont comptabilisées pour moitié, 79,3% des actions ont été mises en œuvre. A titre de comparaison, selon la même méthode, les actions prévues à la COG 2014-2017 avait été mises en œuvre à hauteur de 81,1%<sup>85</sup>. Ces résultats témoignent de la **capacité d'action de l'assurance maladie**, au-delà de sa contribution à la gestion de la crise COVID.

Tableau 3 : Mise en œuvre des actions prévues à la COG 2018-2022, à fin 2021

| Actions  | Mises en œuvre   | %          | Partiellement mises en œuvre | %          | Non mises en œuvre | %          | Total     |
|--|--|------------|------------------------------|------------|--------------------|------------|-----------|
| Axe 1 Accessibilité territoriale et financière         | Fiche 1 Réduire le renoncement aux soins                             | 12         | 100%                         | 0          | 0%                 | 0          | 12        |
|  | Fiche 2 Lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins      | 5          | 63%                          | 2          | 25%                | 1          | 8         |
|  | Fiche 3 Lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins | 6          | 38%                          | 5          | 31%                | 5          | 16        |
| <b>Total axe 1</b>                                     | <b>23</b>  | <b>64%</b> | <b>7</b>                     | <b>19%</b> | <b>6</b>           | <b>17%</b> | <b>36</b> |
| Axe 2 Transformation et efficacité du système de santé | Fiche 4 Prévention   | 12         | 80%                          | 2          | 13%                | 1          | 15        |
|  | Fiche 5 Qualité et pertinence des parcours, gestion du risque        | 13         | 52%                          | 6          | 24%                | 6          | 25        |
|  | Fiche 6 Contrôle et lutte contre la fraude                           | 15         | 94%                          | 1          | 6%                 | 0          | 16        |
| <b>Total axe 2</b>                                     | <b>40</b>  | <b>71%</b> | <b>9</b>                     | <b>16%</b> | <b>7</b>           | <b>13%</b> | <b>56</b> |
| Axe 3 Niveau de qualité du service                     | Fiche 7 Performance du service                                       | 4          | 67%                          | 0          | 0%                 | 2          | 6         |
|  | Fiche 8 Simplifier les démarches des assurés                         | 12         | 100%                         | 0          | 0%                 | 0          | 12        |
|  | Fiche 9 Simplifier les conditions d'exercice des PS                  | 5          | 100%                         | 0          | 0%                 | 0          | 5         |
|  | Fiche 10 Nouvelle offre de service aux entreprises                   | 4          | 80%                          | 1          | 20%                | 0          | 5         |
| <b>Total axe 3</b>                                     | <b>25</b>  | <b>89%</b> | <b>1</b>                     | <b>4%</b>  | <b>2</b>           | <b>7%</b>  | <b>28</b> |

<sup>85</sup> Cf. rapport IGAS 2017-008R.



|                                     |  |     |      |    |     |    |     |     |
|-------------------------------------|--|-----|------|----|-----|----|-----|-----|
| Axe 4 Innovation numérique en santé | Fiche 11 Offre de service numérique                            | 10  | 67%  | 3  | 20% | 2  | 13% | 15  |
|                                     | Fiche 12 L'amélioration de la prise en charge par le numérique | 3   | 27%  | 2  | 18% | 6  | 55% | 11  |
|                                     | Fiche 13 Systèmes d'information plus agiles et performants     | 2   | 33%  | 4  | 67% | 0  | 0%  | 6   |
| <i>Total axe 4</i>                  |  | 15  | 47%  | 9  | 28% | 8  | 25% | 32  |
| Axe 5 Intégration des régimes       | Fiche 14 Opérations d'intégration                              | 4   | 80%  | 1  | 20% | 0  | 0%  | 5   |
|                                     | Fiche 15 Politique de gestion des ressources humaines          | 9   | 82%  | 1  | 9%  | 1  | 9%  | 11  |
|                                     | Fiche 16 Coopérations interrégimes et interbranches            | 13  | 100% | 0  | 0%  | 0  | 0%  | 13  |
|                                     | Fiche 17 Qualité et performance des établissements UGECAM      | 11  | 73%  | 3  | 0%  | 1  | 7%  | 15  |
| <i>Total axe 5</i>                  |  | 37  | 84%  | 5  | 0%  | 2  | 5%  | 44  |
| <b>Total général</b>                |  | 140 | 71%  | 31 | 16% | 25 | 13% | 196 |

Source : Mission

### 3 Une mobilisation importante pour améliorer l'accès aux soins et accompagner la transformation du système de santé

[136] La COG 2018-2022 a été mise en œuvre dans un **contexte très dense en réformes du système de santé destinées à améliorer l'accès aux soins** qui, avant et après la crise sanitaire, ont développé et approfondi ses orientations initiales : complémentaire santé solidaire (C2S), 100 % Santé, Ma santé 2022, Ségur, Numérique en santé. Ces réformes ont induit de **nouveaux positionnements stratégiques de la CNAM et de son réseau**, qui ont vocation à s'inscrire dans la durée.

[137] Ces réformes ont été largement déclinées tout au long des cinq ans de la COG dans une très dense activité conventionnelle, qui a en particulier fortement investi le champ de l'exercice coordonné. Cela a donné à la CNAM de **nouveaux leviers d'actions** qui ont renforcé sa place aux côtés des ARS dans l'accompagnement de la transformation de l'offre de soins de ville.

#### 3.1 Les réformes de la C2S et du 100 % Santé ont renforcé le rôle de l'assurance maladie dans l'accessibilité financière aux soins et la couverture santé complémentaire

##### 3.1.1 La C2S renforce le rôle de l'assurance maladie dans la couverture santé complémentaire

[138] La COG prévoyait de renforcer l'accès à une meilleure couverture complémentaire pour les plus modestes à travers la montée en charge de la CMUC-ACS (Couverture maladie universelle et aide pour une complémentaire santé) et sa simplification, mais c'est finalement à une réforme de grande ampleur, **l'entrée en vigueur de la C2S**, à laquelle la CNAM et son réseau ont contribué. Cette dernière fusionne la CMU-C et l'ACS dans un seul dispositif, avec ou sans participation financière des

bénéficiaires selon leurs ressources, la couverture complémentaire étant susceptible d'être gérée soit par des organismes complémentaires (OCAM), soit, fait nouveau, pour la C2S avec participation (C2SP), par les CPAM. La C2S ouvre à des paniers de soins globalement alignés sur ceux du 100 % Santé et dispense les bénéficiaires de nombreux frais.

[139] La réforme a été déployée en novembre 2019, peu de temps avant le déclenchement de la crise sanitaire. La promotion du dispositif et le renouvellement des droits, dans des CPAM par ailleurs en phase d'appropriation pas toujours aisée de cette réforme, en ont été perturbés en 2020. Ce contexte a pu générer des évolutions irrégulières du nombre de bénéficiaires entre fin 2019 et début 2021. Pour autant **la réforme a été menée à bien et les objectifs de la COG, en nombre de bénéficiaires et en délais d'instruction des demandes, ont été tenus** sur toute la durée de la COG (cf. annexe 1 sur les indicateurs de résultats). L'action de la CNAM et de son réseau a eu un double objectif : améliorer l'accès au dispositif et alléger la gestion de cette prestation qui touche sept millions de bénéficiaires en 2022 contre six millions et demi en 2017.

### 3.1.1.1 Des actions pour faciliter l'accès aux droits, simplifier les démarches et améliorer la qualité de service

[140] En direction des assurés, le premier enjeu était de faire connaître les dispositifs CMU-C et ACS puis C2S à leurs bénéficiaires potentiels<sup>86</sup>. Outre les campagnes nationales, les CPAM déploient des actions locales diversifiées : campagnes d'appels sortants ou de SMS à destination des assurés sans couverture complémentaire, actions populationnelles (jeunes de l'ASE, étudiants étrangers, bénéficiaires du RSA), partenariats (associations, services d'insertion et de probation, universités...). Si la crise sanitaire a perturbé en 2020 la promotion du dispositif, les actions ont repris en 2021. Une démarche de capitalisation des actions ayant le meilleur retour sur investissement a été engagée par la CNAM et un observatoire de la C2S a été mis en place avec 19 caisses, efforts qui méritent d'être poursuivis et étayés par des travaux nationaux de la DREES sur les taux de recours.

[141] Pour la prochaine COG, trois publics cibles ressortent comme prioritaires en termes d'« aller vers » pour l'accès au dispositif : les jeunes, les demandeurs d'emploi de plus d'un an ne bénéficiant plus de la portabilité de leur contrat d'entreprise, les personnes âgées dans la mesure où elles subissent les restes à charge et les coûts de couverture complémentaire les plus élevés. A noter aussi que de nombreuses caisses ont mis en place des aides au titre de l'action sociale pour lisser les effets de seuil liés aux plafonds de ressources de la C2S, et en particulier pour les personnes âgées, ce qui, au-delà du rôle de l'assurance maladie, peut poser la question d'un ajustement de la réforme à terme pour ce public.

**Recommandation n°6** Poursuivre les démarches de capitalisation concernant les actions d'« aller vers » et accentuer les efforts vers les jeunes, les demandeurs d'emploi de longue durée et les personnes âgées.

[142] **Afin de faciliter les démarches des assurés, un télé-service de demande de la C2S a été ouvert dans AMELI en 2019.** La crise COVID a démultiplié son utilisation dont la progression se poursuit : les demandes en ligne représentaient 40 % des dossiers traités en 2021, 52 % au 1<sup>er</sup> semestre 2022 (un million de demandes via le compte AMELI). Son usage a été encore facilité depuis

<sup>86</sup> La DREES a évalué en 2018 le taux de recours à la CMU-C entre 56 et 68 %, et entre 43 et 62 % pour l'ACS. Ces chiffres gagneraient à être actualisés compte tenu des réformes intervenues depuis (C2S, généralisation de la couverture d'entreprise, 100 % Santé). Selon le baromètre de la DREES, fin 2020 une personne sur quatre parmi les ménages ayant moins de 1 000 € de ressources mensuelles n'avait pas entendu parlé de la C2S.

début 2022 grâce à l'interface avec le dispositif de ressources mensuelles (DRM) qui permet de télécharger les ressources du demandeur et a vocation à être enrichi sous la prochaine COG.

[143] Des mesures législatives et réglementaires ont par ailleurs introduit, principalement en 2022, des dispositions allégeant sensiblement les démarches d'ouverture et de renouvellement des droits à la C2S. Certaines de ces simplifications permettent un allègement de la gestion, sachant qu'en parallèle d'autres dispositions sont venues alourdir le travail des caisses. Ces mesures de simplification de l'ouverture des droits rendent d'autant plus importants les plans de contrôle annuels conduits par la CNAM.

**Les mesures de simplification de l'ouverture des droits à la C2S et de son renouvellement.**

En application du PLFSS 2022, les nouveaux entrants au RSA bénéficient automatiquement de la C2S sauf refus de leur part, ce qui constitue une première traduction d'une démarche de non quérabilité des droits. Depuis février, les demandes dématérialisées de RSA (80 % des demandes) génèrent l'accès à la C2S.

Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA) bénéficient depuis avril 2022 d'une présomption d'éligibilité qui allège le contenu de leur demande ; les CPAM identifient, à partir d'un fichier transmis par la CNAV, les personnes potentiellement éligibles et leur adressent un courrier pour leur proposer de bénéficier de la C2S.

Un décret a prévu à partir de 2022 pour tous les bénéficiaires de la C2S un allègement des pièces requises en cas de renouvellement de la C2S, dans le prolongement de dispositions déjà existantes pour les bénéficiaires de l'ASPA (en 2016) et du RSA (en 2019).

[144] Grâce à l'automatisme du droit, le ministère chargé des solidarités vise à terme un taux de recours des allocataires du RSA à la C2S de 95 %<sup>87</sup>. La progression vers cette cible impactera la prochaine COG. A ce stade, on observe une légère croissance du nombre de bénéficiaires de la C2S sans participation depuis mars 2022 (plus de 70 000 bénéficiaires de mars à juillet) qui peut s'expliquer à la fois par cette mesure et par l'augmentation de 1,8 % en avril 2022 des plafonds de ressources. Toutefois, comme la baisse sensible du nombre d'allocataires du RSA et de demandeurs d'emploi<sup>88</sup> joue, en sens inverse, sur le nombre de bénéficiaires de la C2S, cela masque en partie l'impact propre de l'automatisme du droit.

[145] L'un des indicateurs de résultats de la COG au titre de la qualité de service porte sur les délais de traitement des demandes de C2S pour le 9ème décile (les 10 % de plus mauvais résultats). **Les résultats obtenus par les caisses sont sensiblement meilleurs que les cibles de la COG<sup>89</sup>**, y compris en 2019 année du déploiement de la C2S et en 2020 année de crise, pour un objectif par ailleurs priorisé dans les CPG en nombre de points ; les résultats se sont en outre régulièrement améliorés depuis 2019 (réduction de 21,5% du délai moyen entre 2019 et 2021). Plus de 70% des caisses atteignent l'objectif de la COG<sup>90</sup>. Une dégradation semble toutefois s'observer au premier semestre 2022, peut-être liée aux délais d'appropriation des nouvelles réglementations d'une part et d'autre part au déploiement de certains modules du nouvel applicatif de gestion INDIGO.

[146] Pour atteindre leurs objectifs de qualité de service dans un contexte à la fois de réforme à s'approprier et de crise sanitaire, les CPAM ont pu s'appuyer sur des plateaux PHARE C2S : ces

<sup>87</sup> Ce taux est actuellement de 80 %

<sup>88</sup> - 6 % d'allocataires du RSA entre le 1<sup>er</sup> février 2021 et 2022, - 8,6 % de demandeurs d'emploi entre mars 2021 et mars 2022

<sup>89</sup> 29 jours en 2018 pour un objectif de 33 et 23 jours en 2021 pour un objectif de 30. A noter que les objectifs COG ont été fixés plus bas que le résultat de décembre 2017 (25,7 jours)

<sup>90</sup> Le délai moyen de traitement est quant à lui sensiblement plus bas que celui du 9ème décile (autour de 14 jours au 1<sup>er</sup> semestre 2022).

derniers ont été ajustés dans leur volumétrie en cours de COG pour tenir compte de l'évolution des besoins et des priorités (5 plateaux en 2021 regroupant 88 ETP).

### 3.1.1.2 Pour gagner en productivité face à une prestation dynamique et des nouvelles tâches liées à la réforme de la C2S, de nouveaux outils de gestion continuent à être déployés

[147] La C2S présente des enjeux de production importants pour l'assurance maladie, compte tenu de sa volumétrie dynamique et de sa base ressources complexe. Le traitement de la C2S mobilisait en 2021 1 646 ETP (en comptabilité analytique). Entre 2017 et 2021, le nombre de dossiers traités a progressé de 18,7 %, celui des effectifs de près de 12 % (+ 177 ETP) soit des gains de productivité de 6 %<sup>91</sup>, sans changements majeurs d'outils de gestion à cette date, sauf le télé-service. En termes de *front office*, la CMUC-ACS représentait en 2019, 56 % des accueils sur rendez-vous, ce qui s'explique par la fragilité des publics concernés et une certaine complexité du dispositif que la C2S ne pallie qu'en partie.

Tableau 4 : Evolution de nombre de dossiers C2S

|                         | 2017      | 2018      | 2019      | 2020      | 2021      | 2022 (1 <sup>er</sup> semestre) |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------------------|
| <b>Nbre de dossiers</b> | 3 446 276 | 3 586 129 | 3 732 542 | 3 888 413 | 4 053 135 | 1 923 717                       |
| <b>Evolution</b>        | +1,82%    | +4,06%    | +4,17%    | +4,09%    | + 4,2%    |                                 |

Source : mission

[148] La réforme de la C2S introduit un nouveau facteur de charge en permettant aux assurés de choisir les CPAM comme organismes gestionnaires de leur couverture complémentaire au titre de la C2S avec participation. Cela génère de nouvelles tâches par rapport à la CMU-C (gestion des adhésions, recouvrement des participations, traitement des éventuels impayés<sup>92</sup>) qui pèsent notamment sur les services comptables des caisses. Or, on observe une forte progression de la part des C2S avec participation (C2SP) gérées par les CPAM qui atteint 60 % fin juillet 2022<sup>93</sup>, soit 860 000 bénéficiaires<sup>94</sup>. Ceci s'explique par deux mécanismes appelés à perdurer dans les années à venir : d'une part les bénéficiaires de la C2S sans participation qui basculent dans une C2S avec participation ont tendance à garder leur CPAM comme gestionnaire, d'autre part les organismes gérant des complémentaires santé se désengagent de plus en plus de la liste des organismes labellisés estimant ces contrats trop coûteux en gestion. Il est donc probable que cette tendance se poursuive au cours de la prochaine COG accentuant la charge pesant sur les CPAM, d'où l'intérêt d'expertiser l'opportunité d'une mutualisation de ce processus.

[149] **La modernisation des outils de gestion de la C2S a été un enjeu de cette COG et le sera lors de la prochaine.** Des évolutions importantes sont intervenues en cours de COG : le télé-service à compter de 2019, le déploiement de l'applicatif métier INDIGO en juin 2022 intégrant règles de

<sup>91</sup> Travaux de la MD 35 comparant les évolutions d'ETP, de charge et de productivité de plusieurs processus

<sup>92</sup> Les impayés C2S représentent 3 % des sommes dues, ce qui est dans la moyenne d'autres prestations contributives.

<sup>93</sup> Cette part était de 18 % en juillet 2020, 48 % juillet 2021 de C2SP gérées par les CPAM

<sup>94</sup> Fin juillet on comptait 5,572 millions de bénéficiaires de la C2S sans participation et 1,486 avec participation

gestion et enfin le recueil automatique des éléments de ressources grâce au recours au DRM qui a été connecté en janvier 2022 au télé-service puis au portail ressources d'INDIGO à compter de juin.

**Le projet INDIGO** amorcé sous la COG 2013-2017 pour remplacer l'applicatif métier gérant la CMUC-ACS, a été modifié pour prendre en compte la réforme de la C2S. Il s'agit de l'un des projets les plus lourds de la DDSI en jours hommes au cours de ces dernières années. Une version intégrant les principales règles de gestion (contrôle de la situation du demandeur, calcul de la base ressources ...) et intégrée au portail agents a été déployée dans les CPAM en juin 2022. Cette version qui intègre l'accroche avec le DRM simplifie sensiblement les tâches d'instruction des demandes.

**D'autres développements d'INDIGO et améliorations du téléservices devraient intervenir sous la prochaine COG** : un service d'adhésion en ligne via le compte AMELI devrait être mis en service en 2024 qui permettra un traitement dématérialisé des adhésions et l'injection de certaines données directement dans les outils de recouvrement. Des adaptations du SI pour permettre l'intégration de flux entre CNAF et CNAM sont également prévues mais tributaires du calendrier de la CNAF. Ces développements apparaissent dans la *roadmap* informatique pour, au mieux, fin 2023 ou 2024 compte tenu notamment des travaux visant à combler la dette technique. L'étude de la possibilité d'échanges de flux entre la direction générale des finances publiques (DGFIP) (données des avis d'imposition) et la CNAM gagnerait aussi à être intégrée aux chantiers de la prochaine COG, afin de récupérer des données de ressources non présentes dans le DRM

[150] **La CNAM anticipe un alourdissement de la charge d'activité attachée à la C2S lors de la prochaine COG à un double titre** : d'une part la volumétrie des bénéficiaires devrait être stimulée par les récentes mesures facilitant l'accès aux droits, d'autre part la poursuite du désengagement des organismes gestionnaires privés est très probable. Au regard de cette charge supplémentaire, des gains de productivité sont attendus d'outils et procédures entrés en vigueur en 2022 et à parfaire sous la prochaine COG ; il n'est pas sûr toutefois qu'ils compensent intégralement l'alourdissement de la charge.

[151] Enfin, la fermeture du fonds de la complémentaire santé solidaire au 31 décembre 2020 s'est traduite par le transfert à la CNAM du suivi des flux financiers attachés à la C2S. Ce transfert va s'accompagner à compter de 2023 d'une simplification des circuits de paiement entre CNAM et OCAM correspondant à un allègement de charge pour l'assurance maladie estimé à 30 ETP par la DSS.

**Recommandation n°7** Prioriser les chantiers informatiques concernant la C2S (INDIGO, adhésion en ligne, flux automatisés entre CNAF et CNAM, étude des flux possibles entre DGFIP et CNAM). Prévoir au titre des engagements de l'Etat, l'étude de simplification de la base ressources C2S.

### 3.1.2 Une nouvelle dynamique amorcée dans la politique d'accompagnement individuel aux droits et aux soins

[152] La COG prévoyait d'une part la création d'une mission « Accessibilité » au niveau national pour porter une politique transversale d'accès aux droits et aux soins, d'autre part la montée en charge des accompagnements individualisés pour lutter contre le renoncement aux soins et enfin un recentrage du service social sur la prévention de la désinsertion professionnelle. **Globalement des progrès ont été enregistrés sur la durée de la COG**, même si la crise sanitaire a perturbé l'activité des équipes dédiées aux accompagnements individualisés.

### 3.1.2.1 La création d'une nouvelle direction destinée à impulser cette dynamique vis-à-vis du réseau

[153] La création de la DISAS (direction de l'intervention sociale et de l'accès aux soins)<sup>95</sup> fin 2018 a permis la formalisation à compter de 2020 d'une politique transversale d'accès aux droits et aux soins et a apporté une dynamique dans l'animation du réseau de l'assurance maladie et des nombreux partenaires externes, signalée lors de certains contacts de la mission. Le cadrage stratégique a été posé dans une lettre réseau fondatrice en juillet 2020<sup>96</sup>, prolongée par de nombreuses autres LR pour en affiner la déclinaison opérationnelle. Les partenariats nationaux ont été formalisés et dynamisés à travers l'animation d'une communauté d'une soixantaine de partenaires institutionnels et associatifs et la conclusion d'une dizaine de conventions-cadres<sup>97</sup> à décliner au niveau territorial. Des études ont été commandées à l'Observatoire du non recours (ODENORE).

[154] **Un effort important d'organisation et d'appui au réseau a été déployé** : désignation de caisses d'appui national (sur les Missions accompagnement santé (MAS), l'« inclusion numérique », la dimension « partenariats »), désignation de 14 caisses référentes régionales, identification de référents locaux « accès aux droits et aux soins » et « référents partenaires » dans les caisses.

[155] En termes de positionnement interne, la DISAS doit continuer de s'affirmer pour pouvoir porter pleinement la transversalité attendue des politiques conduites au niveau national, en particulier la relation client avec les enjeux liés à la fragilité numérique. L'articulation avec la direction des risques professionnels doit aussi s'affiner dans l'animation des services sociaux rattachés aux CARSAT sur le champ de la prévention des risques professionnels.

### 3.1.2.2 Des réorganisations prolongées au sein du réseau, avec la création des missions accompagnement santé et le repositionnement du service social

[156] Le rôle des CPAM dans l'accompagnement individuel des assurés en difficultés face à l'accès aux droits et aux soins a été réaffirmé à travers la réforme des MAS, dotées toutefois de moyens limités. Les MAS ont remplacé en 2020 les plateformes départementales pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS), dont la généralisation venait de s'achever. Leur champ a été élargi au-delà de la seule lutte contre le renoncement aux soins, à l'accès aux droits (y compris dans des logiques populationnelles et partenariales), la fragilité face au numérique et l'interface avec le service social sur les situations socialement complexes. Ces équipes, constituées le plus souvent d'agents d'accueil ou d'instructeurs expérimentés, ont été constituées à iso-ressources. On compte au total de l'ordre de 300 conseillers MAS, appartenant à des équipes de taille très variable (*a minima* un conseiller, une dizaine pour les grosses équipes, pas tous à temps plein).

[157] Lors de ses échanges avec des CPAM, la mission a pu constater une réelle implication de ces dernières dans la stratégie d'accès aux droits et aux soins et un intérêt pour l'action des MAS. Toutefois, leur action a été perturbée par la crise et l'objectif de résultats de la COG en « nombre

---

<sup>95</sup> La DISAS (33 agents) regroupe la mission « Accessibilité » transformée en département « Accès aux droits, aux soins et à la santé » et d'autres services concourant à l'accès aux droits et aux soins dans une logique thématique ou populationnelle (pilotage du service social, mission précarité, mission partenariats, mission prévention de la désinsertion professionnelle, mission jeunes, mission handicap, mission travailleurs indépendants, mission chargée des soins à l'étranger...).

<sup>96</sup> LR-DDO-101/2020

<sup>97</sup> Conventions passées avec la CNAF, Pole emploi, UNCCASS, FNMF, UNAF, ADOMA, Secours populaire français, restaurants du cœur, Emmaus France, Croix rouge françaises, France terre d'asile, APF France handicap, Convergence

d'accompagnements PFIDASS aboutis »<sup>98</sup>, très ambitieux (triplement de la cible sur la durée de la COG), n'a jamais été atteint même si les résultats progressent (cf. annexe 1).

[158] Le service social<sup>99</sup> a été, conformément à la COG, repositionné sur la prévention des risques professionnels, fortement portée par la CNAM, et les situations de difficultés d'accès aux droits et aux soins les plus complexes. Ce repositionnement des missions sur des activités d'accompagnement à forte expertise est intervenu à compter de 2020<sup>100</sup>. Le renforcement de l'implication du service social dans le champ de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) est très net (51 % des entretiens réalisés en 2021 contre 41 % en 2018).

[159] **La crise COVID a eu un impact ambivalent sur la stratégie d'accès aux droits et aux soins** : elle a perturbé certaines actions du fait du redéploiement des agents vers d'autres missions de crise mais elle a également suscité des actions partenariales exemplaires d'« aller vers » les publics les plus en difficultés, aussi bien en matière de vaccination que d'accès aux droits<sup>101</sup>. Au-delà de la crise, les CPAM continuent de porter ces démarches d'« aller vers » pour promouvoir les droits (en particulier la C2S), l'accès aux soins et la prévention. La mission a pu mesurer lors de ses échanges, le fort engagement et la diversité des actions déployées en la matière par les équipes de certaines CPAM. Pour la prochaine COG, la politique actuelle mérite d'être poursuivie mais son ambition réelle dépendra des moyens susceptibles d'être consacrés à ce type de missions exigeantes en temps et donc en moyens humains.

### 3.1.3 La CNAM a activement contribué à la réforme du 100 % Santé dont les résultats restent à conforter ainsi que ceux du tiers payant

[160] En matière de lutte contre les inégalités sociales d'accès aux soins, la COG prévoyait trois types d'engagements de la CNAM : accompagner la mise en œuvre des dispositifs visant à réduire fortement les restes à charge, renforcer la lutte contre les dépassements d'honoraires, poursuivre le déploiement du tiers payant. L'évènement marquant de la période aura été **l'entrée en vigueur du 100 % Santé à compter de 2019** qui a largement dépassé les objectifs initiaux de la COG.

#### 3.1.3.1 La CNAM a accompagné le déploiement de la réforme majeure du 100 % Santé en lien avec les professionnels de santé et les organismes complémentaires, avec des résultats contrastés selon les domaines

[161] La réforme du 100 % Santé<sup>102</sup> vise à faciliter l'accès aux soins prothétiques dentaires, aux audioprothèses et à l'optique en levant l'obstacle de restes à charge (RAC) importants<sup>103</sup>. Le dispositif repose sur deux mesures : d'une part le plafonnement des honoraires et du prix des équipements relevant de paniers de soins définis par le législateur et pris en charge à 100%, et d'autre part le renforcement de la prise en charge par l'assurance maladie, à travers un relèvement des tarifs de responsabilité parallèlement à des engagements de financement par les organismes

<sup>98</sup> La notion d'« aboutis » correspond à la réalisation effective de soins auxquels la personne accompagnée avait renoncé.

<sup>99</sup> Le service social est positionné au sein des CARSAT (caisses d'assurance retraite et de la santé au travail), au croisement de trois politiques et branches : maladie, retraite et prévention des risques professionnels. Il regroupe près de 2400 agents (intégralement dans les effectifs de l'assurance maladie), en légère baisse sur la durée de la COG (-2,5 %).

<sup>100</sup> Plusieurs lettres réseaux depuis 2020 dont LR-DDO-75/2022 sur « sécuriser les parcours de santé »

<sup>101</sup> Une opération exemplaire en lien avec la Délégation interministérielle à la prévention et lutte contre la pauvreté: des équipes mobiles CAF/CPAM sont intervenues dans les centres d'hébergement d'urgence en juillet 2020 pour procéder à des ouvertures de droits, ,

<sup>102</sup> Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 pris en application de cette dernière.

<sup>103</sup> 53 % de RAC pour les audioprothèses, 21 % l'optique, 23 % les prothèses dentaires.

complémentaires, Préparée dès 2018 avec l'assurance maladie, les professionnels de santé concernés et les OCAM, la réforme a été déployée par étapes à compter de 2019 (et sans interruption en dépit de la crise sanitaire)<sup>104</sup>.

[162] Le 100 % Santé a repositionné, dans le cadre de paniers de soins réglementairement définis, l'assurance maladie obligatoire sur des champs où elle était moins présente que les organismes complémentaires. La CNAM s'est impliquée dans la promotion ainsi que le déploiement de la réforme en travaillant conjointement avec les OCAM. Le réseau a été également mobilisé pour promouvoir la réforme auprès des professionnels de santé concernés puis contrôler son application, parallèlement aux contrôles effectués par la DGCCRF auprès d'opticiens et d'audioprothésistes.

**Les démarches de sensibilisation et contrôles dans le champ de l'optique :** 10 600 opticiens ont reçu en septembre 2021, un courrier de l'assurance maladie concernant la présentation de l'offre 100 % Santé et 9 300 d'entre eux ont reçu la visite, de septembre à novembre, d'un délégué de l'assurance maladie pour conseils sur la diffusion de l'offre 100 % Santé. Une action de contrôle a été conduite auprès de 200 magasins d'optique dans 49 départements, présentant un taux de dispensation du 100 % Santé faible ; à ce stade, 34 décisions de pénalités financières ont été prises, d'autres procédures sont par ailleurs toujours en cours.

[163] Des objectifs de montée en charge du 100 % Santé sont suivis en dehors de la COG et des CPG, dans le cadre du comité de suivi de la réforme. S'il est encore tôt pour dresser un bilan global<sup>105</sup>, on observe des avancées mais avec de forts contrastes selon les domaines : le champ des audioprothèses connaît une forte percée de l'offre 100 % Santé, une augmentation du taux d'équipement et une baisse sensible des restes à charge ; on observe une bonne progression de l'offre 100 % Santé dans le champ des prothèses dentaires avec une réduction des RAC ; par contre, en matière d'optique on note une très faible place des paniers 100 % santé .

Tableau 5 : Part de l'offre 100 % santé en % des actes concernés

| part du 100% Sante dans les actes (en %) | prothèses dentaires |          | optique  |          | prothèses auditives |          |
|--|---------------------|----------|----------|----------|---------------------|----------|
|  | y compris C2S       | hors C2S | avec C2S | hors C2S | avec C2S            | hors C2S |
| 2021                                     | 55                  | 53       | 15       | 6        | 40                  | 35       |
| 1er T 2022                               | 56                  | 53       | 16       | 7        | 39                  | 34       |

Source : mission

[164] La réforme reste encore insuffisamment connue par le public, en partie du fait de son déploiement pendant la crise sanitaire<sup>106</sup>. Elle fait également l'objet d'une application parfois biaisée (non présentation de l'offre 100 % santé ou dépréciation de cette dernière, tarification de soins dentaires complémentaires ...). Facultatif au démarrage de la réforme, le tiers payant intégral

<sup>104</sup> En 2019, début du plafonnement des honoraires de facturation pour certains actes prothétiques dentaires, 1er plafonnement des tarifs pour les audioprothèses relevant du panier 100 % et hausse du taux de remboursement de l'AMO ; 2020 : entrée en vigueur de l'offre optique 100 % sante sans RAC et d'un premier panier 100 % sans RAC pour les soins prothétiques dentaires et relèvement du taux de remboursement et baisse des tarifs pour les prothèses auditives ; 2021 : entrée en vigueur du panier du 100 % Santé pour les prothèses auditives, extension des offres prothétiques dentaires à 0 RAC ou RAC modéré ; 2022 : extension des offres prothétiques dentaires à 0 RAC ou RAC modéré.

<sup>105</sup> La réforme du 100 % santé, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Cour des comptes juillet 2022

<sup>106</sup> Selon le baromètre DREES 2021, 53 % des Français ne connaissaient pas la réforme (41 % en 2020).



(couvrant la part des complémentaires) est de surcroît inégalement pratiqué selon les domaines <sup>107</sup> ; devenu obligatoire à compter de janvier 2022, son déploiement effectif est un enjeu des mois et années à venir. **La consolidation du déploiement du 100 % Santé, notamment dans le domaine de l'optique, doit donc avoir toute sa place dans les priorités de la prochaine COG.**

**Recommandation n°8** Préciser les engagements de la CNAM dans le champ du 100 % Santé en matière de communication, de contrôle de sa bonne application et l'associer aux réflexions sur les éventuelles évolutions du dispositif.

### 3.1.3.2 La CNAM a accompagné la progression du tiers payant conformément aux objectifs de la COG

[165] La COG prévoyait l'engagement de la CNAM pour le soutien au développement du tiers payant (TP), par différents canaux : en déployant ADRI<sup>108</sup>, en étendant le service téléphonique dédié à de nouvelles professions de santé et en amplifiant les relations avec les organismes complémentaires. L'Etat a pris l'engagement d'associer l'assurance maladie à la concertation sur la généralisation du tiers payant intégral<sup>109</sup>.

[166] **La CNAM a rempli la majeure partie de ses engagements d'outillage des professionnels de santé.** L'outil ADRI, intégré aux logiciels de gestion, équipe désormais 96 % des professionnels de santé libéraux. La mise à disposition de cet outil constitue une avancée majeure, les risques liés aux situations de droits des assurés non mises à jour constituant le principal frein mis en avant par les professionnels de santé réticents à un plus large recours au tiers payant pour les situations où il n'est pas obligatoire.

[167] **Le service téléphonique dédié au tiers payant<sup>110</sup> a changé de modalités de fonctionnement** au cours de la période : depuis juin 2020, les appels sur le tiers-payant relèvent de 12 nouvelles plateformes médico-administratives accessibles par un numéro unique 3608 (prix d'un appel local) et qui apportent aux professionnels de santé une réponse de premier niveau sur l'ensemble des questions médico-administratives qui les concernent.

[168] **Le taux de TP (en % des actes)<sup>111</sup> a légèrement progressé sur la durée de la COG**, en particulier pour les médecins (omnipraticiens et spécialistes) où il est passé de 50,3 % des actes en 2018 à 58,7% % en 2021. Il reste par contre toujours aussi faible dans certaines professions dont les dentistes (de 24,3 % à 27,4 % sur la même période) pour lesquelles les RAC sont par ailleurs significatifs. On notera par ailleurs que certaines professions ont *a contrario* intégré le tiers-payant de manière extrêmement développée : outre les sages-femmes, les laboratoires et les pharmacies, on citera les masseurs kinésithérapeutes (85%) et les infirmiers (99%)<sup>112</sup>.

<sup>107</sup> Hors bénéficiaires de la C2S le tiers payant intégral pour le 100 % santé est de 44% pour les audioprothèses, 38 % pour l'optique et 12 % pour les prothèses dentaires.

<sup>108</sup> ADRI fiabilise la facturation en tiers-payant des professionnels de santé en leur permettant de consulter en temps réel les droits de leurs patients auprès des régimes d'assurance maladie obligatoire.

<sup>109</sup> L'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avait prévu la remise d'un rapport au parlement sur les conditions d'une généralisation du tiers payant intégral, qui n'a que partiellement eu des suites.

<sup>110</sup> Le service répond à l'ensemble des questions de professionnels de santé liées à la facturation en tiers-payant, quel que soit le régime d'affiliation de l'assuré et sa caisse de rattachement ; jusqu'en mai 2020, il était assuré par le Centre de Services Inter-régimes (CESI) Tiers Payant géré par la CPAM de la Marne.

<sup>111</sup> Il s'agit des différentes situations de TP : TP intégral AMO et AMC à 100 %, TP intégral AMO à 100 %, TP AMO à non à 100 %,

<sup>112</sup> En parallèle l'AMC a développé des outils normalisés pour faciliter la gestion du TP, en direction d'une part des professionnels de santé libéraux via l'association inter-AMC et d'autre part sous l'impulsion de l'Etat, des établissements de santé (outil ROC « remboursement des organismes complémentaire ») en cours de déploiement

[169] Le développement du tiers payant comme le 100 % Santé ont par ailleurs conduit, conformément aux engagements de la COG, à un **développement du travail en commun entre AMO et AMC sur de nombreux chantiers techniques** (codification tarifaire, logiciels métiers, facturation ...). Les acteurs de l'AMC rencontrés par la mission sont très demandeurs de la mise en place d'échanges automatisés sur des référentiels actualisés (des actes, des professionnels de santé, des établissements hospitaliers...) pour éviter des traitements manuels et faciliter le traitement des remboursements. Ils sont également preneurs d'échanges plus réguliers à un niveau stratégique pour aborder les sujets d'intérêt communs (C2S, 100 % santé, tiers payant, lutte contre la fraude, GDR et prévention, transmissions de données nominatives...). Dans où les questions relatives au pouvoir d'achat sont de plus en plus prégnantes, l'objectif de déployer plus largement le TP intégral semble devoir être relayé dans la prochaine COG, la prochaine convention médicale et dans le cadre de coopérations stratégiques et techniques entre AMO et AMC.

**Recommandation n°9** Prévoir le développement des coopérations stratégiques et techniques (notamment en termes d'échanges automatisés de référentiels) entre AMO et AMC pour faciliter le traitement des sujets d'intérêt commun.

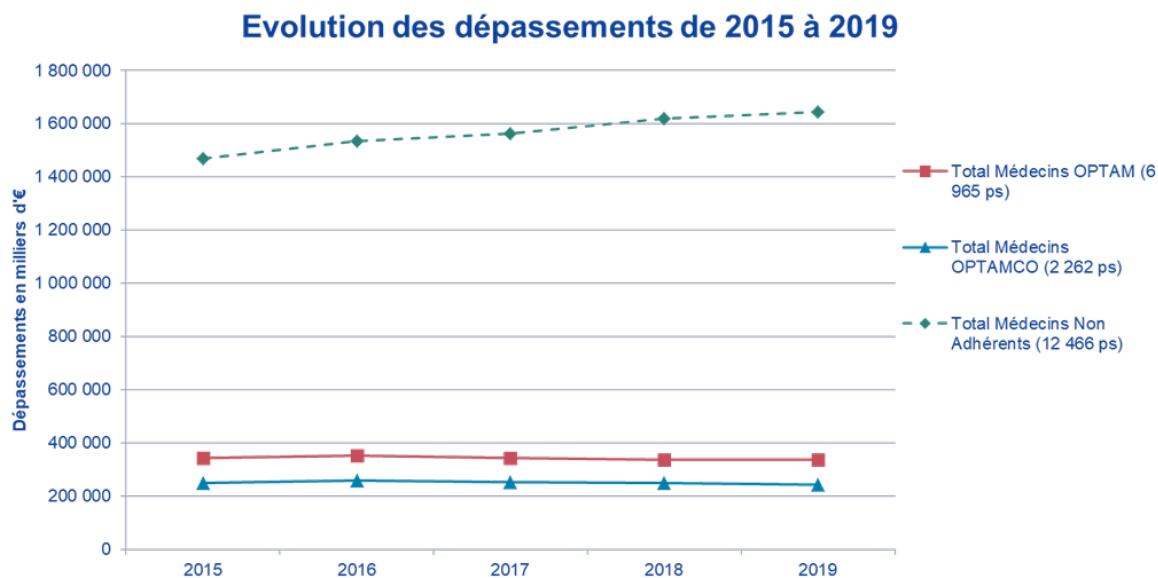
### 3.1.4 La croissance globale des dépassements d'honoraires témoigne d'un essoufflement du levier conventionnel des contrats OPTAM et OPTAM-CO

[170] En matière de maîtrise des dépassements d'honoraires, la COG a prévu deux indicateurs de résultats : d'une part, la croissance de la part des actes à tarifs opposables (toutes catégories : CMU-C, ACS, ...), indicateur qui dépendait moins de l'action de la CNAM que de réformes nationales ; d'autre part, une baisse du taux de dépassement des médecins en secteurs 2 et 1 avec droit à dépassement permanent (1DP). Pour cet indicateur, les résultats atteints ont été légèrement en-deçà des cibles, avec un taux de dépassements quasi-stable sur la durée de la COG (entre 48,80% et 47%), dans un double contexte d'essoufflement des dispositifs conventionnels de maîtrise des honoraires et de poids relatif accru des médecins spécialistes en secteur 2.

[171] La contribution de la CNAM à la maîtrise des dépassements d'honoraires passe par les contrats OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie-obstétrique). Ces contrats définis par la convention médicale de 2016 reposent sur l'engagement des médecins adhérents de respecter un taux de dépassement moyen et un taux d'activité au tarif opposable, en contrepartie de l'accès aux tarifs de remboursements applicables aux médecins de secteur 1.

[172] **Ce dispositif a un impact effectif sur les dépassements** dans la mesure où les taux et volumes financiers de dépassement des médecins adhérents sont notablement inférieurs à ceux des médecins qui ne le sont pas.

Graphique 2 : Dépassements d'honoraires des médecins adhérents ou pas à OPTAM



Source : CNAM

[173] Mais le taux de médecins adhérents à OPTAM et OPTAM-CO tend à se stabiliser depuis 2018 autour de 51 à 52 % selon les années (52 % en mars 2022), avec de forts contrastes par spécialités<sup>113</sup>. La promotion du dispositif a probablement pâti d'autres priorités de la part de la CNAM, du fait de la crise sanitaire, les actions menées s'étant davantage concentrées sur les médecins adhérents.

**Les actions de promotion et accompagnement par le réseau de l'assurance maladie des contrats OPTAM et OPTAM-CO.** Une campagne de promotion du dispositif a été opérée par les délégués de l'assurance maladie en 2017 auprès des médecins éligibles. En juillet 2018 une campagne d'accompagnement a été menée auprès des médecins adhérents au dispositif qui n'avaient pas respecté leurs taux d'engagements contractuels. Des campagnes de révision des taux d'engagements ont été conduites en 2019 et 2022 afin de tenir compte des évolutions tarifaires conventionnelles. Un affichage, trimestriel puis mensuel, des taux d'engagement des médecins sur AMELIPRO est venu faciliter le pilotage par les médecins de leur pratique tarifaire.

[174] On observe aussi de **forts contrastes territoriaux en termes de taux de dépassement**, médecins adhérents ou non adhérents confondus, qui pèsent sur l'accessibilité financière aux soins que les contrats conventionnels semblent impuissants à réguler. Le système actuel semble donc atteindre ses limites, voire produire un système à deux vitesses, entre médecins généralistes et médecins spécialistes, médecins adhérents aux contrats et les autres. Ces constats appellent à débattre de la réforme du dispositif lors des négociations de la prochaine convention médicale et *a minima*, à prévoir dans la prochaine COG une promotion plus active de ces contrats assortie de campagnes de contrôle régulières.

[175] Quant au dispositif de sanction des pratiques tarifaires excessives qui associe sanctions conventionnelles et, depuis fin 2020, pénalités financières réglementaires dans des cas ciblés<sup>114</sup>, il semble avoir un très faible impact. Les médecins sont sélectionnés au regard de deux critères : un

<sup>113</sup> Les spécialités ayant les plus forts taux d'adhésion sont : les médecins généralistes et les radiothérapeutes autour de 80 %, les cardiologues, pneumologues, neurologues autour de 60 % ; les plus bas : les ophtalmologues et stomatologues autour de 30 %.

<sup>114</sup> Décret 2020-1215 du 2/10/2020

taux de dépassement moyen supérieur à 150 %<sup>115</sup> ou facturation « de façon fréquente » de dépassements à des bénéficiaires de la C2S. Cette procédure est longue pour laisser place à des actions amiables avant d'enclencher une procédure de sanction<sup>116</sup>, mais elle est ainsi très peu dissuasive et se traduit *in fine* par des corrections de comportements inégalement durables et des sanctions très rares.

**Les campagnes de contrôle des pratiques tarifaires.** Une campagne a été lancée sur la période 2017/2019, avec courrier de sensibilisation adressé à environ 900 médecins. Environ 70 % des médecins concernés ont modifié leurs pratiques après l'envoi de ce courrier ou du courrier d'avertissement. Au final, seuls 36 d'entre eux ont justifié l'engagement d'une procédure de sanction conventionnelle et aucune sanction n'a été prononcée à l'issue ; 23 autres médecins ont également fait l'objet d'un passage en commission de conciliation. Du fait de la crise sanitaire, c'est seulement en septembre 2021 qu'une nouvelle campagne, pour la période 2021/2023, a été engagée. Actuellement en cours, elle a donné lieu à l'envoi de courriers d'information à 129 médecins.

**Recommandation n°10** Afin de favoriser une plus grande maîtrise des taux de dépassement d'honoraires, introduire une dimension désincitative à la non adhésion aux contrats OPTAM et OPTAM-CO et renforcer les contrôles et les sanctions des pratiques tarifaires excessives, en particulier celles de nature réglementaire.

### 3.2 Dans l'accompagnement des transformations de l'offre de soins sur les territoires, si des progrès tangibles ont été obtenus en matière d'exercice coordonné et de télémedecine, les inégalités territoriales d'accès aux soins n'ont pas été réduites

[176] La lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins et le développement de l'exercice coordonné des pratiques menés en lien avec les ARS dans les territoires, ont constitué un axe fort de la COG, amplifié au fil des réformes gouvernementales conduites en cours de la période, dans un contexte d'accentuation des difficultés d'accès territorial aux soins<sup>117</sup>.

**L'exercice coordonné** est inscrit, dans les plans de santé comme dans les textes conventionnels, comme la cible de l'organisation des soins primaires pour répondre à une pluralité d'objectifs : optimisation du temps médical dans un contexte de manque de ressources médicales, aspiration d'une partie des professionnels de santé de ne plus exercer de façon isolée, cohérence des parcours de soins et qualité des prises en charge et efficacité (même si cet objectif est moins mis en avant). L'exercice coordonné se décline au moyen de dispositifs diversifiés, centrés autour du patient et/ou organisés à l'échelle du territoire : maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et centres de santé, équipes de soins primaires ou spécialisés, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), assistants médicaux, infirmières de pratique avancée, parcours de soins Ville-hôpital, télémedecine...

<sup>115</sup> A Paris et dans les départements des Hauts de Seine et du Rhône, les taux sont majorés.

<sup>116</sup> Envoi d'un courrier d'information invitant les médecins à modifier leur pratique, suivi faute d'améliorations, d'un courrier d'avertissement puis d'un relevé de constatations pour aboutir à la saisine de la commission paritaire régionale, la décision revient au directeur de la CPAM.

<sup>117</sup> En amont de la COG, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et le plan d'accès aux soins d'octobre 2017 ; pendant la durée de la COG : Ma Santé 2022 présentée en septembre 2018 qui a affiché l'objectif de la fin de l'exercice isolé, la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et le Ségur de la santé en juillet 2020.

### 3.2.1 L'assurance maladie a renforcé son rôle d'accompagnement des transformations du système de santé dans les territoires aux côtés des ARS

[177] La COG a prévu des actions et engagements nombreux<sup>118</sup>, assortis d'objectifs de résultats en matière de lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins et d'exercice coordonné, qui ont fortement été relayés dans le réseau, notamment dans le cadre des CPG.

[178] **Pour décliner les réformes nationales, la CNAM a conduit une politique conventionnelle très active** pour mobiliser les professionnels de santé sur ces enjeux et les accompagner à travers de nouveaux leviers financiers plus puissants que les aides ponctuelles jusqu'alors mobilisées par les ARS. Un maillage dense de nouveaux accords et d'avenants (une dizaine) a été mis en place tout au long de la période, conférant à la politique conventionnelle un rythme totalement inédit sur des sujets d'organisation de l'offre de soins que l'assurance maladie n'avait pas l'habitude jusqu'alors d'aborder au travers de ses outils conventionnels. A noter en particulier l'accord-cadre interprofessionnel (ACIP) en 2018 et l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) sur les CPTS en 2019.

[179] Si les ARS sont responsables de l'élaboration et du pilotage global des stratégies territoriales de santé, la CNAM et son réseau ont renforcé pendant la COG leur positionnement à leurs côtés pour accompagner les professionnels de santé dans les évolutions attendues. Des instructions communes CNAM/DGOS sont venues conforter cette action conjointe à des étapes clefs.. Les acteurs des sites visités par la mission (et notamment les professionnels de santé et leurs représentants) ont souligné le resserrement des collaborations entre les ARS et le réseau de l'assurance maladie sur ces dispositifs et la forte montée en puissance du réseau dans les démarches opérationnelles d'accompagnement (mobilisation des professionnels de santé du territoire, conseils juridiques, appuis financiers, transmissions de données, conseils, formations).

[180] Pour atteindre les objectifs assignés, la CNAM s'est organisée au niveau national<sup>119</sup> et surtout a progressivement structuré son réseau. Face au foisonnement des dispositifs et à des priorités politiques évolutives (à compter de 2019 l'accent semble ainsi avoir été mis davantage sur les CPTS que sur les MSP), une démarche d'accompagnement plus globale et mieux articulée s'est progressivement déployée, inscrite dans des partenariats locaux incontournables mais inégalement actifs (ARS au premier chef, mais aussi URPS, collectivités locales ...). Lors de ses déplacements, la mission a pu constater le caractère mobilisateur et fédérateur pour le réseau de cette mission.

[181] L'accompagnement des professionnels de santé mobilisait déjà les CPAM, les DRSM et les DCGDR (DAM, praticiens conseils, conseillers informatiques, chargés de mission Offre de soins ...). En complément ont émergé des fonctions spécifiques, ajustées progressivement pour dépasser une approche par dispositifs : création de référents MSP<sup>120</sup> dans les caisses et les DRSM, mise en place, à compter de 2019, des référents organisations coordonnées (ROC) positionnés à partir de 2021 comme un métier pérenne à part entière.

---

<sup>118</sup> Renforcer l'accès aux soins en améliorant les aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé, contribuer au développement de l'exercice pluri-professionnel ou regroupé, déployer la télémédecine, favoriser la coordination des soins.

<sup>119</sup> Avec notamment la création de la Direction de l'accompagnement des offreurs de soins responsable de l'animation de tous les réseaux- métiers en contact avec les professionnels de santé : responsables des DCGDR, DAM, praticiens conseils, délégués numérique en santé et aussi les référents des organisations coordonnées (ROC).

<sup>120</sup> Selon une enquête faite en 2019, la fonction représentait en moyenne 0,20 ETP, d'où le changement de braquet avec les ROC.

**Les référents des organisations coordonnées (ROC) :** création en juillet 2019 de la mission de ROC avec un profil administratif ou médical, basé en CPAM et DRSM. Renforcement de la professionnalisation des ROC par lettre réseau de juillet 2021 : extension de leur champ d'intervention à toutes les formes d'organisations coordonnées (pas seulement CPTS), fixation du niveau des agents concernés (niveau 7) et du temps consacré (cible d'au moins un poste temps plein par CPAM au 1er trimestre 2022), formation. Personnels concernés (y compris à temps partiel) : 43 ROC régionaux (20 administratifs et 23 médicaux) et 315 ROC locaux (167 ROC administratifs et 148 ROC médicaux). Il manque toutefois une évaluation en ETP des ressources mobilisées sur ces missions.

[182] **La CNAM a outillé son réseau et ses partenaires** sous de multiples formes : diffusion de supports de présentation des dispositifs, cadres méthodologiques pour organiser l'accompagnement, contrats types... Les outils REZONE (CPTS et MSP) ont été conçus pour éclairer les décisions d'installation des professionnels de santé et leurs études de patientèles, ainsi que pour nourrir les diagnostics territoriaux des CPTS. Des formations ont été montées à destination des porteurs de projet et une démarche d'« accélérateur » de projets a été testée à partir de 2021 pour les CPTS, sous forme d'ateliers mobilisant les acteurs concernés. En revanche l'accompagnement des acteurs sur les questions d'équipement informatique n'a pu être mis en œuvre et devra être repris lors de la prochaine COG.

[183] La crise sanitaire n'a pas suspendu les actions d'accompagnement des MSP et des CPTS par le réseau, ce qui témoigne d'une forte priorisation de cette mission. La gestion de crise a contribué à renforcer les coopérations concrètes et la confiance entre professionnels de santé, ARS et assurance maladie, et les CPTS et MSP se sont souvent impliquées dans la gestion de crise, notamment en matière de vaccination et de distribution d'équipements aux professionnels. *In fine* on peut mettre au crédit de la CNAM et de son réseau un accompagnement actif de l'exercice coordonné, en lien étroit avec les ARS, conforme aux engagements pris dans la COG.

[184] Compte tenu de l'importance des financements engagés, au fil de la montée en puissance des organisations coordonnées, le suivi de l'effectivité des engagements pris, en particulier en matière d'accès à un médecin traitant ou bien d'organisation des soins non programmés, gagera à renforcer.

### 3.2.2 Des résultats prometteurs en matière d'exercice coordonné, plus limités en matière d'aides démographiques

[185] Le soutien à l'exercice coordonné et les aides conventionnelles à l'installation s'inscrivent dans un même **contexte de démographie médicale sous tension et d'inégalités territoriales croissantes en termes de professionnels de santé**. Si les progrès de l'exercice coordonné ont été réels sur la durée de la COG, ils sont toutefois inégaux géographiquement et doivent s'inscrire dans la durée avant que leur impact sur les difficultés d'accès territorial aux soins, et sur les parcours des patients, puisse, le cas échéant, se faire sentir.

#### 3.2.2.1 Des résultats significatifs en matière d'organisations coordonnées à consolider et amplifier lors de la prochaine COG

**Les objectifs ambitieux en matière de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)<sup>121</sup> devraient être atteints ou presque.**

---

<sup>121</sup> Les MSP rassemblent autour d'un projet de santé commun, des professionnels de santé libéraux (médecins, sages-femmes, infirmières ...) et des auxiliaires médicaux pour offrir une réponse coordonnée en termes de soins primaires. Pour

[186] La COG prévoit une croissance de 150 % du nombre de contrats ACI signés (passage entre 2018 et 2022 de 720 à 1 800 contrats signés). En aout 2022, 1 568 contrats étaient signés, ce qui rend probable l'atteinte de l'objectif de la COG ou à défaut un résultat très proche de la cible. Le nombre de MSP aura plus que doublé entre 2018 et 2022, ce qui témoigne d'une forte dynamique que la crise sanitaire n'aura pas brisée, voire aura, dans certains territoires, favorisée. **On observe toutefois de sensibles disparités qui ne reflètent pas seulement les différences de taille des régions** : 241 MSP en ARA, contre seulement 129 en Ile de France ou 89 en PACA par exemple. Les causes de ces développements contrastés gagneraient à être analysées par la CNAM et le ministère chargé de la santé pour identifier les leviers possibles de correction.

[187] Les MSP font l'objet d'un suivi qualitatif de la part de la CNAM en lien avec le ministère chargé de la santé qui témoigne de deux apports des MSP : un gain en termes de file active de patients par médecin généraliste et une implantation plus fréquente en zones sous denses que pour les médecins hors MSP ; l'impact sur l'accès à un médecin traitant est moins fort.

**MSP – chiffres clefs** (source CNAM)

17 500 professionnels de santé sont installés au sein d'une MSP dont 5 200 médecins généralistes (soit environ 10 % des médecins généralistes libéraux), avec une surreprésentation des moins de 40 ans.

Le profil-type d'une MSP regroupait en 2020 15,5 professionnels de santé dont 4,5 médecins généralistes (MG), 0,3 médecin (autre spécialité), 1 pharmacien, 0,4 chirurgien-dentiste, 0,5 sage-femme, 8,5 professions paramédicales.

Les médecins généralistes et infirmiers travaillant en MSP sont davantage installés dans les zones déficitaires que les autres praticiens. 7 millions de patients ont leur médecin traitant en MSP.

Les MSP ont une file active moyenne 6 102 patients. Les médecins généralistes travaillant en MSP voyaient en 2019 133 patients de plus que les médecins généralistes hors MSP (1 801 en MSP pour 1 668 hors MSP).

Le financement moyen d'une MSP en 2021 était de l'ordre de 73 000€ et 90,3 M€ ont été versés aux MSP au titre de 2021 contre 55,6 M€ au titre de 2019.

[188] Les projets restent encore complexes à monter en termes immobiliers, juridiques et financiers d'où les attentes des porteurs de projet en matière d'accompagnement et de soutien du réseau de l'assurance maladie, qui peuvent dépasser le strict cœur de métier de ce dernier. Par ailleurs **les CPAM et ARS visitées par la mission pointent les fragilités, voire les risques de fermeture de certaines MSP suite au départ (notamment en retraite) de leurs promoteurs initiaux** ; les URPS réclament à ce titre une application souple du cahier des charges de l'ACI pour gérer des périodes de transition qui parfois se prolongent. Les acteurs rencontrés par la mission ont également insisté sur la nécessaire vigilance à avoir sur l'articulation, voire la clarification, des missions respectives des CPTS et des MSP.

[189] Les centres de santé pluri-professionnels (CDS), qui sont également des acteurs de l'exercice coordonné, ont connu sur la durée de la COG une dynamique non négligeable mais sensiblement moins forte que les MSP (522 CDS pluri-professionnels en 2021 contre 381 fin 2017, soit + 37%). Les limites de leur modèle économique pèsent probablement sur leur développement, alors même que l'exercice salarié attire une part croissante de praticiens.

---

bénéficier d'un financement de l'assurance maladie, les MSP doivent respecter le cahier des charges de l'ACI de 2017 modifié en 2022 pour renforcer les ambitions et les financements. L'ordonnance du 12 mai 2021 relative aux sociétés inter professionnelles de soins ambulatoires (SISA) qui servent de cadre juridique aux MSP, permet désormais le salariat de professionnels de santé et sécurise l'emploi des assistants médicaux.

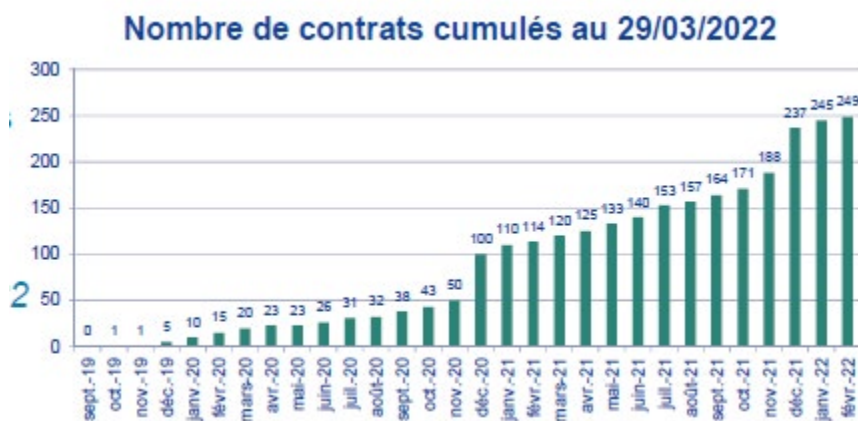
**Le nombre de CPTS installées ou en projet a sensiblement augmenté depuis 2020.**

**Les CPTS** ont été créées par la loi de février 2016, fortement mises en avant par « Ma santé 2022 » (objectif de couverture intégrale du territoire national) puis par le Ségur de la santé. Elles **organisent la coordination et la coopération entre professionnels de santé d'un même territoire autour d'un projet de santé** validé par l'ARS, afin de faciliter les parcours de soins des habitants et d'améliorer les actions locales de prévention. Elles constituent le cadre d'auto-organisation, longtemps absent, des professionnels libéraux sur leur territoire, allant au-delà des coopérations cliniques ponctuelles autour des patients. Les CPTS bénéficient de financements de l'assurance maladie qui se sont élevés à 43 M€ en 2021.

[190] **La signature de l'ACI CPTS en août 2019 a eu un impact décisif pour impulser une dynamique**, en introduisant, au-delà des financements d'amorçage des ARS, des financements assurance maladie pérennes et conséquents, assortis d'un dispositif structuré d'accompagnement des projets par les ARS et le réseau de l'assurance maladie. L'avenant 2 signé en décembre 2021 va encore plus loin sur les missions et sur les financements<sup>122</sup>.

[191] Après un démarrage très lent en début de COG, les projets ont progressé rapidement à compter de 2020. On comptait en mars 2022 246 contrats de CPTS<sup>123</sup> signés au titre de l'ACI couvrant 21,8 millions d'habitants, soit de l'ordre de 30 % de la population française. A la même date, on dénombrait près de 500 CPTS avec des contrats signés ou en cours de montage, susceptibles de couvrir à terme de l'ordre de 58 % de la population. Si ces chiffres sont éloignés des objectifs très, - peut-être trop-, ambitieux affichés dans Ma santé 2022 (1000 CPTS et 100 % du territoire couvert en 2022), ils témoignent d'une réelle dynamique, freinée mais pas stoppée, par la crise sanitaire.

Graphique 3 : Nombre de contrats CPTS cumulés à fin mars 2022



Source : CNAM

[192] La COG ne prévoyait pas en 2018 d'objectif de résultats en matière de CPTS, ces structures étant à l'époque uniquement financées par des crédits FIR. **La conclusion de l'ACI s'est traduite à**

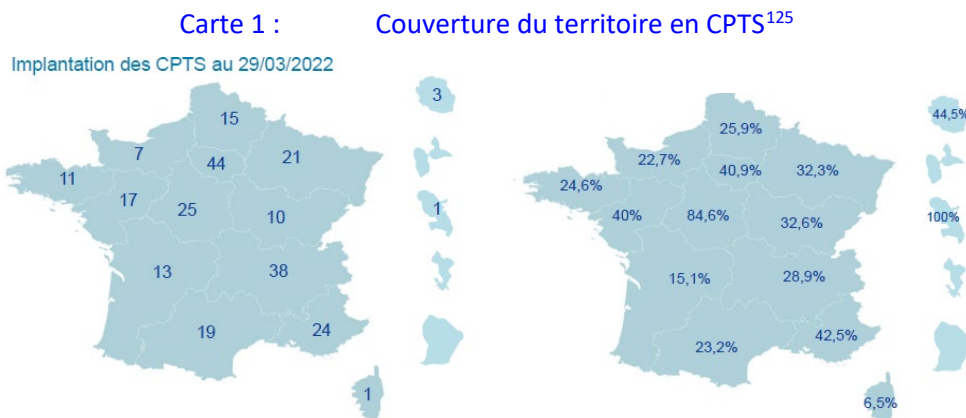
<sup>122</sup> Contribution désormais obligatoire à la gestion de crise, la collaboration attendue des CPTS au « service d'accès aux soins (SAS) », l'expérimentation d'équipes de soins... Il majore le soutien financier apporté (de l'ordre de 30 %), en particulier pour les CPTS regroupant plus de 100 professionnels de santé. Les financements peuvent désormais aller jusqu'à 580 000€ par an.

<sup>123</sup> Au 1<sup>er</sup> aout 2022, on comptait 285 contrats signés.



partir de 2020 par l'introduction dans les CPG des CPAM et des DRSM d'un indicateur de contrats CPTS signés qui a été doté d'un *scoring* important (30 points). Des objectifs ambitieux, assortis de valeurs socles basses servant à calculer les taux de réussite, ont été définis dans les CPG de manière à mobiliser le réseau, sans trop le pénaliser en cas de difficultés <sup>124</sup>.

[193] De fortes disparités régionales sont constatées en nombre de CPTS créées et de population couverte (plus de 84 % en région Centre Val de Loire contre 15 % en Nouvelle Aquitaine). **La réduction de ces écarts devrait être l'une des priorités de la prochaine COG mais leur ampleur pose la question de l'évolution à terme vers une obligation légale d'adhésion** si l'on souhaite aboutir à une couverture intégrale du territoire national, assortie d'un socle de missions communes.



Source : CNAM

### **Des objectifs de création de postes d'assistants médicaux introduits dans les CPG à compter de 2020**

[194] La création de la fonction d'assistant médical annoncée dans Ma santé 2022 et reprise dans la LFSS pour 2019, vise à dégager du temps médical en déchargeant les médecins de tâches administratives, d'actes en lien avec la consultation (prise des constantes, mise à jour du dossier médical...) ou de tâches de coordination avec d'autres professionnels de santé. **Non prévu à la COG, un objectif de nombre d'assistants médicaux a été introduit dans les CPG à compter de 2020 dans le prolongement de l'avenant n° 7 à la convention médicale signé en juin 2019 qui a précisé les conditions de financement de la fonction.**

[195] Même si l'on manque encore de recul, les premiers chiffres sont encourageants et traduisent une forte dynamique, que les pouvoirs publics semblent vouloir accentuer encore avec la création, au total, de 10 000 postes d'assistants médicaux d'ici 2025<sup>126</sup> annoncée par le ministre de la santé lors de la première réunion du Conseil national de la refondation Santé le 3 octobre 2022. Les contrats sont essentiellement (78%) signés par des médecins généralistes (dont 20 % de nouveaux installés). Ils ont généré de l'ordre de 20 % de patientèle supplémentaire en file active et en patientèle « médecin traitant » chez les praticiens concernés, selon les chiffres de la CNAM.

<sup>124</sup> Les CPG prévoient en 2020 un objectif de 150 CPTS signées et un socle de 5, en 2021 un objectif de 300 et un socle de 86, en 2022 un objectif de 412 et un socle de 202.

<sup>125</sup> La carte de gauche indique le nombre de CPTS créées par région, celle de droite le pourcentage de la population couverte par une CPTS par région

<sup>126</sup> A comparer aux quelque 226 000 médecins en activité en France, dont 102 000 généralistes.

Tableau 6 : Evolution du nombre d'assistants médicaux (en cumulé)

|                          | 2020  |          |          | 2021  |          |          | 2022  |          |                    |
|--------------------------|-------|----------|----------|-------|----------|----------|-------|----------|--------------------|
|                          | Socle | Objectif | Résultat | socle | Objectif | résultat | Socle | Objectif | Résultat (fin mai) |
| 314<br>(janvier<br>2020) | 490   | 1230     | 1474     | 1518  | 2536     | 2844     | 2633  | 3124     | 3 112              |

Source : mission

### 3.2.2.2 Des leviers et des résultats limités en matière d'implantations de professionnels de santé en zones sous-denses

[196] La convention médicale de 2016 a prévu plusieurs contrats assortis de financements pour soutenir la **présence médicale sur les territoires en déficit de praticiens**<sup>127</sup>.

#### Les contrats conventionnels de soutien à la démographie médicale

- Des contrats d'aide à l'installation des médecins (CAIM) qui accompagnent la phase d'installation en zones sous denses (aide moyenne de 40 000 €)
- Des contrats de solidarité territoriale médecins (CSTM) pour inciter des médecins, en particulier spécialistes, exerçant en zones denses, à exercer à temps partiel dans les zones sous-denses (aide moyenne de 7000 €).
- Des contrats de transition (COTRAM) pour accompagner les médecins préparant leur cessation d'activité en zones fragiles en favorisant l'installation d'un nouveau médecin dans leur cabinet (aide moyenne de 25 000€).
- Des contrats de stabilisation et de coordination (COSCOM) pour encourager l'engagement des médecins dans une démarche de soins coordonnés.
- Les dépenses se sont élevées en 2020 à 18,7 M€ pour les CAIM, 1,7 M pour les COTRAM, 1,1M€ pour les CSTM

[197] En parallèle des aides conventionnelles, il existe aussi des aides de l'Etat, qui touchent un nombre limité de bénéficiaires et ont été fusionnées en janvier 2021 dans un seul « contrat de début d'exercice »<sup>128</sup>. Les dispositifs conventionnels et de l'Etat sont articulés à un zonage des zones sous-denses <sup>129</sup> en cours d'actualisation. La part de la population en zones d'intervention prioritaire (ZIP) devrait passer de 18 à 30 %, celle de la population en zones d'action complémentaire (ZAC) de 45 à 42 %.

<sup>127</sup> Des dispositifs conventionnels spécifiques existent pour d'autres professions de santé (masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmières) qui prévoient des mécanismes incitatifs mais aussi des dispositifs de régulation du conventionnement dans les zones sur-dotées. Le PLFSS pour 2023, adopté en première lecture à l'assemblée nationale à la date de rédaction du présent rapport, prévoit la possibilité d'un conventionnement sélectif des médecins, en étendant à l'ensemble des professions libérales la possibilité d'inclure dans les conventions des dispositifs de régulation à l'installation.

<sup>128</sup> Cette réforme des aides de l'Etat a été préparée par le rapport du Dr Sophie Augros, relatif à l'Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins, septembre 2019. Le PLFSS pour 2023, adopté en première lecture à l'assemblée nationale à la date de rédaction du présent rapport, modifie les dispositifs d'aide à l'installation en renvoyant l'ensemble des dispositifs portés par l'Etat (en particulier le contrat de début d'exercice) au champ conventionnel.

<sup>129</sup> Méthodologie de l'accessibilité potentielle localisée (APL) qui permet de mesurer plus finement la densité médicale ; elle sert de base à la définition de zones d'intervention prioritaires (ZIP) où les difficultés de démographie médicale sont les plus aiguës et les zones d'action complémentaires (ZAC) en fragilité moins marquée ; mise en œuvre à compter de 2017 et actualisée à compter de 2021.

[198] La COG prévoit un indicateur de résultats pour deux des contrats conventionnels concernant les médecins, les CAIM et les CSTM. Les résultats sont inégaux : ils dépassent sensiblement la cible pour les CAIM qui soutiennent l'installation des médecins en ZIP (on compte 1 700 contrats en plus entre fin 2017 et fin 2021 avec une tendance au ralentissement depuis 2021), alors que les CSTM n'ont pas trouvé leur public et plafonnent à 120 en 2021 pour une cible pourtant modeste de 250 contrats.

[199] **L'assurance maladie a produit en juillet 2022 des éléments d'évaluation de ces aides**<sup>130</sup>. Ils montrent que si l'impact de ces dispositifs sur la correction des inégalités territoriales est faible compte tenu du nombre limité de bénéficiaires, ils accompagnent toutefois un léger accroissement des primo-installations de médecins généralistes en zones sous denses, encore insuffisant pour compenser les départs et arrêts d'activité<sup>131</sup>. A l'inverse, la part des primo-installations de spécialistes dans les territoires sous-dotés a encore baissé tandis que le nombre, déjà faible, de spécialistes dans ces territoires diminuait sensiblement<sup>132</sup>. La situation critique en termes d'accès aux soins spécialisés sur certains territoires rend nécessaire de trouver une alternative à l'échec des CSTM, en particulier lors des négociations conventionnelles à venir.

Tableau 7 : Part des primo-installations des médecins généralistes en zones sous denses

| ZONAGE MG           | Part de la population 2015 | Effectifs 2015 | Effectifs 2021 | Primo installation 2015 | Primo installation 2021 |
|---------------------|----------------------------|----------------|----------------|-------------------------|-------------------------|
| ZIP                 | 18%                        | 6 963          | 6 608          | 210                     | 317                     |
| ZAC                 | 36%                        | 17 560         | 16 899         | 592                     | 766                     |
| Zone de vigilance   | 12%                        | 6 602          | 6 899          | 278                     | 309                     |
| Hors viviers        | 34%                        | 22 185         | 22 549         | 809                     | 1 016                   |
| <b>TOTAL FRANCE</b> | <b>100%</b>                | <b>53 310</b>  | <b>52 955</b>  | <b>1 889</b>            | <b>2 408</b>            |

Source CNAM

[200] Si les ressorts des inégalités territoriales en professionnels de santé dépassent largement les seuls leviers mobilisables par l'assurance maladie, force est de constater qu'elles se sont amplifiées sur la période de la COG. **Le rapport entre la densité départementale la plus élevée et celle la plus faible a augmenté pour la plupart des professions de santé entre 2016 et 2021**, ces écarts départementaux se conjuguant avec de fortes inégalités infra départementales<sup>133</sup>. La situation est d'autant plus inquiétante que, selon la DREES, la stagnation des effectifs médicaux devrait poursuivre jusqu'en 2030, quand dans le même temps la population va s'accroître et son vieillissement s'accélérer. Le sujet reste donc entier pour la prochaine COG, sachant qu'il est au cœur des travaux du Conseil national de la refondation et devrait également d'être débattu lors des négociations de la prochaine convention médicale pour définir des leviers plus efficaces qu'aujourd'hui.

<sup>130</sup> Bilan quantitatif et qualitatif des dispositifs d'aide à l'installation des professionnels de santé, commission GDR juillet 2022.

<sup>131</sup> En 2015 et 2021, les médecins généralistes installés en ZIP ont baissé de 5 % et de 4 % dans les ZAC, quand ils augmentaient de 2 % dans les territoires pourvus.

<sup>132</sup> Baisse des installations de spécialistes de 8 % en ZOP et 5 % en ZAC.

<sup>133</sup> L'inégalité d'accès aux médecins généralistes et aux masseurs kinésithérapeutes s'est accentuée. En revanche, on observe entre 2016 et 2019 une réduction des disparités pour les professions des infirmières et des sages-femmes, professions auxquelles s'appliquent de mesures de régulation du conventionnement en zones sur dotées

### 3.2.2.3 La prochaine COG devra poursuivre les efforts engagés en matière d'exercice coordonné en harmonisant les résultats territoriaux et en articulant davantage missions d'accompagnement et de contrôle

[201] Les priorités de la prochaine COG seront largement déterminées par les travaux du Conseil national de la refondation Santé, sous réserve que ceux-ci aboutissent dans un calendrier compatible avec l'élaboration de la COG<sup>134</sup>. Elles seront également articulées avec celles des négociations de la prochaine convention médicale précisées dans la lettre de cadrage des ministres en date du 28 octobre 2022<sup>135</sup>.

[202] La mission souhaite insister sur quelques enseignements de la COG qui s'achève, à prendre en compte dans la prochaine :

- Si est confirmé le cap d'une généralisation des CPTS et d'un changement d'échelle dans toutes les mesures susceptibles de faire gagner du temps médical et d'améliorer les parcours de soins, le renforcement de **l'accompagnement collectif et individuel des professionnels de santé par les équipes de l'assurance maladie sera nécessaire**. La capacité d'accompagnement du réseau en lien avec les ARS dans le cadre d'une approche globale capable d'articuler tous les leviers d'action et les partenariats territoriaux nécessaires, devra être renforcée pour apporter un appui sur les différents registres utiles (montage de projet, management, questions immobilières, analyse des *data*).
- Compte tenu de la croissance forte des crédits de l'assurance maladie soutenant les différents types d'organisations coordonnées, un renforcement progressif des exigences en termes d'effectivité des actions et de résultats obtenus semble légitime, notamment en matière d'accès au médecin traitant et à la participation à l'organisation des soins non programmés au sein du service d'accès aux soins (SAS). Cela peut induire un **accompagnement renforcé associé à une montée en puissance des contrôles** exercés au titre des financements accordés.
- Dans un contexte de déséquilibres profonds de l'offre de soins pesant sur l'accès aux soins et sur l'efficacité de la dépense, les leviers financiers incitatifs dont dispose l'assurance maladie devraient pouvoir se conjuguer avec des « **malus** » **financiers pénalisant les comportements ayant un impact défavorable** (par exemple en cas d'installation en zone dense, ou exercice dans ce type de zone sans temps partagé dans des zones déficitaires). Cela peut impliquer là encore un accompagnement dans l'évolution des pratiques et de nouveaux champs d'investissement pour le réseau (liens avec les facultés et autres lieux de formation ...).
- **L'Etat doit faciliter l'action des CPTS sur leur territoire en leur ouvrant davantage l'accès d'une part aux informations nominatives** relatives aux professionnels de santé installés sur leur territoire et d'autre part à des données nominatives de santé (de façon encadrée) (personnes sans médecin traitant et en ALD par exemple pour engager des démarches pro-actives en leur direction).
- L'Etat comme la CNAM dans ses missions de négociations conventionnelles et d'accompagnement des professionnels de santé, doivent veiller conjointement à ce que les

<sup>134</sup> Une circulaire du 18 octobre 2022 aux ARS précise les objectifs et principes d'organisation du volet territorial du CNR.

<sup>135</sup> La lettre de cadrage prévoit quatre axes prioritaires : 1/ la réponse aux inégalités de santé dont l'amélioration de l'accès aux médecins généralistes, la généralisation du service d'accès aux soins, la rationalisation des aides à l'installation, un renforcement de la régulation des dépassements d'honoraires 2/intégrer la prévention dans l'activité médicale et poursuivre l'amélioration des pratiques 3/ libérer du temps médical 4/ déployer la feuille de route du numérique en santé.

CPTS et les MSP restent sur leurs missions propres, l'une en tant que responsable de la coordination à l'échelle territoriale, l'autre comme opérateur de soins.

**Recommandation n°11** Approfondir l'analyse des disparités territoriales de couverture par des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des leviers correcteurs ; développer l'accompagnement par l'assurance maladie des organisations coordonnées à l'évolution des besoins, tout en renforçant le suivi des engagements pris et le contrôle des financements.

**Recommandation n°12** Améliorer les informations mises à disposition des médecins traitants par l'assurance maladie pour leur permettre de développer une véritable approche populationnelle de leur activité et les accompagner dans cette nouvelle mission ; faire évoluer le cadre juridique de transmission des données de santé nominatives pour permettre une transmission de données plus large aux CPTS.

### 3.2.3 Un changement d'échelle de la télémédecine sous l'effet de la crise sanitaire à accompagner dans la durée pour éviter d'éventuels effets pervers

[203] La COG prévoyait un « déploiement à grande échelle » de la télémédecine<sup>136</sup>, en tant que levier d'amélioration de l'accès aux soins. A cet effet, la CNAM devait conduire pendant la COG des négociations conventionnelles pour faire entrer dans le droit commun de la nomenclature des actes financés par l'assurance maladie, les téléconsultations et les actes de télé-expertise, jusqu'alors objets d'expérimentations. La COG a assorti cet objectif de développement de la télémédecine d'un indicateur de résultats portant sur le nombre d'actes de télémédecine (500.000 actes en 2019, 700 000 en 2020, 1000 000 en 2021 et 1.400.000 en 2022).

**Signé en juin 2018, l'avenant 6 à la convention médicale a permis le remboursement par l'assurance maladie, dans les conditions de droit commun, des actes de téléconsultation** (à compter de septembre 2018) et de téléexpertise (effectif à compter de février 2019) à condition de respecter un certain nombre d'éléments (respect du parcours de soins coordonné, connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant : au moins une consultation avec lui en présentiel dans les douze mois précédents...). Les principes actés dans l'avenant 6 ont fait l'objet de précisions et d'aménagements dans le cadre de l'avenant 8, signé le 11 mars 2020, sans pour autant être significativement modifiés.

[204] La prise en charge des téléconsultations par l'assurance maladie n'a pas, dans un premier temps, eu l'effet escompté : en 2019, seuls 135.500 actes étaient effectués, au lieu des 500.000 en cible. Ce sont les confinements qui ont réellement conduit les professionnels de santé et les patients à s'approprier ce nouveau mode de consultation : alors qu'en février 2020, on ne comptait encore que 40.000 actes facturés, 4,5 millions l'ont été pour le mois d'avril 2020.

[205] Les pouvoirs publics et l'assurance maladie ont accompagné le besoin d'un recours généralisé à la télémédecine lors des confinements, et plus globalement pendant la crise sanitaire, en **remboursant à 100% les téléconsultations**, d'abord pour les patients suspectés d'être infectés par

---

<sup>136</sup> « La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant des technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. » Art. L.6316-1 CSP. Un décret de 2010 définit cinq actes de télémédecine reconnus en France : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale et régulation (centre 15).

le COVID<sup>137</sup>, puis rapidement pour l'ensemble des patients<sup>138</sup>. Cette prise en charge à 100% vient d'être levée, **au 1<sup>er</sup> octobre 2022, avec un retour à un remboursement de droit commun**<sup>139</sup>.

[206] Parallèlement, les différents professionnels de santé non médecins (sages-femmes, infirmiers, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, pédicures-podologues) ont été autorisés à pratiquer des télésoins<sup>140</sup> remboursés. Initialement autorisé à titre dérogatoire, le télésoin est entré dans le droit commun des actes remboursés en juin 2021<sup>141</sup> pour 18 professions de santé, et peut s'exercer dès lors qu'il ne s'agit pas d'un soin « nécessitant un contact direct en présentiel entre le professionnel et le patient, ou un équipement spécifique non disponible auprès du patient »<sup>142</sup>.

[207] Au final, si le nombre d'actes de télémédecine a reflué post confinements, ils font désormais partie de la panoplie des pratiques médicales et soignantes : **plus de 13,9 millions d'actes ont été facturés à l'assurance maladie en 2021**. Il semblerait que ce nombre se stabilise désormais à environ 1 million d'actes par mois<sup>143</sup>, soit près de 12 millions par an (à comparer à la cible de 1,4 million fixée pour 2022 dans la COG).

[208] L'enjeu est donc pour la prochaine COG de faire de la télémédecine un levier pour un meilleur accès aux soins et des parcours mieux coordonnés, en particulier pour les assurés qui se heurtent à des difficultés d'accès (handicap, éloignement des professionnels de santé) et pour les professionnels de santé isolés. La promotion de la télémédecine doit aller de pair avec une vigilance sur la qualité des soins apportés et la pertinence de la dépense, en repérant les situations problématiques, en menant les contrôles nécessaires et en sanctionnant les abus<sup>144</sup>.

**Recommandation n°13** Poursuivre le déploiement des mesures conventionnelles favorables à la télémédecine, en prévenant ou sanctionnant les mauvaises pratiques, par des contrôles de l'assurance maladie.

### 3.3 Les politiques de prévention, de pertinence des soins et de gestion du risque, qui devaient en cours de COG être profondément rénovées, ont pâti de la crise sanitaire

#### 3.3.1 La prévention, une politique partenariale très touchée par la crise

[209] La mission tient tout d'abord à indiquer qu'il ne lui appartenait pas d'évaluer dans son ensemble la politique de prévention menée par la CNAM avec ses partenaires. Au vu du temps qui lui était imparti et en accord avec ses commanditaires, elle n'a notamment pas étudié le fonctionnement et la gestion du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS). Elle s'est en revanche attachée, comme sur les autres sujets, à analyser la manière dont la CNAM s'est emparée de cette thématique au cours des cinq dernières années et l'a déclinée dans les territoires.

<sup>137</sup> Décret 2020-277 du 19 mars 2020.

<sup>138</sup> Ordonnance 2020-428 du 15 avril 2020, avec un effet rétroactif de cette prise en charge à 100% pour tous les patients au 20 mars 2020.

<sup>139</sup> Dans le respect de certaines conditions (respect du parcours de soins coordonné, proximité du domicile pour la plupart des situations...)

<sup>140</sup> Le télésoin permet à un auxiliaire médical ou à un pharmacien de prendre en charge un patient et de le suivre à distance grâce aux technologies de l'information et de la communication. Télémédecine et télésoin forment la télésanté.

<sup>141</sup> Décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté.

<sup>142</sup> Arrêté du 3 juin 2021 définissant les activités de télésoin.

<sup>143</sup> Interview de Marguerite Cazeneuve, directrice déléguée à l'offre de soins à la CNAM, au Figaro (29 mai 2022).

<sup>144</sup> Dans le PLFSS 2023 une disposition vise ainsi à mieux encadrer l'indemnisation des arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation.

### 3.3.1.1 La prévention a été posée dans la COG comme l'un des nouveaux piliers de la gestion du risque

[210] La mission IGAS d'évaluation de la COG CNAM précédente<sup>145</sup> avait constaté que la COG n'avait « pas suffisamment intégré la prévention » et que la suivante devait être recentrée sur cette politique.

[211] De fait, la COG 2018-2022 consacre l'un de ses volets à la prévention comme « axe stratégique de la gestion du risque », avec des objectifs et des actions liés à la fois à la prévention primaire (lutte contre les addictions, vaccinations, promotion de la santé auprès de populations spécifiques comme les jeunes) et à la prévention secondaire, avec les dépistages organisés des cancers concernés (sein, colorectal, col de l'utérus), ou l'accompagnement de certaines catégories de patients chroniques (diabète, asthme, insuffisance cardiaque, maladie mentale). Les indicateurs utilisés pour mesurer l'avancement de ces politiques ont essentiellement trait aux taux de dépistages organisés<sup>146</sup>.

[212] **Les résultats en matière de dépistage organisé sont extrêmement décevants**<sup>147</sup>, non seulement ils ne progressent pas, comme le prévoyait la COG, mais ils régressent sur la période pour deux d'entre eux (cancer du col de l'utérus : 51,8% fin 2021 contre 54,73% en 2018, cancer du sein : 62,89% en 2010 contre 56% en 2022) :

Tableau 8 : Evolution des taux de dépistages organisés pour les cancers du col de l'utérus, du sein et colorectaux 2018-2021

| Libellé   | Unité | 2018               |                | 2019       |                | 2020       |                | 2021       |                |
|---|-------|--------------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|
|   |       | Cible 2018         | Résultats 2018 | Cible 2019 | Résultats 2019 | Cible 2020 | Résultats 2020 | Cible 2021 | Résultats 2021 |
| Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus | %     | Plus 4 points/2017 | 54,73%         | 60%        | 53,77%         | 61%        | 50,0%          | 62%        | 51,80%         |
| Dépistage organisé du cancer colorectal         | %     | plus 5 points/2017 | 26,49%         | 35%        | 24,48%         | 36%        | 21,8%          | 37%        | 27,40%         |
| Dépistage organisé du cancer du sein            | %     | plus 1 point/2017  | 59,07%         | 61%        | 59,76%         | 62%        | 54,1%          | 63%        | 56,00%         |

Source : Source : CNAM

[213] On rappellera que les objectifs recommandés au niveau européen en matière de dépistage des cancers sont de 70% pour les cancers du sein et du col de l'utérus, et de 65% pour le cancer colorectal.

[214] **Ces résultats sont d'autant plus inquiétants que la crise ne suffit pas à les expliquer** : entre 2018 et 2019, le taux d'adhésion au dépistage organisé du col de l'utérus perd un point, celui du cancer colorectal 2 points. Concernant spécifiquement le cancer colorectal, si le taux remonte en fin de période, il n'est encore que de 27,40%, soit très loin des standards internationaux, alors même que la CNAM a élargi, en cours de période, les spécialités médicales pouvant remettre le kit de dépistage (gynécologues, hépato-gastroentérologues, médecins d'un centre de santé). En 2022, un

<sup>145</sup> 2017-007R – volet gestion du risque.

<sup>146</sup> S'y ajoute l'examen bucco-dentaire pour certaines classes d'âge.

<sup>147</sup> Voir sur ce sujet le rapport IGAS 2021-059R Le dépistage des cancers organisés en France.

site de commande en ligne a été lancé, et les pharmaciens vont désormais pouvoir aussi remettre le kit. Il s'agira au cours de la prochaine COG d'inciter les acteurs (professionnels et population) à utiliser le kit, et de suivre l'évolution du taux, y compris de manière infrarégionale.

[215] La COG prévoyait, comme la précédente, le transfert des invitations aux dépistages organisés à la CNAM<sup>148</sup>. Cette mesure n'a pas été mise en œuvre, comme le constate le rapport IGAS sur les dépistages organisés<sup>149</sup>.

[216] Afin d'augmenter le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus, l'auto-prélèvement vaginal a vocation à être proposé aux femmes qui ne réalisent jamais ou insuffisamment leur frottis, dès que le référentiel piloté par l'Institut national du cancer (INCa) sera publié.

[217] Par ailleurs, l'INCa, dans le cadre de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers (2021-2030), compte mettre en place des expérimentations sur le dépistage des cancers du poumon, et attend de la CNAM un soutien logistique et organisationnel pour ce faire.

**Recommandation n°14** En matière de dépistages organisés des cancers, mettre en œuvre sans délai le transfert des invitations à la CNAM ; contribuer au lancement d'expérimentations sur le dépistage des cancers du poumon ; organiser et suivre l'auto-prélèvement vaginal.

### 3.3.1.2 En région, la prévention relève d'un travail partenarial essentiel

[218] **En région, la prévention est un domaine largement et historiquement porté par les ARS**, via le projet régional de santé (PRS) et leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Les indicateurs suivis par les agences sont souvent très proches de ceux des CPG ; conviendrait d'harmoniser les indicateurs et leurs cibles.

[219] La mission note que des interlocuteurs des ARS et des DCGDR qu'elle a rencontrés ont indiqué que les appels à projets lancés par le FNPEIS l'étaient dans des délais beaucoup trop contraints, ne permettant qu'aux « gros » porteurs de projets (établissements de santé, associations nationales avec antennes locales...) de répondre : les ARS n'ont pas suffisamment de temps pour mobiliser leurs partenaires de proximité, aux ressources humaines limitées. Par ailleurs, les thématiques peuvent ne pas être en cohérence avec les programmes régionaux lancés par les ARS.

**Recommandation n°15** Veiller à une coordination étroite des thématiques et du calendrier entre les appels à projets du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) et les programmes des ARS, afin de garantir une cohérence d'ensemble à la politique de prévention.

### 3.3.1.3 La crise a conduit la CNAM à développer de nouvelles pratiques en matière de prévention

[220] Pour déployer la vaccination contre le COVID, la CNAM a développé une approche nouvelle de l'« aller-vers », selon trois modalités : à travers des campagnes de communication de masse, mobilisant tous les moyens de communication y compris courriels, SMS, appels téléphoniques ; un

<sup>148</sup> L'activité d'invitation et de relance impose aux CRCDC des traitements de nombreux fichiers en provenance des différents régimes d'assurance maladie, à compléter par des informations de provenances diverses pour déterminer les exclusions du programme.

<sup>149</sup> Rapport IGAS 2021-059R.



aller-vers attentionné pour les publics fragiles et éloignés du soin<sup>150</sup>, et un aller-vers médicalisé à destination des personnes présentant des facteurs médicaux de risque.

[221] **Ces démarches de prévention ont été menées en partenariat avec de nombreux acteurs locaux** (ARS, collectivités locales, associations...). La CNAM a, pendant cette période, adapté et amélioré son dispositif, en fonction des retours terrain quant à l'efficacité de telle ou telle action, et notamment sur la complémentarité entre ces différents outils, ainsi que sur l'intérêt de mieux typologiser les publics.

### 3.3.2 La démarche Rénov'GDR lancée en fin de COG reste à consolider

#### 3.3.2.1 L'essoufflement des résultats des années passées a conduit à rénover la politique de gestion du risque

[222] En matière de **gestion du risque (GDR)**<sup>151</sup>, l'assurance maladie déploie historiquement toute une palette d'outils étroitement articulés les uns aux autres, avec une approche médico-économique visant à **renforcer la pertinence des pratiques via l'information, l'accompagnement et le contrôle des professionnels**. Elle mobilise :

- Des outils non-contraignants qui visent à l'amélioration des pratiques, incluant des actions d'accompagnement « de masse » qui touchent un large public de professionnels et d'établissements de manière indifférenciée (ex : courriers et visites des délégués de l'assurance maladie) ; des actions d'accompagnement renforcé, ciblées sur les prescripteurs atypiques (ex : entretiens confraternels menés par les praticiens conseils) ou les patients atteints de certaines pathologies (ex : coaching téléphonique des diabétiques) ; des dispositifs de mise sous objectif préalable, qui constituent en cas de persistance des pratiques une étape intermédiaire entre l'accompagnement et le contrôle préalable ;
- Des outils de contrôle préalable, alternativement ciblés sur un produit de santé ou un acte (demande d'accord préalable) ou sur un professionnel (mise sous accord préalable) ;
- Des opérations de contrôle *ex post*, fondées sur des indicateurs d'alerte.

[223] À ces actions relevant de la maîtrise médicalisée *stricto sensu* s'ajoutent d'autres outils visant également à favoriser l'accès aux référentiels de bonnes pratiques et recommandations portant sur le bon usage des soins et l'aide à la décision (ex : téléservices, logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation).

[224] Dans les suites de la mission IGAS d'évaluation de la précédente COG, qui, dans son volet gestion du risque<sup>152</sup>, avait fait état d'un essoufflement des résultats des outils de maîtrise médicalisée jusqu'alors utilisés, la **COG 2018-2022 a notamment assigné à la CNAM l'objectif de « faire émerger de nouvelles modalités d'accompagnement » et de « renforcer le pilotage et la coordination entre les acteurs de la gestion du risque », et en particulier les ARS.**

[225] La CNAM a ainsi lancé la modernisation de la démarche de gestion du risque avec le programme **Rénov'GDR**, en novembre 2020. Fondée sur les propositions du réseau, qui a largement contribué à

<sup>150</sup> Cf. partie 3 du présent rapport.

<sup>151</sup> La gestion du risque est « la mise en œuvre de mesures visant à optimiser le rapport qualité/prix du système de santé au bénéfice de tous ». Source Rapport IGAS 2017-007R Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS – Gestion du risque.

<sup>152</sup> Rapport IGAS 2017-007R, précité.

son élaboration et continue à participer à son pilotage, elle se décline en 11 axes de travail, qui ont vocation à se traduire en actions de court terme pour chaque campagne annuelle. Cinq d’entre eux relèvent des actions métiers, six portent sur les modalités d’action et le pilotage du réseau.

Tableau 9 : Les 11 axes de travail du programme Rénov’GDR

| Axes de travail sur les actions de GDR   | Axes de travail sur l’exécution   |
|---|--|
| 1   Renforcer les approches intégrées sur des parcours, pathologies, populations ou catégories de PS prioritaires afin d’accroître la cohérence des actions GDR | 6   Informer les décisions, en se basant sur la veille, l’étude des données, l’évaluation des expérimentations et actions, et l’implication de nos partenaires et cibles |
| 2   Soutenir proactivement, dès leur création et dans une optique de GDR, les structures de soins coordonnés  | 7   Valoriser les complémentarités au sein de l’AM via une collaboration agile au sein de la CNAM, entre CNAM et Réseau, et entre services administratif et médical      |
| 3   Réinvestir l’hôpital en s’appuyant sur la pertinence des soins et une approche renforcée d’accompagnement   | 8   Instaurer une gestion de la performance exemplaire, avec une temporalité des objectifs adaptée à l’action de GDR   |
| 4   Proposer aux offreurs soins un accompagnement multicanal, gradué, personnalisé, dans une posture de service et dans la durée                                | 9   Faire évoluer les métiers et les compétences de l’AM au regard des nouveaux enjeux de la GDR   |
| 5   Rendre l’assuré acteur au travers de nouveaux services et actions incitatives, en mobilisant les partenaires et les opportunités de l’ENS                   | 10   Tirer les gisements d’efficacité du numérique, de l’analytique avancée et de l’automatisation   |
|   | 11   Maitriser nos paiements, activer les contrôles et la lutte contre la fraude et les abus en renouvelant les modalités d’exécution et en développant l’automatisation |

Source : CNAM – février 2022

[226] Rénov’GDR n’est pas tant une feuille de route énumérant un certain nombre de chantiers opérationnels (campagnes ...) qu’une **démarche permettant de repenser les principes mêmes de la GDR, ses modalités de pilotage et d’action** : combinaison de visites et d’accompagnement multicanal des professionnels de santé, développement de contenu GDR spécifique pour les praticiens hospitaliers, systématisation du retour d’information post-visite aux professionnels de santé et la sensibilisation des assurés avec l’appui de partenaires (associations d’assurés et CPTS), meilleure articulation entre services médicaux et services administratifs...

[227] L’année 2020 a vu l’arrêt total puis le report des actions de GDR, du fait de la crise sanitaire<sup>153</sup>. Afin de remobiliser son réseau sur les enjeux de gestion du risque après le pic aigu de la crise, la CNAM a organisé plusieurs séminaires sous forme webinaires, en décembre 2020 puis à la mi-février 2021. En décembre 2020, il s’agissait de partager l’état des lieux et les pistes de travail, puis en février 2021 de décliner, pour chaque axe, une vision cible et de premières actions de court terme. Un travail de déclinaison opérationnelle des axes en chantiers et actions concrètes devait être conduit jusque fin 2021, pour **obtenir un plan de GDR rénové en 2022**. Les chantiers devaient notamment être co-pilotés à chaque fois par un collaborateur du siège et un responsable du réseau (CPAM ou DRSM).

### 3.3.2.2 Le lancement de Rénov’GDR a permis de remobiliser le réseau, même si les résultats à ce stade sont difficiles à évaluer

[228] En 2021, en parallèle de cette démarche participative, la CNAM avait identifié une quinzaine d’actions, choisies pour leur l’impact en termes d’efficience, de visibilité, d’évolution des modes de

<sup>153</sup> Cf. partie 1 du présent rapport. Lettre-réseau DDO-50-2020

travail et de faisabilité (simplicité des prérequis, capacité à initier l'action rapidement et à obtenir des résultats tangibles)<sup>154</sup>.

[229] Pour l'année 2022, une LR, très détaillée (80 pages), présente au réseau les orientations de la gestion du risque pour l'année, sur la base du plan national de gestion du risque et de l'efficience du système de soins (PNGDRESS) 2021-2022, adopté en décembre 2021<sup>155</sup>.

**Le programme 2022 porte 3 ambitions :**

- Rénover les outils de gestion du risque dans une logique d'« offre de service » de l'assurance maladie aux différents publics (professionnels de santé, assurés, établissements) en diversifiant et combinant différents canaux de communication et d'échange pour une relation graduée et personnalisée (contacts en présentiel, distanciel, digitaux, presse, ...), en utilisant de nouvelles technologies (datavisualisation, intelligence artificielle, contrôles embarqués...);
- Appliquer ces outils et méthodes d'intervention innovants aux grands postes de maîtrise médicalisée (IJ, produits de santé, transports, actes, etc.);
- Porter des projets de transformation structurants pour le système de soins, ayant une logique de performance médico-économique de plus long terme, en y intégrant des actions de prévention, de renforcement des approches intégrées (construction de parcours sur des pathologies ou des populations), et de développement de l'exercice coordonné.

[230] Cette démarche de remobilisation et les modalités de sa mise en œuvre, sous une forme collaborative entre le siège et le terrain, semblent très appréciées au sein du réseau.

[231] Il est à ce stade prématuré de porter une appréciation sur les résultats de la rénovation de la politique de gestion du risque, qui n'a réellement démarré que depuis peu. Les impacts en termes d'efficience ne sont pas encore mesurables. La mission considère cependant qu'elle a d'ores et déjà permis de remobiliser, avec un projet porteur d'évolutions intéressantes, les équipes chargées de la gestion du risque qui ont été très touchées par l'arrêt et le report de leurs activités, et affectées à la gestion de la crise sanitaire sur des missions éloignées de leur cœur de métier habituel. Le programme Rénov'GDR est pragmatique, il élargit la panoplie des outils et des actions de la GDR et s'appuie sur le partage d'expérience du réseau.

[232] La mission recommande de poursuivre et d'approfondir, pour la prochaine COG, la démarche Rénov'GDR, en veillant à embarquer, outre les actions classiques d'accompagnement et de contrôle, l'ensemble des leviers de régulation disponibles, comme les aides à la démographie médicale, les rémunérations, les organisations territoriales coordonnées.

**Recommandation n°16** Poursuivre et approfondir la démarche Rénov'GDR sur la base d'un premier bilan à réaliser en 2023.

<sup>154</sup> Certaines avaient trait à des modalités ou outils de travail rénovés (création d'une bibliothèque d'actions GDR centralisée, optimisation des modes opératoires entre services médicaux et administratifs...). D'autres actions relevaient de campagnes dont la thématique était assez similaire à celle de campagnes antérieures (métformine, lancement de PRADO dématérialisé...), mais qui devaient être menées selon les nouveaux principes de Rénov'GDR.

<sup>155</sup> Le PNGDRESS fixe de manière bisannuelle les priorités en matière de gestion du risque et d'efficience du système de soins communs partagées entre les régimes membres de l'Uncam et l'Etat. Y figurent les objectifs opérationnels, indicateurs et cibles à atteindre par les parties. Le précédent PNGDRESS concernait la période 2018-2019, l'année 2020 a été une année blanche du fait de la crise sanitaire et l'année 2021 a servi à relancer la démarche d'une GDR rénovée au sein de l'assurance maladie.

### 3.3.2.3 La gouvernance du pilotage des actions de gestion du risque, partagé en région entre ARS et DCGDR, doit être renforcée

[233] La responsabilité de la gestion du risque est partagée en région entre la DCGDR côté assurance maladie et l'ARS côté Etat, au travers du plan pluriannuel régional de la gestion du risque et de l'efficience du système de santé (PPRGDRESS), qui décline le PNGDRESS, et du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, (PAPRAPS)<sup>156</sup>, ce dernier étant centré essentiellement sur les établissements de santé. **Les difficultés et pertes d'efficacité liées à la répartition des compétences entre Etat et assurance maladie sur le champ de la gestion du risque et de la maîtrise médicalisée a déjà fait l'objet de nombreux constats**<sup>157</sup>. La présente mission n'a pas vocation à approfondir cet aspect, mais elle relève les points suivants.

[234] Tous les interlocuteurs de la mission rencontrés en région soulignent le rapprochement entre ARS et DCGDR/CPAM qu'a opéré la gestion de la crise sanitaire. Dans un contexte d'urgence et de nécessité d'action, les équipes ont été amenées à échanger très fréquemment<sup>158</sup>). Le déploiement de l'exercice coordonné (MSP, CPTS) avait commencé à les rapprocher, elles se connaissent désormais beaucoup mieux du fait de la gestion de la crise. **Il serait regrettable que les deux réseaux ne capitalisent pas sur ce décloisonnement et ces nouvelles habitudes de travail collaboratives récentes.**

[235] L'un des enjeux à venir en région est la cohérence, la complémentarité et la bonne articulation entre les objectifs fixés d'une part aux ARS via les contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion (CPOM) signés entre l'Etat et les ARS<sup>159</sup>, d'autre part aux CPAM et DRSM. Or les CPOM viennent à échéance fin 2023, les nouveaux devraient être élaborés à la période où les CPG issus de la COG 2023-2027 seront lancés. On notera le **décalage dommageable d'une année entre les échéances des CPOM et des COG/CPG**, alors que les deux ont des durées de cinq années, ce qui est pourtant facteur de congruence.

[236] La mission a noté la méconnaissance réciproque des objectifs assignés au partenaire régional, sur des thématiques pourtant communes (les ARS n'ont pour la plupart pas connaissance des CPG des CPAM de la région et inversement ; en tout cas l'information sur l'atteinte des objectifs partagés ne se fait pas). Il lui paraît important que les rédacteurs des CPG et des CPOM soient vigilants sur la bonne cohérence entre les contrats, et que l'information circule sur leur mise en œuvre, à tout le moins sur les enjeux communs.

**Recommandation n°17** Veiller à la cohérence des objectifs et des indicateurs en matière de prévention, gestion du risque, exercice coordonné figurant dans les contrats pluriannuels de gestion des CPAM et des DRSM avec ceux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des ARS.

<sup>156</sup> Article L. 162-30-3 CSP.

<sup>157</sup> Le rapport IGAS 2017-007R souligne notamment « le manque de lisibilité de l'architecture programmatique et contractuelle qui mobilise une profusion de documents (Plan ONDAM, PNGDRESS, COG, CPOM, CPG, conventions ARS/assurance maladie ...) élaborés, négociés et suivis par les services de l'assurance maladie et de l'Etat ; un partage des rôles encore brouillé entre l'Etat et l'assurance maladie, malgré la volonté du législateur de répartir les responsabilités depuis la mise en œuvre du Plan ONDAM ».

<sup>158</sup> Par exemple en matière de contact tracing, les CPAM géraient les plateformes de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> niveaux, les ARS le 3<sup>e</sup> niveau pour l'analyse des clusters, ce qui nécessitait de nombreux échanges, y compris de données

<sup>159</sup> Article L.1434-1 CSP

### 3.3.3 Le chantier de la qualité et de la pertinence, notamment des parcours, doit faire l'objet d'une remobilisation

[237] Dans le cadre de l'objectif plus global d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins, la COG mettait l'accent sur le renforcement de la qualité et la pertinence des parcours. Les pouvoirs publics ainsi lancé en 2018 dans le cadre de Ma Santé 2022 un chantier « Qualité et pertinence des soins », et plus spécifiquement des parcours, dans la mesure où il implique l'ensemble des acteurs parties prenantes de la prise en charge globale d'un patient à l'échelle d'un territoire, avec une démarche participative d'amélioration.

[238] Un travail partenarial devait être conduit entre la Haute Autorité de Santé (HAS) et la CNAM, pour élaborer des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur des pathologies chroniques à forts enjeux (14 parcours). Ces indicateurs doivent devenir le support d'une démarche d'accompagnement, notamment pour développer la pertinence des prescriptions et des parcours (comparaison des pratiques), le respect et l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et évaluer l'impact des politiques de santé publique. Ces indicateurs pourraient également être utilisables dans les démarches de financement à la qualité ; ils ont aussi vocation à répondre aux constats du manque de données relatives à la pertinence, en dehors du strict champ hospitalier.

[239] **Cette démarche prometteuse est restée, à ce stade, largement inaboutie.** La HAS a travaillé essentiellement sur la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), avec le concours d'un prestataire extérieur, quand la CNAM se penchait, de son côté, sur l'insuffisance cardiaque, travaux que le réseau semble s'être beaucoup plus appropriés que ceux de la HAS.

[240] **La démarche collaborative paraît relancée avec une volonté des acteurs de se remobiliser sur le sujet.** Un comité de pilotage, instance de coordination entre les directions d'administration centrale (DGOS, DSS, DREES) et les producteurs de données (HAS, CNAM, ATIH) a été installé au deuxième semestre 2021 pour décider d'orientations communes, et des appels à manifestation d'intérêt (AMI) pour le développement d'indicateurs ont été lancés pour susciter des projets de la part de laboratoires de recherche, en sus des productions de la HAS.

[241] Pour les prochaines années, il s'agira de **capitaliser sur les acquis des premiers parcours**, qui ont servi de pilotes, pour mener à bien les travaux sur les autres parcours ; cette **capitalisation devra notamment porter sur le processus d'élaboration des parcours afin de faciliter la production des prochains**, au risque sinon d'un épuisement de la dynamique. Par ailleurs se pose l'enjeu de l'appropriation de ces indicateurs par les équipes du réseau et des outils dont se dotera la CNAM pour en faire un véritable outil de gestion du risque. La HAS insiste particulièrement sur cette dimension. **La production de parcours seule ne suffira pas si les conditions de leur déploiement et de leur utilisation effective par les professionnels de santé ne sont pas réunies.**

**Recommandation n°18** Accélérer la démarche d'élaboration des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de parcours à forts enjeux, dans un partenariat renouvelé entre HAS et CNAM ; veiller à l'appropriation de ces outils par le réseau et les professionnels de santé et à leur intégration dans la démarche de gestion du risque renouvelée.

### 3.4 La CNAM renforcée dans son rôle d'acteur du numérique en santé

#### 3.4.1 Dans le prolongement du chantier du DMP, la CNAM s'est vu confier la mise en place de l'espace numérique en santé « Mon Espace Santé »

[242] La CNAM a la charge, depuis 2016<sup>160</sup>, du dossier médical partagé (DMP), carnet de santé électronique sécurisé ouvert à tous les assurés de plus de 16 ans, destiné à stocker en toute sécurité des informations de santé, et à les partager entre le patient et ses professionnels de santé, ainsi qu'entre ceux-ci. Sur le plan plus global, il doit améliorer la coordination de soins. Le DMP ayant eu du mal à se déployer depuis de nombreuses années,<sup>161</sup> **la COG 2018-2022 a assigné à la CNAM le soin de généraliser le DMP en cours de période**, avec le passage d'un objectif de DMP ouverts de 3,5 millions d'assurés en 2018 à un objectif de 40 millions pour la fin 2022.

[243] On notera que l'alimentation du DMP par les professionnels de santé est une obligation légale<sup>162</sup>. Un arrêté, en date du 26 avril 2022, vient compléter la liste des documents que les médecins et les biologistes doivent déjà verser dans le DMP<sup>163</sup>, pour certains à horizon fin décembre 2022<sup>164</sup>, pour d'autres à horizon fin décembre 2023.

[244] Entre-temps, dans le cadre du programme « Ma Santé 2022 » - volet Feuille de route du numérique en santé, relayé par la loi du 24 juillet 2019 dite OTSS<sup>165</sup>, l'espace numérique en santé, l'ENS, appelé aussi « Mon Espace Santé » a été créé. Le DMP est désormais d'une des composantes de l'ENS<sup>166</sup>.

[245] **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 visés. Afin d'atteindre enfin l'objectif de généralisation du DMP à l'ensemble de la population, le législateur, dans le cadre de la loi OTSS, a prévu la **procédure d'opt-out (création automatique du DMP sauf opposition de l'assuré)**<sup>167</sup>, à compter de janvier 2022. La mise en œuvre de l'opt-out a été effective pour l'ensemble de la population à compter de juillet 2022. **Le dispositif de l'opt-out a permis ainsi de créer pour la totalité des assurés**, en dehors de ceux qui l'ont refusé, un DMP.

[246] La CNAM n'était pas organisée pour faire face à une telle augmentation du nombre d'ouvertures du DMP à court terme. La mesure législative l'a contrainte à se mobiliser fortement, en très peu de temps, pour permettre cette généralisation. Outre les évolutions informatiques nécessitées par exemple par le passage de l'opt-in (les assurés avaient la possibilité de créer leur ENS entre janvier et avril 2022) à l'opt-out, elle a dû envoyer à l'ensemble des assurés une information, sur plusieurs supports, à propos de la création de leur espace et de leurs droits, notamment d'**opt-out**<sup>168</sup>. Cela s'est traduit par des envois en grande masse, à avoir 65 millions notifications de type SMS, 41 millions de courriels, 28 millions de courriers postaux.

<sup>160</sup> Année de transfert du DMP de l'ASIP-Santé à la CNAM.

<sup>161</sup> Le DMP a été instauré par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie.

<sup>162</sup> « (...) Chaque professionnel de santé, quels que soient son mode et son lieu d'exercice, doit reporter dans le dossier médical partagé, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge (...) ». Art. L.1111-15 CSP.

<sup>163</sup> Lettres de liaison, volet médical de synthèse, résumés de sortie d'hospitalisation notamment.

<sup>164</sup> Compte-rendu d'examens, prescriptions de produits de santé...

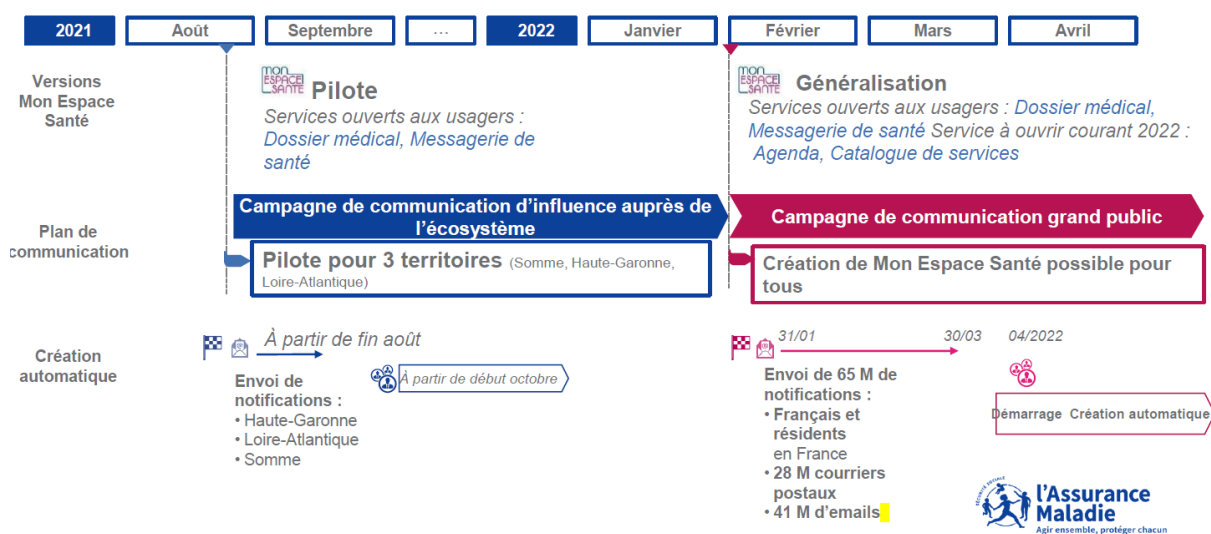
<sup>165</sup> Loi 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

<sup>166</sup> Art. L.1111-13 CSP.

<sup>167</sup> Cf l'explication fournie par la CNIL sur son site : « L'opt-out, c'est lorsque le destinataire concerné ne s'est pas opposé : s'il n'a pas dit "non", c'est "oui" (<https://www.cnil.fr/fr/cnil-direct/question/opt-opt-out-ca-veut-dire-quoi>).

<sup>168</sup> Cf. Décret 2021-1047 du 4 août 2021 relatif au dossier médical partagé.

Schéma 1 : Calendrier de déploiement de l'ENS par la CNAM



Source : CNAM.

[247] La création, en quelques mois, d'un DMP pour l'ensemble de la population est un chantier de grande ampleur, sachant que les pouvoirs publics avaient depuis 2004 échoué à le mettre en œuvre. **Force est de constater que les délais prévus par les textes étaient trop courts (janvier 2022) pour mettre en place un projet de cette nature.**

[248] L'enjeu sera désormais pour la prochaine COG de faire entrer dans les pratiques courantes l'alimentation du DMP par les professionnels de santé et la consultation des documents y figurant, par l'utilisateur ou ses professionnels de santé (ordonnance, compte rendu d'hospitalisation, mais aussi le volet médical de synthèse que doit y verser le médecin traitant...). Il s'agit d'un véritable enjeu de culture et de pratique professionnelles. Cette pratique sera complétée par l'alimentation et la consultation par l'utilisateur de son profil médical (par exemple antécédents médicaux, vaccinations, allergies, mesures de santé).

[249] Plusieurs démarches de l'assurance maladie vont d'ores et déjà dans ce sens<sup>169</sup>. L'avenant 9 à la convention médicale signé en juillet 2021 introduit pour 2022 dans le forfait structure (deuxième volet) l'alimentation du DMP, incitations reprises dans l'avenant 4 de l'accord national des centres de santé et dans la nouvelle convention entre l'assurance maladie et les pharmaciens<sup>170</sup>. La mission s'interroge toutefois sur l'efficacité d'une telle mesure pour permettre une alimentation à large échelle du DMP.

[250] Afin de faire connaître ces dispositions, des webinaires ont été organisés par le réseau, à destination des professionnels de santé. En outre, **les CIS et les DAM ont été mobilisés à compter de février 2022 pour une campagne d'accompagnement auprès des médecins généralistes.**

[251] La mission note que **la CNAM a par ailleurs commencé, en 2021, à suivre via les indicateurs CPG, non plus le nombre de DMP ouverts comme prévu à la COG, et comme elle le faisait**

<sup>169</sup> L'Etat a, de son côté, intégré le DMP dans les services socles sans lesquels les éditeurs ne peuvent bénéficier des financements du programme SONS (système ouvert et non sélectif).

<sup>170</sup> Indicateur valorisant l'alimentation du DMP pour les médecins libéraux et centres de santé : pour 2022 et 2023, 20% des consultations doivent donner lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP, et mise en place d'une rémunération pour la valorisation de l'alimentation des volets de synthèse médicale dans le DMP concernant les patients en ALD. Indicateur pour les pharmaciens avec à partir de 2023 avec une valorisation si 90% des accompagnements et bilans pharmaceutiques sont alimentés dans le DMP.

en première période de COG, mais la « **part de DMP alimentés par un professionnel de santé ou un établissement de santé** ». Cette part, qui n'était que d'un peu plus d'un tiers en 2021 (35,57%), est désormais de près de 2/3 au premier semestre 2022 (65,52% en avril 2022). Il conviendra de suivre de près l'augmentation du nombre de DMP alimentés, voire le taux de documents versés dans le DMP et de définir un indicateur d'évaluation, dans le cadre de la prochaine COG, qui puisse traduire l'intensité d'utilisation du DMP par les professionnels de santé (a minima pour le volet de synthèse) et les assurés

[252] Par ailleurs, **d'autres outils que le DMP sont prévus dans l'ENS** : une messagerie sécurisée de santé (MSS), un agenda et un catalogue de services (applications de santé référencées par l'Etat). La COG prévoyait certes le déploiement de la messagerie sécurisée, mais en tant qu'outil de communication entre professionnels de santé. La MSS permet désormais aussi les échanges entre l'assuré et ses 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) et les usages également, avec plus de 10 millions de messages échangés par mois. Désormais, la messagerie sécurisée est aussi partie intégrante de l'espace numérique de santé, pouvant d'ores et déjà être utilisée par les professionnels et leurs patients.

**Recommandation n°19** Introduire des indicateurs liés au taux de documents versés par les professionnels de santé dans le DMP, au taux d'utilisation de la messagerie sécurisée et un objectif de déploiement des autres éléments prévus à l'espace numérique en santé (agenda, catalogue de services).

### 3.4.2 Des chantiers du numérique en santé non encore aboutis restent à conduire dans les prochaines années

#### 3.4.2.1 La carte Vitale électronique

[253] La carte Vitale électronique<sup>171</sup> permet, l'identification, l'authentification et la signature de la feuille de soins par l'assuré depuis un smartphone. 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 physique<sup>172</sup>. Si à ce titre, elle pourra être de nature à faire gagner du temps aux professionnels de santé, la carte vitale électronique ne sécurisera pas pour autant la vérification des droits qui demeureront tributaires de l'actualisation de la situation des usagers en cas de modification de celle-ci. La COG 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<sup>173</sup>.

[254] Une expérimentation, conduite entre 2019 et 2021, est en cours d'élargissement en 2022. Le déploiement progressif à l'ensemble du territoire de l'application Carte Vitale est censé s'effectuer durant les années 2023 et 2024, avec **un décalage de la généralisation à horizon 2024**.

<sup>171</sup> Ou e-carte Vitale, ou application Carte Vitale (ApCV).

<sup>172</sup> Cf Rapport *Charges et Produits pour 2019*, CNAM, 2018.

<sup>173</sup> Parmi les cas d'usage, la e-carte Vitale, ou application carte Vitale (ApCV), 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 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.



### 3.4.2.2 La prescription électronique

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

[256] La COG 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...), avec en cible 5.000 professionnels ayant recours à la e-prescription en 2019, 10.000 en 2020, 20.000 en 2021 et 30.000 en 2022<sup>174</sup>. **Le décalage avec la trajectoire de déploiement est majeur**, puisque la cible 2021 n'est atteinte qu'à hauteur de 1%. Or la prescription électronique doit désormais devenir obligatoire à compter du 31 décembre 2024<sup>175</sup>. Si ce projet de grande ampleur **a pâti de la crise sanitaire, son calendrier initial était vraisemblablement trop ambitieux**.

[257] Il est à noter que dans le cadre du Ségur du Numérique, l'identification des assurés par **l'application mobile carte Vitale (apCV) et la prescription électronique sont l'un des services socles**<sup>176</sup> que doivent assurer les éditeurs de logiciels pour bénéficier du référencement de l'Agence du Numérique en Santé (ANS), et ainsi des financements directs par l'Etat, dans le cadre du programme SONS.

[258] En parallèle, afin d'activer le levier de la transformation des pratiques des professionnels de santé et des usages, la CNAM a récemment créé des dispositifs d'incitation pour accroître l'utilisation de la carte Vitale et la prescription électroniques, dans le cadre de l'avenant 9 à la convention médicale, de l'accord national des centres de santé et de la nouvelle convention entre l'assurance maladie et les pharmaciens<sup>177</sup>.

[259] 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 mobile carte Vitale.

**Recommandation n°20** Réaffirmer l'usage du DMP et des téléservices dans le cadre des prochaines négociations conventionnelles avec les différentes professions en en faisant une condition de versement de l'intégralité du forfait structure pour les médecins ; introduire dans la prochaine COG des indicateurs liés à l'utilisation par les professionnels de santé de l'application carte vitale et de la prescription électronique.

### 3.4.2.3 La facturation en ligne

[260] 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 (intégration directe d'informations de

<sup>174</sup> A mettre en regard des quelque 215.000 médecins, 72.500 pharmaciens et 744.000 infirmiers recensés en 2020.

<sup>175</sup> Ordonnance n°2020-1408 du 18 novembre 2020 portant mise en œuvre de la prescription électronique.

<sup>176</sup> 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),

<sup>177</sup> L'usage de la e-carte Vitale est 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.

contexte fournies par l'assurance maladie : bénéficiaire, prescription...) et à simplifier la gestion des pièces justificatives qui seront dématérialisées.

[261] En 2020 et 2021, douze CPAM ont expérimenté SEFI Taxi, et l'expérimentation doit être élargie. En revanche, les représentants des biologistes ont refusé, à ce stade, d'expérimenter SEFI. La mission recommande que la généralisation SEFI soit prévue à la prochaine COG et qu'elle fasse l'objet de négociations conventionnelles.

**Recommandation n°21** Prévoir la généralisation de la facturation en ligne, d'abord pour les taxis puis pour d'autres professions de santé selon un calendrier échelonné.

[262] A l'évidence, la création et l'implémentation de l'espace numérique en santé, non prévue à la COG, et qui n'a pas fait l'objet d'un avenant à la COG, a si fortement mobilisé les équipes de la CNAM que les autres chantiers, comme la prescription et l'application carte vitale, n'ont pas pu avancer comme prévu initialement : **l'ENS, sans même y inclure le DMP, aura consommé près des deux tiers des moyens humains alloués à l'ensemble des projets liés au « numérique en santé »** en cours de COG. Au regard de cette évolution majeure des objectifs assignés à la CNAM, **la mission s'interroge sur l'absence d'un avenant ou à tout le moins d'une lettre interprétative qui aurait acté auprès de la caisse cette modification sensible de trajectoire (voir sur ce point la partie II/A).**

Tableau 10 : Etat des charges des projets liés au Numérique en santé, sur la période 2018-2022 (en jours/homme)

| Projets                                     | Consommé      | Charges : 2018 à 04/2022 |               |               |               |               |               | Charges > 04/2022 | Total          |
|---|---------------|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|----------------|
|   | < 2018        | 2018                     | 2019          | 2020          | 2021          | P1 2022       | Total         | P2 2022           |                |
| e Prescription                              | 0             | 703                      | 1 136         | 1 497         | 1 567         | 313           | 5 216         | 186               | 5 402          |
| Application carte Vitale ApCV               | 0             | 14                       | 407           | 1 042         | 662           | 347           | 2 472         | 1 541             | 4 013          |
| DMP   | 16 663        | 5 851                    | 7 726         | 4 822         | 3 530         | 64            | 21 993        | 102               | 22 095         |
| Espace Numérique en Santé                   | 0             | 0                        | 92            | 3 049         | 29 839        | 11 611        | 44 591        | 67 113            | 111 704        |
| Espace Numérique en Santé - Adaptations DMP | 0             | 0                        | 903           | 5 625         | 5 785         | 1 249         | 13 562        | 4 297             | 17 859         |
| INSI  | 29            | 342                      | 514           | 536           | 425           | 171           | 1 988         | 187               | 2 175          |
| ENS - Bouquet de Services Professionnels    | 0             | 0                        | 0             | 118           | 2 503         | 1 930         | 4 551         | 10 190            | 14 741         |
| <b>TOTAL VIRAGE NUMERIQUE EN SANTE</b>      | <b>16 692</b> | <b>6 910</b>             | <b>10 778</b> | <b>16 689</b> | <b>44 311</b> | <b>15 685</b> | <b>94 373</b> | <b>83 616</b>     | <b>177 989</b> |

Source : CNAM – bilan semestriel des projets sensibles du SDSI 2018-2022 (avril 2022).

### 3.4.3 Une gouvernance à clarifier en matière de numérique en santé

[263] La mission a globalement constaté, au cours de ses investigations, un cloisonnement très fort entre maîtrise d'œuvre et maîtrise d'ouvrage au sein de la CNAM, comportant un risque de déresponsabilisation sur certains sujets, avec de fréquents renvois de la maîtrise d'œuvre (MOE) portée par la DDSI vers la maîtrise d'ouvrage (MOA), portée par les équipes métiers, et inversement. Sur le sujet du numérique en santé, qui, par leur portage politique et la forte pression pour les conduire très rapidement, nécessitent une fluidité dans les interactions et une efficacité maximale, une **organisation atypique** très différente a été mise en place.

[264] La CNAM a créé, il y a deux ans, une entité rattachée à la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS), la direction opérationnelle du numérique et de l'innovation en santé, dite **DIONIS**. La DIONIS a, dans son périmètre, les téléservices destinés aux professionnels de santé, certaines téléprocédures comme la e-prescription, et les mesures liées à la feuille de route du numérique en santé (ENS, DMP, INSI...). Dotée d'une équipe d'une soixantaine d'agents, la **DIONIS**

**prend certes en charge la MOA pour le portefeuille de projets qu'elle porte, mais aussi dans certains cas la MOE.** Elle a en effet en son sein une petite équipe interne de développement, pour conduire certains projets en mode dit « agile »<sup>178</sup>.

[265] **La mission considère comme opportune la création de DIONIS**, dans la mesure où les chantiers du numérique en santé nécessitent une organisation spécifique, et son fonctionnement en mode « agile » qui y est adopté pour certains projets semble être tout à fait adapté. En revanche, il lui paraît nécessaire de mieux préciser l'articulation entre ces équipes et la DDSI, qui continue de piloter, ou de co-piloter, les grands projets du numérique en santé, comme le montre le SDSI et son suivi. Outre le risque d'inefficience, voire d'inefficacité que cette situation peut provoquer, les partenaires extérieurs de la CNAM, qu'il s'agisse des services de l'Etat ou des entreprises du secteur, ont besoin d'une meilleure visibilité quant à leurs interlocuteurs au sein de la CNAM.

[266] La mission préconise d'aller au bout de la logique DIONIS et de regrouper au sein d'une même entité la MOE et la MOA de tous les projets identifiés au préalable comme relevant du numérique en santé, et de lui confier l'ensemble des crédits qui seraient ainsi dédiés au numérique en santé. Le positionnement de cette entité, forme de DIONIS élargie quant à son périmètre et ses attributions, pourrait être questionné.

**Recommandation n°22** Confier à la même entité au sein de la CNAM l'intégralité des fonctions de MOE et de MOA pour les projets relevant du numérique en santé, ainsi que les budgets associés.

[267] La feuille de route du numérique en santé, puis le Ségur du numérique, ont été lancés postérieurement à l'élaboration de la COG. Or, dès 2019, une nouvelle fonction a été créée au sein du ministère chargé de la santé, celle d'un **délégué ministériel au numérique en santé**<sup>179</sup>. Rattachée directement au ministre, ayant pour mission le pilotage de l'ensemble des chantiers de transformation numérique<sup>180</sup>, la déléguée au numérique en santé s'est peu à peu entourée d'une équipe, appelée « délégation du numérique en santé »<sup>181</sup>, qui co-pilote désormais avec la CNAM les projets informatiques liés à la transformation numérique en santé.

[268] Les rôles respectifs de la CNAM et de la DNS en termes de MOA pour les projets de santé numérique ont besoin d'être explicités pour chaque grand projet, de manière à identifier clairement les responsabilités de chacun des acteurs, sachant que la DNS a vocation à exercer une maîtrise d'ouvrage de nature stratégique, en veillant à la cohérence d'ensemble des projets du numérique et à la bonne mise en œuvre de la feuille de route ministérielle. Il paraît en outre nécessaire de définir une gouvernance spécifique au numérique en santé en termes de dialogue de gestion entre la tutelle et la CNAM.

**Recommandation n°23** Préciser les rôles en termes de maîtrise d'ouvrage et de responsabilité de traitement entre DNS et CNAM pour chaque grand projet, et définir des modalités de dialogue de gestion spécifiques au numérique en santé entre la tutelle et la caisse nationale.

<sup>178</sup> En mode agile, la méthode de définition du produit, ses enrichissements sont itératifs avec une intégration complète entre les équipes qui déterminent le produit et les développeurs, ce qui conduit à l'effacement de la distinction stricte entre MOE et MOA.

<sup>179</sup> Voir sur ce sujet aussi le tout récent rapport IGAS 2022-038R La délégation du numérique en santé : bilan d'étape et perspectives d'évolution, qui développe ces différents points. Les recommandations de la présente mission viennent compléter celles formulées dans le rapport 2022-038R.

<sup>180</sup> Décret n° 2019-1412 du 20 décembre 2019 portant diverses dispositions relatives à l'administration centrale des ministères chargés des affaires sociales.

<sup>181</sup> Aujourd'hui composée d'une trentaine de collaborateurs, la délégation en tant qu'entité ne bénéficie pas d'une existence propre, juridique assise, à ce stade.

[269] La mission IGAS qui a fait le bilan de la DNS<sup>182</sup> insiste par ailleurs sur le rôle majeur que doit avoir la DNS dans l'élaboration et le suivi du volet numérique de la COG, ainsi que du futur SDSI de la CNAM, afin d'intégrer à bon niveau les chantiers en cours dans la e-santé.

**Recommandation n°24** Confier à la DNS, parmi les représentants du ministère impliqués dans l'élaboration et le suivi de la COG, un rôle de pilote sur le volet « numérique en santé », ainsi que sur l'élaboration et le suivi du prochain SDSI.

## 4 Des engagements en termes de performance de gestion et de qualité du service inégalement tenus

### 4.1 La CNAM a réussi l'intégration des régimes partenaires

#### 4.1.1 La COG prévoit une opération d'ampleur inédite : le transfert des régimes étudiants, fonctionnaires d'Etat et des travailleurs indépendants

[270] Dans le cadre de son axe 5 « Réussir l'intégration d'autres régimes en garantissant un fonctionnement efficient de la branche », la COG confie à la CNAM le soin d'intégrer, entre 2018 et 2020, plusieurs régimes, correspondant au total à 9,5 millions de bénéficiaires et affiliés<sup>183</sup> (sept millions de nouveaux bénéficiaires), et à environ 4 000 salariés. La mission note à cet égard une hétérogénéité des chiffres, qui ne remet cependant pas en cause les ordres de grandeur.

[271] Un certain nombre de mutuelles, essentiellement tournées vers les fonctionnaires de l'Etat et les étudiants, bénéficiaient antérieurement, et bénéficient encore pour quelques-unes, d'une délégation de gestion de la part de l'assurance maladie pour gérer à sa place la part obligatoire.

[272] Au cours des COG passées, certains organismes antérieurement délégataires<sup>184</sup> avaient d'ores et déjà été totalement intégrés au régime général, correspondant à quelques 1,43 millions de bénéficiaires entre 2010 et 2017. La COG 2018-2022 va beaucoup plus loin : elle prévoit non seulement l'intégration de la MFPs, mutuelle des fonctionnaires de l'Etat, comme pratiqué antérieurement, mais aussi l'intégration de l'ensemble des bénéficiaires gérés par les mutuelles étudiantes, ainsi que l'intégration du régime social des indépendants (RSI). Ces orientations de la COG découlent de décisions et dispositions prises fin 2017-début 2018, soit à l'initiative des mutuelles, soit dans le cadre de textes législatifs.

[273] La réforme du régime étudiant de sécurité sociale de même que la suppression du RSI relèvent quant à elles de dispositions législatives *ad hoc*<sup>185</sup>.

[274] Ces opérations ont été d'une grande ampleur au regard des transferts effectués antérieurement. Le régime général gère désormais plus de 88% des assurés sociaux.

<sup>182</sup> Rapport IGAS 2022-038R.

<sup>183</sup> Bénéficiaires actifs 2017 pour les mutuelles de fonctionnaires et affiliés au 30/06/2018 pour les étudiants.

<sup>184</sup> Comme la Banque de France en 2010, Mut'Est Mulhouse en 2013, la Mutuelle des municipaux de Marseille en 2016...

<sup>185</sup> Pour le régime des étudiants : loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants, qui supprime la délégation de gestion des mutuelles étudiantes qui, jusqu'alors, prévalait (codification notamment aux articles L. 832-1 du code de l'éducation, L. 160-2 et L. 162-1-12-1 du code de la sécurité sociale). Pour le RSI : loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (article 15).

#### 4.1.2 La CNAM a globalement atteint les objectifs fixés par la COG en matière d'intégration des régimes

##### 4.1.2.1 La CNAM a réussi l'opération de sécurisation des transferts, dans les temps impartis par la COG

[275] Dans le cadre de la COG, l'assurance maladie s'engage à assurer la continuité du service pour les assurés sociaux pris en charge, avec deux échéances : une ouverture des droits et le service des prestations des travailleurs indépendants (TI) débutant leur activité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, et pour l'ensemble des TI à compter de 2020. **La mission constate que la CNAM a tenu ses engagements sur le plan technique.**

[276] **Pour les agents affiliés à la MFPs**, le transfert s'est opéré en deux étapes : au 4<sup>ème</sup> trimestre 2018 pour les quelques 28 000 assurés contractuels, puis au 1<sup>er</sup> trimestre 2019, pour les 920 000 bénéficiaires fonctionnaires de l'Etat. Ainsi, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2019, l'ensemble des assurés de la MFPs, actifs ou retraités, et de leurs ayants droit, ont été pris en charge par l'assurance maladie, avec une affiliation à une CPAM ou une CGSS en fonction de leur lieu de résidence.

[277] **L'intégration des TI s'est aussi faite très rapidement**, en trois vagues successives, à quelques semaines d'intervalle : le 20 janvier 2020 pour 60% d'entre eux (bascule dite APRIA), le 1<sup>er</sup> février 2020 pour 15% (bascule dite SIROCO), le 15 février 2020 pour les 25% restants (bascule dite CIMUT), soit juste avant le déclenchement de la crise sanitaire, ce qui n'est pas neutre en termes d'adaptation de l'offre de services et d'acculturation des organismes à la réglementation s'appliquant aux TI.

[278] Comme l'indique le rapport d'évaluation d'étape sur l'intégration du RSI au régime général<sup>186</sup>, la bascule « *s'est déroulée sans décrochage ou choc majeur* » malgré le déclenchement de la crise sanitaire seulement quelques jours après les opérations effectives de transfert. Il est noté notamment, concernant la branche maladie, que « *les migrations de données individuelles se sont déroulées dans de bonnes conditions* », malgré « *l'organisation éclatée du RSI* », et notamment la vingtaine d'organismes complémentaires, qui complexifiait les opérations techniques.

[279] La continuité de services, exigée à juste titre dans la COG, a été assurée : seuls quelques jours d'interruption de service, avec stockage des dossiers, ont à chaque fois été nécessaires pour mener à bien la bascule.

[280] **Concernant les quelques 1,2 millions d'étudiants**, la COG n'a pas spécifié d'échéance ou d'exigence particulière pour le transfert en tant que tel du régime étudiant. C'est la loi du 8 mars 2018, dans son article 11, qui fixe le calendrier du transfert : au 1<sup>er</sup> septembre 2018 restaient attachés à leur mutuelle les étudiants déjà affiliés, les nouveaux étudiants domiciliés en France gardaient leur régime antérieur (très généralement celui de leur parent, donc dans l'immense majorité la CPAM de la résidence familiale), les nouveaux étudiants étrangers devant s'affilier au régime général ; au 1<sup>er</sup> septembre 2019, les étudiants non encore gérés par l'assurance maladie devaient basculer dans le régime général automatiquement.

[281] Les opérations se sont bien déroulées. La mission note que la CNAM a, notamment par le biais de lettres-réseaux et de fiches techniques, informé les caisses pour qu'elles puissent tenir compte de la diversité des situations (étudiants européens, non européens, de parents TI...). De même, une « boîte à outils » a été fournie auprès des établissements de l'enseignement supérieur afin qu'ils se

---

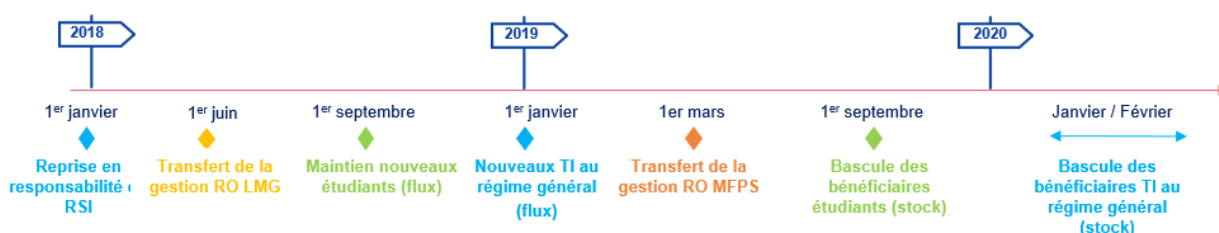
<sup>186</sup> Rapport 2021-073R.

fassent le relais de l'assurance maladie vis-à-vis des étudiants (« mémos » étudiants, brève à mettre sur l'intranet des établissements...).

[282] La CNAM a veillé au caractère « transparent » de ces opérations pour l'utilisateur : sauf situation exceptionnelle, il était explicitement demandé aux caisses de ne pas solliciter l'assuré pour obtenir par exemple des justificatifs. De même, une information par courrier adressé à chaque bénéficiaire a été délivrée.

[283] **Au total, l'ensemble des transferts s'est déroulé de manière satisfaisante, sur les deux premières années de la COG**, comme l'illustre le graphique ci-dessous :

Graphique 4 : Principales échéances des transferts de régimes prévus à la COG



Source : CNAM

#### 4.1.2.2 L'intégration des nouveaux régimes a globalement permis d'améliorer l'offre de service aux nouveaux assurés, avec un équilibre perfectible entre standardisation et adaptation de l'offre

[284] La COG demandait à la CNAM à la fois de faire bénéficier ses nouveaux affiliés des mêmes services que les assurés du régime général (en particulier téléservices du compte Ameli), mais aussi de les adapter aux profils et caractéristiques des étudiants et TI (les fonctionnaires ne présentant pas de spécificités particulières par rapport à la population générale).

[285] L'adaptation de l'offre de services aux spécificités des nouveaux publics se déclinait en deux actions, d'une part l'adaptation des programmes de prévention aux publics issus d'autres régimes (indépendants et étudiants), et, d'autre part, l'organisation d'une plus grande coordination entre les branches au profit des TI (ce qui constituait l'atout du RSI). L'indicateur retenu était le délai de traitement de la première IJ pour les indépendants.

[286] **Concernant les travailleurs indépendants**, le rapport de l'IGAS précité<sup>187</sup> a insisté sur l'objectif de « *standardisation* » de la CNAM visant à « *normaliser la population des indépendants au sein de la population des autres assurés* ». Cette « indifférenciation de principe », défendable en termes d'optimisation des ressources humaines, est susceptible de poser problème en termes d'offre de services dans la mesure où, outre les spécificités réglementaires (indemnités journalières notamment), les TI peuvent présenter des caractéristiques socio-économiques et comportementales différentes.

<sup>187</sup> Rapport IGAS 2021-073R.

[287] Le rapport IGAS précité a mis en exergue que l'analyse des besoins spécifiques des TI en matière de santé n'avait pas fait l'objet de travaux suffisamment approfondis<sup>188</sup>, notamment en matière de prévention, dans un contexte de crise sanitaire qui n'a pas été facilitant. Or, ceux-ci ont moins recours aux campagnes de prévention, et plus globalement, présentent un moindre recours aux soins et à l'arrêt de travail. Des réponses spécifiques en termes d'accompagnement ont toutefois commencé à être mises en place, comme le programme PHARE.

[288] Toutefois, rallier le régime général a permis aux nouveaux affiliés de bénéficier de supports de la relation clients plus performants s'agissant des téléservices (contrairement à la relation client téléphonique moins réactive). Est inscrit à cet égard dans la COG un indicateur pour mesurer la qualité de service, à savoir le délai de traitement de la première IJ pour les indépendants. Si la durée se réduisait déjà entre 2017 et 2018, sous la gestion du RSI, elle a continué à baisser, notamment en 2021 (l'année 2020 ayant été très perturbée par les arrêts de travail liés au Covid). On notera qu'aucun délai cible n'était indiqué dans la COG, pour aucune des années. La COG prévoyait la fixation d'une cible à compter de 2019 ; elle n'a jamais été mise en œuvre. La mission note en outre que la majorité des indicateurs de qualité de service n'isole pas la population des TI, ce qui limite l'appréciation qualitative de l'amélioration de la qualité de service au profit de ces assurés.

Tableau 11 : Délais de traitement des indemnités journalières entre 2017 et 2021

|                                      | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  | 2021 |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|
| Délai de traitement IJ TI (en jours) | 23,31 | 22,48 | 21,86 | 25,5* | 18*  |

\* 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 – la mission n'a pas connaissance des délais maternité avant 2020.

Source : CNAM, rapport IGAS 2021-073R, retraitement mission.

[289] Lors de l'intégration des TI au sein du régime général, la CNAM a fait le choix d'un décommissionnement généralisé et rapide de l'ensemble des outils informatiques du RSI et des organismes complémentaires<sup>189</sup>. C'est ainsi que l'outil ARPEGE TI a été créé pour gérer leurs IJ<sup>190</sup>. Son déploiement rapide, effectif à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, a rencontré un grand nombre de difficultés après sa mise en service (en lien avec les délais de production extrêmement serrés), ce qui explique très vraisemblablement la « contreperformance » de la CNAM en 2020. Des actions correctrices ont été rapidement entreprises par la CNAM à partir de 2020, ce qui lui a permis de réduire très sensiblement le délai de traitement, alors que celui des IJ des travailleurs salariés se dégradait.

[290] Dès lors, la mission rejoint la recommandation du rapport susvisé invitant à engager des travaux pour objectiver les spécificités des TI par rapport à leurs besoins, leurs attentes et leurs comportements, et en tirer les conséquences opérationnelles en termes d'offre de services, ainsi que d'objectifs et d'indicateurs.

[291] **Concernant les étudiants, le transfert de leur régime est considéré comme une réelle avancée** par les différentes parties prenantes, et notamment par les représentants des étudiants<sup>191</sup>.

<sup>188</sup> Le programme HELP, qui sur alerte des URSSAF, enclenche une action interbranche auprès des TI fragilisés, était encore expérimental au moment des bascules.

<sup>189</sup> Voir aussi l'annexe sur les indemnités journalières.

<sup>190</sup> Développé et déployé dans un premier temps exclusivement pour les TI, en attendant la généralisation à l'ensemble des assurés.

<sup>191</sup> Cf. le volet santé du plaidoyer de la FAGE « 50 propositions d'aujourd'hui pour une jeunesse de demain ».

Selon les témoignages recueillis par la mission, le rattachement au régime général a simplifié et facilité les démarches des étudiants pour le remboursement de leurs soins ou l'obtention d'une carte vitale<sup>192</sup>, a développé l'expertise des associations d'étudiants sur le sujet de la santé, en leur permettant de devenir de véritables relais en la matière, a amélioré la sensibilisation de ce public quant à l'importance d'un médecin traitant par exemple et a stimulé les actions d'accès aux droits (C2S).

[292] Par ailleurs, sur le plan de l'offre de services, la mission constate que la CNAM a progressivement mieux pris en considération les caractéristiques propres aux étudiants. Après avoir voulu gérer les étudiants comme l'ensemble de la population « jeune »<sup>193</sup>, elle porte désormais une démarche prenant mieux en compte les caractéristiques des différentes populations de jeunes, dont les étudiants<sup>194</sup>. La participation, à partir de 2018, d'un représentant des associations d'étudiants au conseil de la CNAM, la création d'une mission nationale jeunes au siège de la caisse ainsi que la création d'une conférence de la prévention étudiante<sup>195</sup> y ont contribué.

[293] La CNAM a signé en janvier 2021 une convention-cadre avec l'ensemble des représentants des établissements d'enseignement supérieur, ainsi qu'avec le ministère chargé de la santé, le centre national des œuvres universitaires et scolaires (CNOUS) et l'association des directeurs des services de santé universitaires (ADSSU). Elle prévoit au niveau national des actions d'information et de communication spécifiques de l'assurance maladie à destination des étudiants, avec notamment des campagnes thématiques adaptées à ce public. Elle se veut aussi être un cadre pour les collaborations locales entre les partenaires de terrain. A cet égard, un certain nombre de conventions locales qui déclinent cette convention-cadre ont d'ores et déjà été signées, et à la connaissance de la mission, d'autres sont en train de l'être. L'enjeu sera de s'assurer de leur mise en œuvre effective au cours des prochaines années et de l'atteinte des objectifs qu'elles portent, au bénéfice de la santé des étudiants.

[294] L'état de santé de cette population, qui s'est encore dégradé depuis la crise sanitaire, nécessite pour les années à venir une attention accrue : selon une enquête menée pour la FAGE par IPSOS en mars 2021<sup>196</sup>, deux étudiants sur cinq ont renoncé à des soins depuis mars 2020, et pour près de la moitié, pour des raisons financières. Le sujet de la santé mentale devient en outre crucial pour les étudiants.

[295] La démarche de signature de conventions de partenariats locaux entre établissements de l'enseignement supérieur et CPAM devra dès lors être généralisée et les actions prévues, mettant l'accent en particulier sur la santé mentale, mises en œuvre et évaluées.

#### 4.1.3 La CNAM a su intégrer de manière satisfaisante les personnels issus des différents régimes

**[296] La prise en charge de tous ces bénéficiaires d'autres régimes a aussi impliqué l'intégration, au sein des équipes de l'assurance maladie, d'un très grand nombre d'agents,**

<sup>192</sup> Même si, en 2020, 17,6% des étudiants ne savaient pas s'ils bénéficiaient d'une sécurité sociale, ou de quelle sécurité sociale ils relevaient (source : Observatoire de la vie étudiante, enquête Conditions de vie des étudiants 2020).

<sup>193</sup> Comme l'illustre la lettre réseau<sup>193</sup> présentant « la stratégie de l'assurance maladie envers les jeunes de 16 à 25 ans et de l'offre déployée pour la rentrée universitaire 2020 ».

<sup>194</sup> LR-DDO-36/2022.

<sup>195</sup> Prévue par la loi n°2018-166 (article L.162-1-12-1 du code de la sécurité sociale) et mise en place selon les termes de l'arrêté du 12 décembre 2018 fixant la composition et le fonctionnement de la conférence de prévention étudiante. Cette conférence, placée auprès des directeurs généraux chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, a pour but d'assurer le développement d'actions promouvant des comportements favorables à la santé de l'ensemble des étudiants. Y participe un représentant de la CNAM.

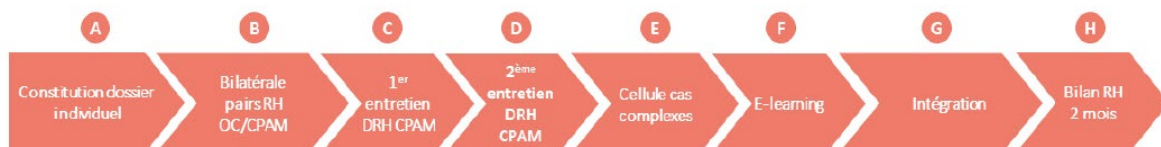
<sup>196</sup> [6985-DP 09 05 21 Enquete FAGE-IPSOS Un A.pdf](#)



**entre 2018 et 2021.** C'est ainsi que près de 4 400 collaborateurs ont été intégrés (4 381 ETP auxquels s'est appliquée la règle de restitution des effectifs de 2,5 % à compter de leur année d'intégration - 349 ETP de moins- soit un apport net de 4 032 ETP, ou 3 807 ETPMA effectivement intégrés )<sup>197</sup>. La plupart de ces agents provenaient du RSI (70%).

[297] La COG prévoyait une formalisation et la diffusion d'un processus de ressources humaines avec la réalisation d'un bilan de ressources humaines (RH) après chaque opération. Le processus mis en place semble avoir été approprié par les équipes des caisses et bien mis en œuvre :

Graphique 5 : Processus RH pour l'intégration des agents des autres régimes transférés



Source : CNAM

[298] La CNAM a mis en place une mission, dite mission PIAM (pilotage de l'intégration à l'assurance maladie), rattachée directement au directeur général de la caisse nationale. Elle a permis de suivre et de piloter, de manière unifiée, les opérations qui se sont succédées au fur et à mesure au sein des caisses. Elle a aussi permis de produire un reporting en termes de ressources humaines permettant à la direction générale et aux acteurs concernés de s'assurer de la bonne mise en œuvre des transferts. Elle a notamment su identifier, avec des retours d'expérience entre les « vagues » de transfert, les points de progrès et les bonnes pratiques à diffuser au réseau pour améliorer encore les opérations des vagues suivantes.

[299] **Les éléments dont dispose la mission lui permettent de considérer que ces opérations se sont effectuées avec le souci d'une gestion des ressources humaines de qualité**, et ce alors même que l'essentiel des intégrations se sont faites au plus fort de la crise sanitaire, avec 3 263 ETP intégrés en 2020. Comme l'avait relevé la mission IGAS sus-citée<sup>198</sup>, les personnels intégrés ont globalement exprimé (74%) leur satisfaction quant à la manière dont ils ont été accompagnés et dont s'est passée leur intégration.

[300] La COG prévoit un indicateur pour mesurer le bon accompagnement des agents transférés : le taux de réalisation d'un bilan RH personnalisé. Il devait être de 100% pour chacune des années. Si la CNAM n'a pas atteint les 100%, la majorité (82%) des personnels concernés ont bénéficié d'un bilan de ressources humaines ainsi que d'une formation (87,6%), dans un contexte de crise sanitaire majeure.

<sup>197</sup> Voir aussi la partie 5 du présent rapport.

<sup>198</sup> Rapport IGAS 2021-073R.

Tableau 12 : Indicateur COG relatif au taux de réalisation d'un bilan RH pour les personnels transférés

| Libellé   | Unité | 2018       |                | 2019       |                | 2020       |                | 2021       |                |
|---|-------|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|
|   |       | Cible 2018 | Résultats 2018 | Cible 2019 | Résultats 2019 | Cible 2020 | Résultats 2020 | Cible 2021 | Résultats 2021 |
| Taux de réalisation d'un bilan RH personnalisé pour les personnels transférés | %     | 100%       | 99%            | 100%       | 99,36%         | 100,00%    | 90,00%         | 100,00%    | 76,00%         |

Source : CNAM

[301] **Dans le même temps, le réseau devait rééquilibrer les équipes des caisses en fonction de la charge de travail induite par le transfert de nouveaux bénéficiaires**<sup>199</sup>. 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.

[302] Il convient par ailleurs de souligner que les profils des agents intégrés ont parfois rendu nécessaire de procéder à des reconversions professionnelles au sein des organismes, le choix établi au départ de ne pas forcer les mobilités géographiques ayant rendu l'équation d'adaptation charges/ressources d'autant plus complexe.

#### 4.2 Une organisation territoriale du réseau principalement marquée par la poursuite de la stratégie de redistribution d'activités.

#### 4.3 La stratégie de redistribution d'activités concerne désormais 18 % des effectifs des CPAM.

[303] Si les CPAM partagent un socle de missions communes, elles se distinguent par des écarts de taille très importants <sup>200</sup> et des déséquilibres de charges/effectifs parfois significatifs en dépit d'efforts de convergence. Cela induit des enjeux de qualité, d'efficacité voire de continuité de services sur certains processus. Pour y répondre dans un contexte de mobilité géographique limitée des salariés, **une stratégie de redistribution d'activités a été structurée sous la COG 2013-2017**<sup>201</sup> ; **elle concerne 8 500 ETP en 2021 et présente deux dimensions majeures :**

- **La mutualisation pérenne d'activités entre CPAM au niveau interdépartemental, régional ou national, qui concerne 7 320 ETP en 2021**<sup>202</sup>. Elle est déployée dans le cadre du dispositif TRAM (travail en réseau de l'assurance maladie) et d'autres dispositifs apparentés (EPTICA pour les courriels), dans une logique d'expertise ou d'industrialisation (en particulier dans celui de la relation clients avec les plateformes téléphoniques ou de traitement des courriels)<sup>203</sup>. Dans ce cas, des caisses cèdent une ou plusieurs activités qui sont prises en charge par d'autres pour leur compte.

<sup>199</sup> Voir aussi l'annexe Trajectoire.

<sup>200</sup> Variation de 1 à 20.

<sup>201</sup> La stratégie de mutualisation s'est traduite dans l'élaboration de schéma régionaux TRAM à partir de 2016 dont le déploiement a été finalisé pour l'essentiel fin 2018, avec d'ultimes déclinaisons en 2019.

<sup>202</sup> Chiffre pour les activités mutualisées faisant l'objet d'un cadre d'organisation national ; s'ajoutent des activités mutualisées dans le cadre d'initiatives territoriales (environ 400 ETP).

<sup>203</sup> La moitié des caisses ne gèrent plus la relation téléphonique. 80 % ne gèrent plus la relation mails.

- **L'entraide entre organismes, qui déleste de façon ponctuelle des caisses en difficultés conjoncturelles d'une partie de leur activité, par le bais du dispositif PHARE.** Cela concerne principalement des processus de production lourds et stratégiques (IJ, C2S, accueil téléphonique ...). Le dispositif d'entraide mobilise désormais un peu plus de 470 ETP, avec une augmentation de 71 % des effectifs sur la période ; s'y sont ajoutés à compter de 2021 des *task-force* IJ temporaires qui comptent 250 ETP en 2022.

[304] **Les effectifs concernés par la redistribution d'activités ont crû de plus de 1 200 ETP entre 2019 et 2021 (+ 16 %), principalement dans les champs de la mutualisation et de la relation clients,** qui représentent désormais près de la moitié des effectifs mutualisés <sup>204</sup>. **18 % des effectifs des CPAM exercent désormais des activités mutualisées.** Une vingtaine de processus sont concernés, ils ont été ajustés tout au long de la COG selon les besoins.

Tableau 13 : 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   |
| <b>Activités mutualisées du réseau CPAM et missions nationales déléguées</b> | <b>6 937,9</b> | <b>7 746,8</b> | <b>7 999,0</b> | <b>+1 061,1</b>               | <b>+ 15,29%</b>  |
| <b>a/ Mutualisations structurées nationalement</b>                           | <b>6 290,6</b> | <b>7 064,0</b> | <b>7 320,9</b> | <b>+1 030,4</b>               | <b>+ 16,38%</b>  |
| <b>Maille nationale</b>  | <b>1 087,3</b> | <b>1 212,5</b> | <b>1 188,6</b> | <b>+101,3</b>                 | <b>+ 9,32%</b>   |
| 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%        |
| Capitiaux 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%         |
| <b>TRAM Régional</b>   | <b>4 569,1</b> | <b>4 641,7</b> | <b>4 857,0</b> | <b>+287,9</b>                 | <b>+ 6,30%</b>   |
| 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%         |
| <b>Mutualisations structurée hors TRAM</b>                                   | <b>634,2</b>   | <b>1 209,8</b> | <b>1 275,3</b> | <b>+641,2</b>                 | <b>+ 101,11%</b> |
| 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>b/ Mutualisations sur le champ des établissements</b>                     | <b>267,3</b>   | <b>271,5</b>   | <b>256,9</b>   | <b>-10,4</b>                  | <b>- 3,90%</b>   |
| <b>c/ Mutualisations et entraides d'initiative locale</b>                    | <b>380,1</b>   | <b>411,4</b>   | <b>421,2</b>   | <b>+41,1</b>                  | <b>+ 10,82%</b>  |

<sup>204</sup> 1 030 ETP supplémentaires pour la mutualisation, 130 pour l'entraide ; dans le champ de la mutualisation : + 463 ETP pour les plateformes de services assurés, + 223 pour les PFS médico-administrative et + 347 pour EPTICA.

|                                     |                |                |                |                 |                 |
|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| 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%         |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>7 279,5</b> | <b>8 163,5</b> | <b>8 472,1</b> | <b>+1 192,6</b> | <b>+ 16,38%</b> |

Source : mission à partir de données CNAM.

**[305] Deux évènements ont conduit la CNAM à adapter sa politique de redistribution d'activités :**

- **L'intégration des régimes (RSI principalement), qui a eu deux effets :** induire des déséquilibres charges/ressources du fait du décalage entre la localisation ciblée des effectifs repris et la répartition sur toutes les caisses de l'activité attachée aux nouveaux assurés ; offrir de la marge en termes de postes pour renforcer le dispositif de mutualisation et d'entraide (455 ETP redéployés).
- **Les besoins induits par la crise COVID :** le dispositif d'entraide a été renforcé pour faire face à l'explosion du 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. La CNAM et son réseau ont fait preuve de réactivité dans l'adaptation des dispositifs (nombre des plateaux, activités concernées, méthodes) afin de répondre au mieux aux besoins et aux contraintes.

**[306] Cette stratégie de redistribution d'activités présente un bilan globalement positif, notamment en matière d'équilibrage de la charge d'activité entre CPAM (et en particulier des plus petites), de professionnalisation de certains processus experts (rentes, invalidité ...) et d'efficience.**

[307] La mission déléguée 35 consacrée au bilan de la mutualisation (hors relation client) fait ressortir que les processus de production mutualisés dans le cadre de TRAM (qui concernent 10 % des effectifs de production) ont connu des gains en ETP (+ 27,6 %) et en productivité (+39 %) supérieurs à la moyenne. Toutefois la performance respective des processus ne dépend pas que du paramètre de la mutualisation. L'impact propre de la mutualisation est probablement fort, en termes d'efficience et aussi de qualité, pour des processus experts comme le règlement des rentes, capitaux décès et pensions d'invalidité. En revanche, les simplifications réglementaires (par exemple pour les IJ ou la C2S), la numérisation, le recours aux téléservices, la performance des SI métiers ont un impact déterminant sur les processus de masse. Par ailleurs pour une même activité, les performances des pôles TRAM restent dispersées, ce que retracent les indicateurs dits « individualisés » des CPG et qui pose la question du pilotage de national ces pôles.

**[308] Malgré son intérêt, la politique de mutualisation fait l'objet de questionnements pointés par la MD 35 et les caisses visitées par la mission :** complexité de l'agencement territorial liée à la diversité des portefeuilles d'activité, problèmes de fluidité dans l'articulation *front et back office*<sup>205</sup>, sentiment de « perte de substance » (expertise, effectifs) pour des caisses cédantes, relations

<sup>205</sup> La moitié des CPAM ne gère plus la relation téléphonique et la gestion des mails a été concentrée sur une vingtaine de caisses.

inégalement fluides entre caisses cédantes et caisses prenantes, insuffisante prise en compte des activités mutualisées dans le modèle « historique » de mesure de la performance et d'allocation de ressources, fondé sur une logique de caisse d'affiliation et pas de gestion. Toutefois, ce dernier point va être corrigé par un nouveau modèle déployé à compter de 2023 (voir partie relative à l'analyse de la trajectoire).

[309] Le modèle des plateformes gérant la relation clients (plateformes de services assurés pour les appels téléphoniques, plateformes EPTICA pour les mails) est le plus en difficulté, d'autant qu'il a été éprouvé par la crise : dans un contexte de très forte augmentation de l'activité et de montée en charge des effectifs de ces plateformes (3 400 ETP), elles souffrent d'une aggravation du *turn over* et de difficultés de recrutement qui pèsent sur la qualité de service ; d'où la création dans plusieurs caisses de pôles d'appui EPTICA gérant les mails de façon démutualisée.

[310] **Pour la prochaine COG, nonobstant le sujet des plateformes téléphoniques qui appelle un travail en soi (voir partie relative à la relation de service), le modèle de redistribution d'activités appelle plus des ajustements que des évolutions majeures** : consolidation de PHARE en fonction de l'évolution des besoins, ajustement des périmètres déjà mutualisés pour plus de complétude fonctionnelle, extension de TRAM à quelques nouveaux processus experts ou ciblés<sup>206</sup>.

#### 4.3.1 Le resserrage du maillage territorial du réseau ne constituait pas un objectif explicite de la COG

[311] L'optimisation du maillage territorial de l'assurance maladie a été l'une des priorités des précédentes COG : fusion de caisses infra-départementales<sup>207</sup>, réduction importante du nombre de sites d'accueil (propres ou hébergés)<sup>208</sup>. **La COG actuelle n'a pas explicité d'objectifs** en ce domaine mais des **ajustements sur la base d'initiatives locales** ont été conduits pour prendre en compte d'autres orientations stratégiques de la CNAM : trajectoire d'effectifs, baisse de l'accueil physique amplifiée par la crise, développement du réseau des Maisons France services (MFS), souci d'optimisation des dépenses immobilières. Si le siège évoque ces sujets lors de ses dialogues de gestion, il est toutefois difficile d'en avoir une vision consolidée<sup>209</sup>. Il serait donc opportun, lors de la prochaine COG, de consolider un diagnostic du maillage infra-départemental des caisses (en termes de sites de production et d'accueil) pour éclairer les possibilités d'optimisation territorialement acceptables (appui sur les MFS, sites partagés en interbranche ...).

Selon des données en date de 2020 communiquées à la mission par la CNAM, 1 016 points d'accueil du public disposent d'agents d'accueil de l'assurance maladie, qui se répartissent entre 443 agences (avec une présence permanente) et 573 points d'accueil (présence plus ou moins ponctuelle). La structure de ce réseau est variable selon les CPAM : entre une à 18 agences et d'un à 37 points d'accueil, avec des équilibres très différents pour des départements de même taille démographique. S'y ajoutent les 940 sites portés par les MFS, le plus souvent sans présence physique d'agents de l'assurance maladie (la doctrine CNAM sur ce point pas toujours suivie par les CPAM).

<sup>206</sup> La mission déléguée 35 a pointé en particulier la gestion de certaines dépenses de ville (cure, appareillage), la reconnaissance AT/MP. Par ailleurs la gestion des prélèvements dans le cadre de la C2S participative gagnerait à être étudiée.

<sup>207</sup> Il en reste encore dix dans le Nord, le Pas de Calais, en Normandie et dans les Pyrénées Atlantiques.

<sup>208</sup> La Cour des Comptes, dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2019, estime la baisse du nombre de sites d'accueil entre 2014 et 2018 à un tiers.

<sup>209</sup> Difficulté de tracer l'évolution du nombre d'implantations infra-départementales dans l'outil RIOSS et absence de suivi consolidé au niveau national des ajustements de maillage caisse par caisse.

[312] Comme l'a montré le rapport relatif aux enjeux d'intérêt commun des branches du régime général, le maillage des accueils est globalement dense même si inégal<sup>210</sup>.

[313] **Les évolutions du maillage s'inscrivent dans un contexte de baisse des effectifs affectés à l'accueil physique** du fait du développement des télé-services et de la réduction sur la durée des flux de visites, amplifiée par la crise COVID. Les effectifs dédiés à l'accueil physique ont été réduits de 28 % entre 2017 et 2021, passant de 3 860 à 2 782 ETP (CDD et CDI), ce qui en fait un processus fortement contributeur à l'effort d'efficience.

[314] Dans le même temps, le fort développement des MFS <sup>211</sup>, qui contribue à un accueil de niveau 1 dans les différents champs de l'accès aux droits (l'assurance maladie représentait 16,5 % des demandes en 2020), a conduit les CPAM à amorcer une révision de leur politique de permanences « hors les murs » et d'accueil de premier niveau, à parachever sous la prochaine COG. Pour consolider la qualité d'accueil, le développement des MFS doit aller de pair avec un effort de formation de leurs équipes par les CPAM et la mise en place de canaux d'échanges privilégiés pour les situations de niveau 2.

**Recommandation n°25** Mener au niveau national un diagnostic du maillage infra-départemental des CPAM et de leur stratégie d'implantation pour s'assurer de la pertinence de l'organisation actuelle et poursuivre, lorsque cela est nécessaire, la rationalisation des permanences d'agents d'accueil des CPAM dans des lieux tiers, en lien avec le développement des partenariats avec les Maisons France Services.

[315] **Le réseau, à travers les CPAM, est principalement structuré à la maille départementale.** L'enjeu est d'offrir aux habitants un socle de services communs à toutes les caisses et de positionner ces dernières comme des interlocuteurs à part entière de leurs partenaires territoriaux. Mais la taille des caisses varie entre 110 (la Creuse) et 2 000 ETP (Paris) et les plus petites caisses peuvent être fragilisées en termes de continuité de services et d'efficience, notamment sur les fonctions support. **Quelques rapprochements interbranches (le plus souvent CAF-CPAM) de caisses de taille réduite ont d'ores et déjà eu lieu :** fusion de caisses en Lozère depuis 2009 et dans les Hautes Alpes depuis avril 2022, direction commune dans le Cantal et la Creuse. Ces démarches, outre leur vertu de consolidation des structures, peuvent également contribuer à faciliter des parcours d'accès aux droits des usagers élaborés en interbranches avec une approche plus globale.

[316] La rareté de ces démarches s'explique par la force de l'identité de branche, le cadre juridique (l'initiative en revient aux caisses elles-mêmes)<sup>212</sup> et la lourdeur des ajustements des outils de gestion (SI) à opérer pour des gains d'effectifs faibles compte tenu de la taille des structures concernées. Cela rend le siège peu moteur pour ce type de démarches et plus enclin à conforter les caisses de taille réduite par la redistribution d'activités. Toutefois, les démarches de rapprochement méritent d'être promues et soutenues avec pragmatisme, sous des formes diversifiées respectant l'autonomie des caisses et maximisant l'intérêt fonctionnel et le service rendu à l'utilisateur (direction

<sup>210</sup> Rapport IGAS n° 2021-042R et IGF N°2021 M-022 sur les enjeux d'intérêt commun aux branches du régime général de sécurité sociale, décembre 2021.

<sup>211</sup> 2 197 MFS étaient labellisées en avril 2022 dans le cadre du programme France Services de 2019 qui prévoyait l'ouverture de 2 700 MFS, avec une cible visant à ce que chaque habitant puisse en rejoindre une en moins de 30 mn de voiture.

<sup>212</sup> Art L. 216-6 du code de la sécurité sociale : « 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 ».

générale et services supports partagés, sites d'accueil communs), la fusion n'étant que le résultat d'un processus local muri.

**Recommandation n°26** Afin de consolider l'activité des caisses de taille modeste, poursuivre l'attribution d'activités mutualisées en leur faveur et développer le soutien commun des caisses nationales aux projets de rapprochements fonctionnels entre CPAM et CAF sous des formes adaptées au contexte local (directions communes, services supports mutualisés, accueils communs, voire fusion).

#### 4.4 La relation clients demeure un axe sensible d'amélioration de la qualité de services dans le cadre de la montée en puissance de la stratégie multicanale

##### 4.4.1 Une relation client marquée par une double préoccupation de prise en compte des attentes des usagers et d'efficacité du service

[317] **La mission IGAS d'évaluation de la COG 2014-17 a souligné que la branche maladie a fait des progrès significatifs en matière de transformation numérique de son offre de service**, plutôt en avance de phase par rapport aux autres branches. Elle a noté des résultats à hauteur des standards du marché et le développement d'outils de marketing analytique et opérationnel, à structurer davantage par catégories d'usagers (professionnels de santé, employeurs, assurés). La mission a souligné la nécessité d'adapter l'évolution des flux sur les canaux physiques et téléphoniques et de reconfigurer les lieux d'accueil physique compte tenu des partenariats avec en particulier les maisons de service au public (MSAP) devenues MFS.

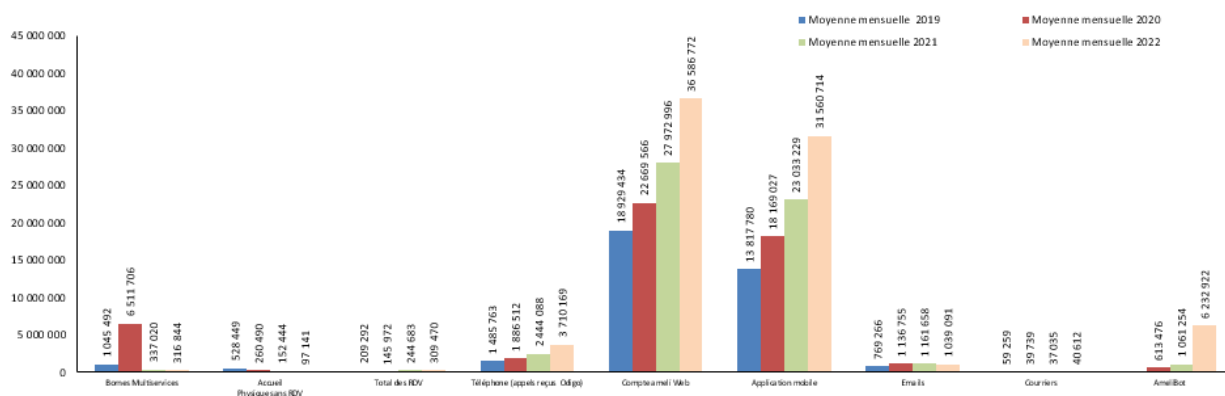
[318] **La CNAM a, durant la COG 2018-2022, poursuivi cette démarche** avec une orientation très forte dans le développement de téléservices diversifiés à utiliser prioritairement aux autres canaux de contact, notamment téléphoniques et physiques.

[319] **Cette orientation s'inscrit dans une tendance globale à l'augmentation continue des contacts entrants tous canaux confondus** : ainsi, la moyenne mensuelle des contacts tous canaux confondus est passée de 32,9 millions en 2018 à 56,4 millions en 2021, soit une hausse de 71,4%. La moyenne mensuelle est de 79,9 millions pour les trois premiers mois de l'année 2022<sup>213</sup>. Dans cette évolution, où l'utilisation du compte AMELI et de son application smartphone se développe de manière importante, le recours au téléphone prend une part croissante et connaît un ressaut d'usage conséquent depuis la crise sanitaire, mais aussi probablement du fait de l'intégration des TI au régime général<sup>214</sup> et de la gratuité des appels en application des dispositions de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un Etat au service d'une société de confiance (dite « loi ESSOC »). Au premier trimestre 2022, 46,3% des appels concernent les prestations en espèces.

<sup>213</sup> Source CNAM. Pour les accueils physiques, téléphoniques, avec ou sans rendez-vous, y compris les rendez-vous préparatoires, compte AMELI, application smartphone, mails, courriers, Amelibot

<sup>214</sup> Les TI ont un usage du téléphone plus élevé que les autres assurés. En 2021, la part de contactants parmi les TI reste supérieure à la part de contactants parmi la totalité des assurés pour les canaux téléphone et e-mail, mais l'écart de pratique diminue par rapport à 2020 : respectivement +8,3 et +6,4 points (versus +13 et +12,7 points en 2020). Source : baromètre de satisfaction des assurés 2021.

Graphique 6 : Evolution des contacts assurés par type de canal entre 2018 et 2022

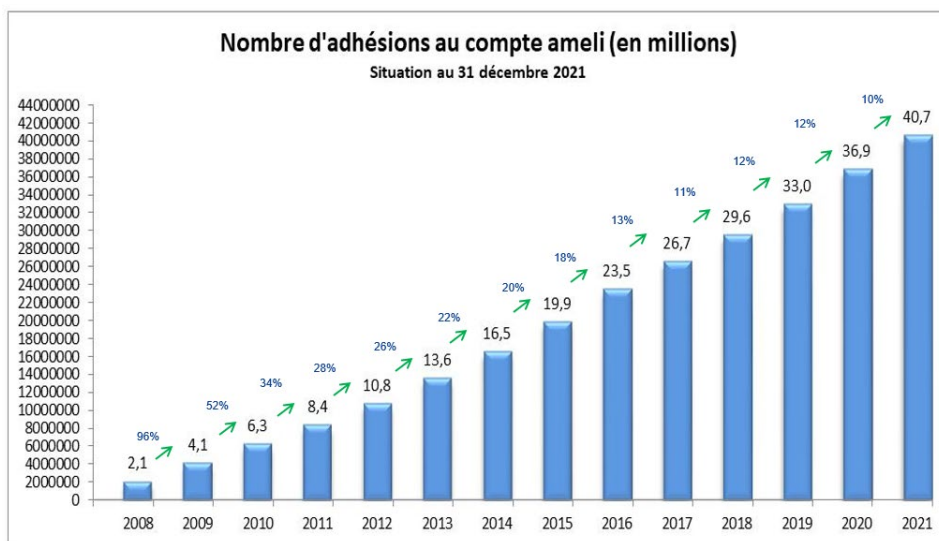


Source : CNAM

#### 4.4.1.1 Un fort développement de l’usage des téléservices, notamment du fait de la crise sanitaire, mais un moindre recours par les professionnels de santé

[320] A l’évidence, **les assurés se sont, ces dernières années, globalement approprié l’outil AMELI**, ce phénomène déjà à l’œuvre antérieurement à la crise, a été amplifié par cette dernière. Les adhésions au compte ont ainsi augmenté depuis 2018 de plus de 50 %, et font suite à celles qui ont été effectuées depuis 2008, date de création du compte :

Graphique 7 : Adhésions au compte AMELI en 2021



Source : CNAM - Portail Stats Caisses.

[321] 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. Dans certains départements, la part de l’utilisation du compte dans l’ensemble des canaux de contact avoisine les 90%.

[322] **Afin de promouvoir l’usage des services en ligne, et notamment du compte AMELI, la CNAM a développé les outils de marketing client.** Ainsi, la lettre-réseau LR-DDO-128/2020 du 17



septembre 2020 vise à promouvoir le « réflexe services en ligne », par l'activation de la part des CPAM de plusieurs leviers auprès des usagers, sans les contraindre<sup>215</sup>, pour tenir compte des difficultés des publics éloignés du numérique : une meilleure promotion des services en ligne, une meilleure connaissance de ces services par les agents du *front* et du *back office*, une organisation interne adaptée notamment via une nouvelle synergie entre *front* et *back office*, à terme une dissuasion des appels concernant les services présents sur AMELI. Les CPAM sont aidées dans cette démarche par différents livrables (information sur le téléservice, modèle de plan d'action...).

[323] **La caisse nationale a aussi mis en place en 2020 un chatbot « AMELIBOT »**, qui vise à répondre aux questions des assurés et à les orienter dans l'usage de leur compte AMELI pour ainsi éviter un contact téléphonique ou par mail. Le nombre de contacts entrant vers AMELIBOT est passé de 613 500 environ en moyenne mensuelle en 2020 à 6,2 millions en moyenne mensuelle en 2022<sup>216</sup>.

[324] **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, les éditeurs de logiciels intègrent de plus en plus dans leurs logiciels de gestion de cabinet un accès à un certain nombre de ces services. 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, à quasi 100%.

[325] 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 : certains téléservices, comme la déclaration médecin traitant, sont utilisés désormais à plus de 90%, alors que celui sur l'avis d'arrêt de travail ne l'est qu'à moins de 60%.

[326] **Pourtant, la dématérialisation des AAT par les médecins est devenue une obligation**<sup>217</sup>, et l'avenant 9 de la convention médicale prévoit que les professionnels de santé ne bénéficient du deuxième volet du forfait structure, que s'ils utilisent les différents téléservices (AAT, déclaration de médecin traitant, protocole de soins électronique...). Il paraît désormais opportun de faire de cette utilisation une condition du forfait structure lui-même.

[327] **Concernant les entreprises, la COG prévoyait que la CNAM mette spécifiquement en place une stratégie digitale en leur direction**, avec un co-pilotage branche maladie/branche ATMP. Etait notamment prévue la mise en place d'un bouquet de services adossés au portail Net-Entreprise, géré par le GIP MDS. Le bouquet de services dématérialisés s'est enrichi progressivement. Il concerne désormais notamment la déclaration des accidents du travail (e-DAT), le compte ATMP 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 maladie.

[328] **L'accompagnement des employeurs est assuré par un réseau de 360 conseillers informatique service (CIS), qui, tout au long de la COG, s'est développé et organisé**, avec la désignation de 22 managers régionaux référents ainsi qu'avec le déploiement outils facilitant le ciblage par les conseillers des entreprises pertinentes, la traçabilité des contacts et le pilotage de l'activité. Les CIS sont principalement chargés de la promotion des téléservices (en moyenne 400 000 entreprises contactées par an), de l'accompagnement des entreprises dans leur première utilisation

<sup>215</sup> Toutefois, un système repère les appels concernant des démarches ou demandes qui peuvent être résolues par l'utilisation des téléservices pour les classer moins prioritairement dans la liste des appels en attente de décroché.

<sup>216</sup> Moyenne effectuée à partir des trois premiers mois de l'année.

<sup>217</sup> Article L.161-35 CSS.

(50 000 accompagnements des entreprises par an) ainsi que dans l'amélioration de la qualité des flux DSN (en moyenne 40 000 contacts par an<sup>218</sup>).

[329] Le taux de dématérialisation des déclarations d'accidents du travail est, fin 2021, de près de 80% (79,60%) et a été systématiquement légèrement supérieur à la cible annuelle pendant toute la période. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, toutes les entreprises ont l'obligation d'adhérer au compte ATMP<sup>219</sup>, ce qui va finir de généraliser son utilisation.

[330] S'agissant des arrêts de travail<sup>220</sup>, entre 90 et 95 %<sup>221</sup> 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. 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 qualité de service et de la productivité.

#### 4.4.1.2 Un recentrage des autres canaux de contact en lien avec une évolution des attentes et besoins d'une partie des usagers

[331] **Comme l'a souligné l'IGAS dans son rapport relatif à l'inclusion numérique<sup>222</sup>, les canaux traditionnels restent indispensables :** « *Les usagers sont encore attachés à une pratique multicanale et favorisent l'utilisation de plusieurs canaux de prédilection* ». Ainsi, le recours au canal numérique doit être complété par l'usage d'un canal traditionnel, pour information et réassurance. La stratégie multicanale ne peut donc exclusivement être considérée comme ayant vocation à remplacer un canal de contact par un autre. En outre, le maintien de lieux d'accueil physique s'avère indispensable, compte tenu des difficultés d'une partie de la population, y compris jeune, face à l'usage du numérique et plus particulièrement des démarches administratives en ligne<sup>223</sup>.

[332] **La politique de contact de la CNAM sur les canaux physique et téléphonique, s'est centrée sur la prise de rendez-vous**, comme pour les autres branches du régime général. Elle permet de mieux maîtriser le flux des demandes et la charge des conseillers qui les animent, de filtrer les demandes en fonction de leur nature et de leur complexité, en prenant en compte les autres canaux de contact, notamment numériques, qui permettent de réaliser des démarches relativement simples. En complément, les rendez-vous physiques peuvent être précédés d'un rendez-vous téléphonique préparatoire qui permet de résoudre la question et éviter le rendez-vous physique dans 40 à 60% des cas. Selon la mission IGAS-IGF relative aux enjeux d'intérêt commun aux branches du régime général de la sécurité sociale, la part des rendez-vous préparatoires dans le total des rendez-vous planifiés n'est dans la branche maladie que de 41%, inférieur à la situation des autres branches.

[333] **La caisse nationale ne s'est toutefois pas orientée vers une politique du « tout rendez-vous »**. La visite spontanée en accueil conduit à une orientation vers des espaces libre services avec des bornes d'accès à AMELI, auxquelles l'assuré doit accéder de préférence de manière autonome, l'assistance d'un conseiller n'étant pas systématique et orientée vers le « faire avec » et non le « faire à la place de ». Ce positionnement, qui est pertinent pour une partie du public, doit pouvoir être

<sup>218</sup> Chiffres CNAM.

<sup>219</sup> Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

<sup>220</sup> Voir la partie IJ du présent rapport.

<sup>221</sup> Données 2021. Variations en fonction des mois de l'année.

<sup>222</sup> « Garantir un numérique inclusif : les réponses apportées par les opérateurs de la protection sociale ». Philippe Burnel, Julien Mejane et Adeline Rouzier-Deroubaix. Décembre 2019

<sup>223</sup> « On ne le sait pas toujours mais les moins de 25 ans sont plus en difficulté que le reste de la population pour réaliser des démarches administratives sur internet. En 2020, année de crise sanitaire, un quart des 18-24 ans indiquent avoir rencontré des difficultés pour réaliser seuls des démarches en ligne, c'est 14 points de plus que la moyenne. » Source : Rapport du Défenseur des Droits « Dématérialisation des services publics : trois ans après, où en est-on ? ». Année 2022.

assorti, comme le prévoit la stratégie d'inclusion numérique de la CNAM<sup>224</sup>, des mesures d'accompagnement nécessaires pour les personnes moins à l'aise avec le numérique, notamment dans le cadre de partenariats avec les MFS. La mission rejoint sur ce point la recommandation formulée par la mission relative aux enjeux d'intérêt commun aux branches du régime général de la sécurité sociale.

**Recommandation n°27** Structurer les partenariats d'accueil au niveau national (en particulier les MFS) et local (autres partenaires locaux) pour mieux articuler les actions en matière d'inclusion numérique et les réflexions sur les outils et les modes de contact à privilégier pour les publics fragiles.

[334] **S'agissant des mails et des appels téléphoniques, leur traitement est assuré par des plateformes, qui apportent une réponse de premier niveau.** La réponse experte (niveau 2) est réalisée soit sous la forme d'une orientation vers une prise de rendez-vous, soit par un transfert de la demande à un conseiller de *back office*, soit par une demande de rappel différé d'un gestionnaire conseil. Cette organisation permet d'assurer « un traitement de masse » des réponses aux contacts, d'optimiser l'utilisation des moyens humains (entre *back* et *front office*, et entre les niveaux local, régional et national), de réduire le délai de traitement des demandes, de maintenir un canal de contact humain immédiat et, plus généralement, d'assurer une réponse homogène de qualité. Les plateformes de services, qui font partie du processus de mutualisation, permettent aussi d'adapter la charge de travail entre les caisses : les plateformes téléphoniques assurés regroupent 52 caisses prenantes, celles pour les employeurs 17 et les plateformes médico-administratives 12. Par ailleurs, une plateforme téléphonique de délestage (quatre caisses prenantes) est intégrée au dispositif d'entraide. Le traitement des mails est assuré par les plateformes EPTICA (27 caisses prenantes), confortées depuis peu par des pôles d'appui.

#### 4.4.2 Une stratégie multicanale partiellement aboutie

[335] La crise sanitaire a profondément impacté la relation client : d'une part, sur le plan quantitatif, par le nombre de contacts entrants, et, d'autre part, sur le plan qualitatif, par la suspension puis la limitation des accueils physiques, par l'augmentation imposée, de fait, de l'usage des téléservices, qui s'est inscrite dans la durée, et par l'explosion des appels téléphoniques. La croissance tendancielle depuis le début de la COG des contacts entrants montre toutefois que la crise sanitaire n'a été qu'un facteur supplémentaire accentuant des difficultés existantes de la gestion de la relation clients, dans un contexte de crise de production de certaines prestations, en particulier les IJ. Cette croissance traduit ainsi le **déploiement d'une stratégie multicanale qui n'est pas encore totalement stabilisé.**

##### 4.4.2.1 Les services personnalisés en fonction des publics sont encore peu développés

[336] **La CNAM s'est engagée dans la COG à « Proposer une offre de service attentionnée prenant en compte les situations de vie et profils des assurés ».** Elle a ainsi mis en place en 2020 un parcours d'accompagnement des personnes en situation de fragilité numérique ainsi qu'un parcours à destination des jeunes sortant de l'aide sociale à l'enfance (ASE)<sup>225</sup>. En outre, a été mis à jour l'accompagnement à destination des personnes écrouées<sup>226</sup>, de même que l'offre de service pour les personnes entrant en invalidité.

<sup>224</sup> LR-DDO-20/2020 sur la démarche d'inclusion numérique.

<sup>225</sup> Il s'agit d'éviter les sorties « sèches », par le maintien de droits à la C2S et l'instauration de rendez-vous de sensibilisation.

<sup>226</sup> Lettre réseau LR DDO 123/2020.

[337] **La COG prévoit également la mise en place de parcours interbranche<sup>227</sup> correspondant à des situations de vie.** La CNAM a ainsi participé à la mise en place d'un parcours « naissance » sous l'égide de la CNAF, d'un parcours « perte d'un proche » en lien avec la CNAV, ainsi qu'au programme HELP piloté par l'ACOSS et visant à repérer les TI en difficulté sociale.

[338] **S'agissant du déploiement de parcours propres à la branche maladie, la caisse nationale a tenu ses engagements, même si le déploiement est encore récent et limité en termes de publics ciblés. Les mises en place sont en revanche encore plus limitées en interbranche,** comme l'a souligné le rapport IGAS-IGF mentionné ci-dessus : ils sont limités à certains événements de vie (même s'ils n'ont pas vocation à intégrer l'ensemble des assurés) et ne sont mentionnés que dans la COG de la branche « pilote » du parcours, alors même que la valeur ajoutée en terme de qualité de service à l'utilisateur s'avère importante. Par ailleurs, leur déploiement est encore contraint par les partages de données : soit ils ne sont pas juridiquement possibles et supposent donc des évolutions législatives, soit les outils juridiques ne sont pas connus, soit techniquement les systèmes d'information ne sont pas adaptés.

[339] S'agissant des parcours d'accès aux droits des usagers, la mission rejoint les recommandations de la mission IGAS-IGF précitée.

**Recommandation n°28** Veiller à l'effectivité des parcours usagers d'accès aux droits mis en place en interbranche et à leur bonne articulation entre eux et avec les partenaires extérieurs.

**Recommandation n°29** Clarifier le régime juridique applicable aux échanges de données entre les branches du régime général et publier le décret d'application de l'article 82 de la LFSS 2021 relatif au renforcement du ciblage des allocataires en autorisant l'usage du dispositif de ressources mensuelles (DRM) à des fins de *datamining*.

#### 4.4.2.2 Des plateformes de services qui atteignent leurs limites, avec une qualité de service qui se dégrade

[340] Ces plateformes n'ont pas, malgré leurs avantages, réussi à traiter les flux croissants de contacts et leur fonctionnement reste dégradé : faible diversification des activités des téléopérateurs, qui ont des tâches répétitives, incapacité à aller au-delà de réponses de niveau un, perspectives de parcours/carrière limitées, incidences négatives sur la productivité et à la qualité du service rendu, *turn over* élevé associé à un recours à des CDD. La CNAM considère que les renforts temporaires à partir de 2020 sous forme de CDD et d'intérimaires n'ont pas réussi à compenser la hausse du volume des appels qui par ailleurs se complexifient. Elle estime que 500 personnes formées auraient été nécessaires en janvier 2022 pour atteindre un taux de décroché de 80%. Elle a identifié un cercle vicieux de la gestion des mails et des appels téléphoniques à enrayer.

---

<sup>227</sup> « L'Assurance maladie et la branche risques professionnels développeront de nouveaux parcours attentionnés, c'est à dire une offre de service complète, dédiée à certaines situations de vie. Ces nouveaux parcours seront élaborés en s'appuyant notamment sur des études marketing approfondies des usagers qui sollicitent les caisses, afin d'identifier des « catégories » d'usagers qui présentent des besoins similaires, et les meilleurs outils permettant d'y répondre ».

Schéma 2 : Cercle vicieux de la gestion des mails et des appels téléphoniques



Source : CNAM. PPT « Stratégie Multicanal : situation et perspectives. Réunion Cnam/DSS. 10 mai 2022

[341] **Dès lors, les résultats attendus ne sont pas atteints pendant la COG** : le taux d'appels aboutis n'atteint pas la cible fixée pour chacune des années de la COG, soit 90%, à l'exception de l'année 2018 (90,2%). Il est même en dégradation constante pour atteindre 71,5% en 2021. S'agissant du taux de courriels traités dans le délai de 48h, la cible de 80% fixée par la COG n'a jamais été atteinte, mais tend à s'améliorer légèrement depuis 2019, se situant à 71,1% en 2021.

[342] La CNAM fait globalement le bilan suivant en mai 2022 : des demandes simples qui engorgent les canaux traditionnels (24% des demandes simples du compte AMELI sont encore traitées au téléphone) ; le développement de l'usage du compte AMELI reste encore, dans certains cas, insuffisant, avec une promotion inégale ; le taux de résolution au premier contact est en dégradation, les flux restent concentrés sur le téléphone et l'email.

[343] S'agissant du public employeur, la COG a prévu le déploiement de 13 plateformes multicanal, gérant à la fois l'activité téléphone et l'activité mail. En 2020, la caisse nationale a mis un terme aux travaux relatifs à la messagerie sécurisée avec les employeurs, considérant que d'autres technologies répondaient plus à leurs besoins, d'une part des téléservices dédiés de dépôts de pièces en lien avec les nouveaux outils de production ou de gestion de la relation clients et, d'autre part, une amélioration du parcours appelant sur le 3679 (déploiement du langage naturel pour différencier les modes de prise en charge en fonction des motifs d'appels). Les plateformes employeurs sont dès lors uniquement téléphoniques et gèrent depuis 2021 les appels entrants des employeurs pour les deux branches maladie et ATMP.

#### 4.4.2.3 Une satisfaction des usagers qui reste dès lors très modérée, surtout de la part des assurés

[344] Le taux cible de satisfaction globale des **assurés** (soit 93% pour chaque année) n'a pas été atteint en 2020 (86,68%) ni en 2021 (86,64%), il était de 94,4% en 2018 et 94,6% en 2019. La situation est encore plus dégradée pour le taux de satisfaction par canal de contact : il se situe à

61,54% en 2021, presque au même niveau qu'en 2020, pour une cible à 81,5 %. En outre, le taux de répétition des contacts, qui est un des éléments traduisant cette insatisfaction, a augmenté entre 2019 et 2020 (passant de 15 à 18%), avant de baisser en 2021 (16,22%). La mission note en outre qu'aucune cible n'a été fixée à cet indicateur dans la COG.

[345] S'agissant des **professionnels de santé**, le taux de satisfaction est croissant et dépasse la cible<sup>228</sup> sur les trois premières années de la COG (respectivement 90,2%, 91,03%, 92,55%) et baisse, en deçà de la cible, en 2021 (85,2%).

[346] Concernant les **employeurs**, le taux de satisfaction globale est un peu en deçà des cibles fixées, mais globalement sur une tendance légèrement croissante. La satisfaction sur le canal téléphonique est la moins élevée et en baisse en 2020 et 2021 (respectivement 72,1% et 70%)<sup>229</sup>.

#### 4.4.3 Des nouvelles pratiques à développer au service d'une amélioration de la relation clients

[347] La CNAM a défini au premier semestre 2022 un plan d'actions en six axes<sup>230</sup> :

- Promouvoir et faire adhérer au compte AMELI à des moments clés (jeunes, maternité, mutation) ;
- Accroître l'usage du compte pour les assurés à l'aise avec le numérique (accroissement du « réflexe service en ligne », mise en place d'un dispositif de dépôt de pièces) ;
- Miser sur la qualité de la réponse téléphonique et par mail (usage du chatbot, réponse conclusive dès le niveau un pour limiter le transfert au service de *back office*) ;
- Renforcer les ressources email par le déploiement de pôles d'appui EPTICA<sup>231</sup> ;
- Dans les accueils physiques, développer l'autonomie numérique, les appels téléphoniques préparatoires au rendez-vous et assurer une offre de service de qualité pour certains assurés et situations ;
- Déployer les rendez-vous téléphoniques (en proposant d'ici la fin de l'année 2022 aux assurés dans le compte AMELI web la prise de rendez-vous téléphoniques sur tous les motifs et en 2023 sur l'application AMELI) ;

[348] La mission considère que ce plan d'action, qui fait l'objet d'une animation active au sein du réseau par le siège, va dans le bon sens. Son déploiement opérationnel dans les caisses mérite toutefois de faire l'objet, au regard de la situation dégradée de la qualité de service en fin de COG et de l'enjeu d'accessibilité pour les assurés, d'un suivi particulier dans la prochaine COG. Ce suivi devra être associé à des indicateurs qualitatifs et quantitatifs de suivi et des cibles exigeantes en termes de qualité de service.

[349] **Au-delà, la mission considère que l'accent devrait être mis en particulier sur les orientations développées ci-après lors de la prochaine COG.**

<sup>228</sup> 2018 : 86% ; 2019 : 86,5% ; 2020 : 87% ; 2021 : 87,5% et 2022 : 88%.

<sup>229</sup> Source CNAM. Bilan COG 2021. Réunion du 8 juillet 2022.

<sup>230</sup> Source CNAM. PPT « Stratégie Multicanal : situation et perspectives. Réunion Cnam/DSS. 10 mai 2022

<sup>231</sup> Il s'agit d'équipes rattachées à une CPAM qui traitent les mails des assurés relevant de cette caisse et délestent les plateaux mutualisés ; sept projets en cours de préparation pour un déploiement d'ici la fin de l'année 2022.

#### 4.4.3.1 Structurer l'approche personnalisée par public

[350] La mission a montré précédemment que les parcours personnalisés par type de public étaient encore peu développés et méritaient un renforcement, de préférence construits dès le départ en interbranche. En complément, certaines branches, et notamment la branche famille, ont développé des « rendez-vous des droits » qui permettent de réaliser un bilan des droits ouverts, y compris dans d'autres branches, et une ouverture de droits relevant de la branche famille lors du rendez-vous, si la situation de l'assuré le nécessite. Ces rendez-vous ont été élargis à Pôle Emploi. La mission recommande que la branche maladie mette en place ce type de démarche pour renforcer son offre de service d'accompagnement personnalisé, ou s'associe aux rendez-vous pilotés par la branche famille, dans une logique interbranche, comme le recommande la mission IGAS-IGF précitée. Ces démarches pourraient être basées sur un ciblage des publics par l'utilisation de datamining ou des systèmes d'information tels que la déclaration de ressources mensuelles (DRM) ou le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS).

#### 4.4.3.2 Assurer une réponse de qualité en renforçant l'intégration des services du *front* et du *back office*

[351] Le déploiement d'une stratégie multicanale intégrée doit s'appuyer sur une intégration plus forte des fonctions de *front office* et de *back office*. Cette intégration répond à la fois à un enjeu de qualité de service (une réponse de qualité plus immédiate) et de ressources humaines (diversification des tâches des agents du *front office*, attractivité des fonctions). Plusieurs pistes peuvent être examinées, allant dans le sens d'une diversification des fonctions des agents du *front* et du *back office*, ou uniquement des agents du *front office*. Cette seconde option, qui aboutit à la création de *middle office*, telle que mise en place dans certaines branches, offre des perspectives d'attractivité pour les agents et d'amélioration de la satisfaction des usagers. Elle apporte en outre de la souplesse pour faire face à des pics de charge en *front* comme en *back office*. La mission recommande, quelle que soit la solution retenue, de faire de cette démarche un axe prioritaire du déploiement de la stratégie multicanale et un engagement dans la prochaine COG.

#### 4.4.3.3 Mettre en place des réponses pour les assurés les plus éloignés du numérique et des démarches administratives afin d'éviter le non recours

[352] Le virage numérique de l'assurance maladie doit aller de pair avec une démarche active d'accompagnement des assurés les plus éloignés du numérique et des démarches administratives, pour éviter des risques de décrochage dans l'accès aux droits. La stratégie d'inclusion numérique amorcée lors de la présente COG doit être poursuivie en interne (à travers le rôle des MAS, les ateliers en CPAM, les outils de traduction pour les usagers non francophones<sup>232</sup>). Elle doit aussi s'inscrire dans les partenariats locaux existants en matière d'inclusion numérique (MFS mais aussi structures associatives à vocation sociale), dans le cadre d'une stratégie territoriale structurée. Cette stratégie doit associer les usagers et les associations à vocation sociale. Dans ce cadre, les rendez-vous collectifs, tels qu'ils avaient été mis en place pour les demandeurs d'aide médicale de l'Etat (AME), serait de nature à fluidifier l'accès aux droits.

---

<sup>232</sup> Le système « pocketalk » donne satisfaction à moindre coût en optimisant tous les traducteurs en ligne sur des thématiques santé.

**Recommandation n°30** Organiser dès le début de la prochaine COG, un suivi du plan de déploiement de la nouvelle stratégie multicanale, avec des indicateurs de suivi quantitatifs et qualitatifs et des cibles de résultat exigeantes (en particulier sur le rapprochement des services du front et back office), afin de faire face à la dégradation de la relation clients.

**Recommandation n°31** Mettre en place des réponses adaptées aux assurés les plus éloignés du numérique et des démarches administratives afin d'éviter le non recours aux droits. Travailler avec l'Etat à des mesures visant à réduire le non recours aux prestations et dispositifs d'accès aux soins (en particulier C2S et 100% santé) et les évaluer.

## 4.5 Malgré des avancées, des retards dans le champ des systèmes d'information préjudiciables à la qualité de service et à l'efficience

### 4.5.1 La dette applicative

[353] La CNAM s'est dotée d'un **schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) 2018-2022**, outil de pilotage des orientations stratégiques du système d'information de la caisse pour la période de la COG. Ces orientations découlent elles-mêmes à la fois des objectifs fixés dans la COG et des éléments figurant dans le schéma stratégique des systèmes d'information pour la sécurité sociale (SSSI)<sup>233</sup>.

[354] La CNAM, avec son SDSI, voulait accélérer la résorption de sa dette applicative<sup>234</sup>, avec la refonte ou le remplacement de la plupart de ses applications « cœur de métier ». Force est de constater que les objectifs que s'était assignée la CNAM n'ont pas pu être tenus en la matière.

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

[356] 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 COVID<sup>235</sup> d'une part, ainsi qu'à la création, en cours de COG, de l'Espace numérique en santé d'autre part, **ces projets structurants ont vu leur calendrier différé et ne sont prévus pour être opérationnels, pour la grande majorité<sup>236</sup>, qu'à l'horizon de la prochaine COG, voire au-delà.**

<sup>233</sup> Le SSSI prévoit notamment l'automatisation des processus métiers, la relation 360° à l'utilisateur avec la fluidification du parcours usagers (télé-services, inclusion numérique...), la modernisation des outils internes (modernisation de la fonction support SI) et la transformation des organisations avec la promotion de l'innovation et du digital.

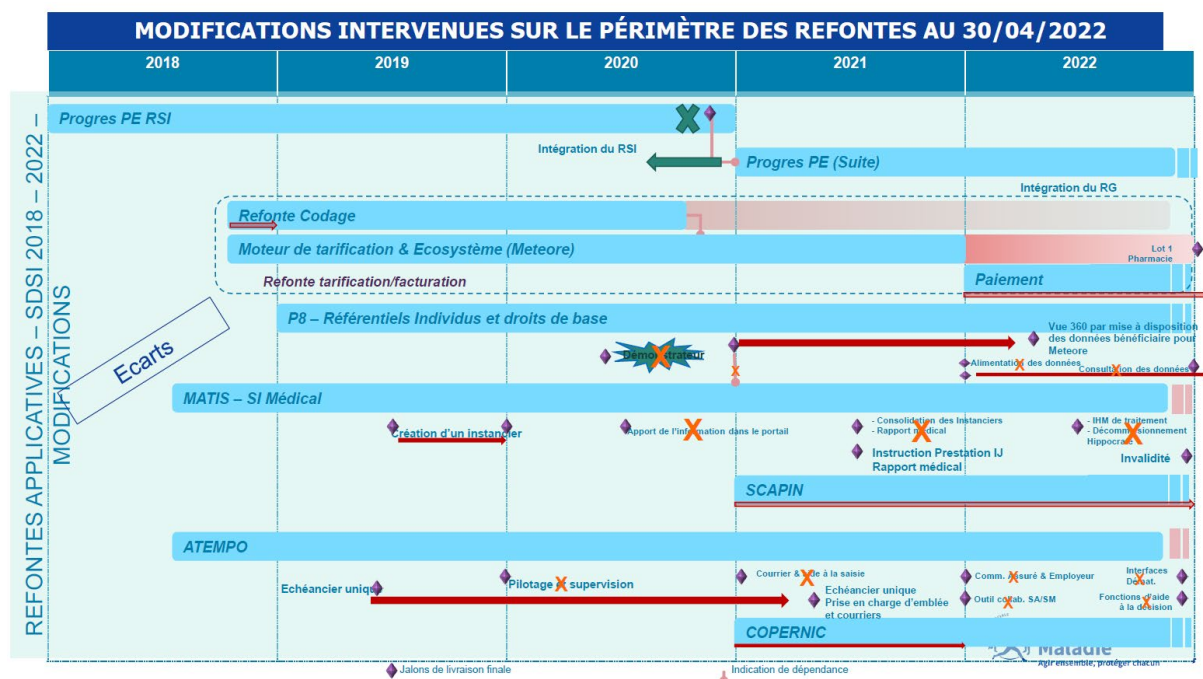
<sup>234</sup> Selon l'association CIGREF, qui regroupe les grandes entreprises et administrations publiques dans le domaine du numérique, la dette IT constitue l'écart entre l'existant et la cible, c'est-à-dire l'état de l'art des composants du SI visé (code, logiciel, infrastructure, matériels informatiques, compétences...). La dette IT, qui se décompose en dette applicative, dette technique et dette fonctionnelle, a vocation à être corrigée et résorbée. L'obsolescence IT a vocation à être entièrement décommissionnée (cf. le document Pilotage de la dette et de l'obsolescence IT, mai 2021). On utilisera ici le terme « dette » y compris en cas d'obsolescence.

<sup>235</sup> Voir la partie du présent rapport sur la crise sanitaire.

<sup>236</sup> Matis, Scapin, Copernic, SIRH, Indigo, Progrès devenu Arpège, le Programme 3, Atempo...



Tableau 14 : Mise en œuvre effective des refontes des applicatifs fin avril 2022



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

[357] Certes, la part allouée aux refontes<sup>237</sup> au sein du budget SI (en jours/homme) a significativement augmenté en cours de période, en proportion du budget total (de 4,2% en 2018 à 11,6% en 2022) et en valeur absolue, avec une forte hausse à partir de 2021, mais elle demeure limitée :

Tableau 15 : Répartition et évolution de la roadmap SI 2018-2022 (en jours-homme)

| SDSI+ENS        | 2018           | 2019           | 2020           | 2021           | 2022           | 2018-2022      |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Dette technique | 6 948          | 13 726         | 15 689         | 16 570         | 25 517         | 78 449         |
| Projets         | 111 608        | 106 971        | 98 917         | 96 309         | 97 633         | 511 439        |
| Maintenances    | 47 220         | 49 417         | 46 991         | 52 245         | 50 919         | 246 792        |
| <b>Refontes</b> | <b>7 200</b>   | <b>12 229</b>  | <b>15 332</b>  | <b>20 205</b>  | <b>22 930</b>  | <b>77 896</b>  |
| <b>Total</b>    | <b>172 976</b> | <b>182 343</b> | <b>176 930</b> | <b>185 329</b> | <b>197 000</b> | <b>914 577</b> |

Source : CNAM

[358] Or ces nouveaux applicatifs, ou applicatifs refondus, devaient apporter de nombreuses avancées en termes d'optimisation de gestion et de sécurisation des données : accès et visualisation, voire injections de données automatisées provenant de partenaires extérieurs (DGFIP, ministère de l'intérieur, DSN...), interopérabilité (avec les SI des hôpitaux par exemple), systématisation des contrôles par automatisation avant paiement, pilotage de bout en bout des processus, facilitation des requêtes, automatisation d'envois... Une grande partie de ces nouveaux développements ont dû être reportés et ne seront, selon les différents outils, disponibles qu'au mieux en 2023 ou 2024, voire en 2025.

<sup>237</sup> Une refonte applicative est la modernisation d'un outil existant, versus un projet qui est nouveau.

[359] **Le manque de visibilité sur le calendrier à venir et sur les gains d'efficience attendus des projets informatiques est préjudiciable aux CPAM et DRSM.** L'incertitude sur le niveau de financement, dans le cadre de la prochaine COG, des projets SI et la fin du SDSI actuel conduisent les services de la CNAM à ne pas proposer à ce stade calendrier plus précis des projets qui ont été prévus dans le SDSI précédent et qui restent à mettre en œuvre, en tout ou partie.

[360] **Or les CPAM et DRSM sont à la fois dans une forte attente de ces informations, afin de calibrer au mieux leurs équipes en fonction des gains de productivité induits par ces outils, et inquiètes des répercussions possibles sur leur organisation lors de leur mise en production :** dans certains cas d'implémentation de SI, elles auraient, selon des témoignages recueillis par la mission, perdu 30 à 50% de leur productivité pendant plusieurs mois. Elles ont besoin d'éléments d'information suffisamment en amont pour pouvoir anticiper les effets de ces changements.

**Recommandation n°32** Dans le cadre d'un prochain schéma directeur des systèmes d'information, donner la priorité aux outils de gestion pour enfin combler la dette applicative et fournir toutes les informations nécessaires au réseau en amont.

#### 4.5.2 La dette technique

[361] Ces applications ne peuvent être opérationnelles de manière satisfaisante et sécurisée si le socle technique n'est plus adapté et devient obsolète. **Une telle dette technique engendre des risques de sécurité (par exemple une faille non traitée), des risques de panne, des coûts d'évolution et de maintenance de plus en plus importants, voire le risque de rupture de service** lorsque la maintenance de l'outil n'est plus assurée par le fournisseur.

[362] Dès 2015, les risques de problèmes liés à la dette technique accumulée par la CNAM étaient déjà bien identifiés, et malgré la volonté de la CNAM de la résorber au plus vite dans le cadre des *roadmaps* 2016-2017, la situation avait conduit la mission IGAS d'évaluation de la COG 2014-2017<sup>238</sup> à recommander de prioriser les projets informatiques de modernisation de processus et de résorption de la dette technique.

[363] La COG 2018-2022 évoque ainsi la « Rénovation des composants d'infrastructure et des socles techniques obsolètes », avec comme engagement de la CNAM la « Réduction de la dette technique selon les objectifs fixés dans le cadre de la *roadmap* annuelle sur la gestion de l'obsolescence technique ». Le SDSI 2018-2022 reprend, parmi ses axes stratégiques de transformation, la réduction de la dette technique et la modernisation des socles, avec le remplacement des matériels et logiciels obsolètes (par exemple système d'exploitation, bases de données, stockage), le déploiement de nouveaux socles technologiques définis comme des standards (choix technologiques *open source*), et une prise en compte plus régulière des évolutions techniques (montée de version des composants...).

[364] La présente mission n'étant pas dotée en son sein d'expertise technique informatique, elle n'a pu traiter la question de la résorption de cette dette. Elle s'est limitée à noter deux points :

- La CNAM considère que, pour ses principaux chantiers, ses objectifs ont été partiellement atteints : 11 sur 13 d'entre eux ont été, selon la caisse, mis en production avec une migration technique. Elle estime à 84%, fin 2021, l'atteinte des objectifs fixés, sachant que la crise sanitaire l'a conduite, en juillet 2020, à revoir sa feuille de route, avec notamment le report de deux importants décommissionnements, à fin 2023 concernant l'un, et à 2024-2025 concernant l'autre.

<sup>238</sup> Rapport 2017-008R.

- Selon le CIGREF, le budget attribué à la réduction de la dette IT doit être clairement identifié et « sanctuarisé ». L'association reprend un ordre de grandeur proposé par l'entreprise de conseil Gartner, selon laquelle 14 à 15% des crédits SI devraient être destinés à la résorption de la dette technique. **Or les budgets alloués à la dette technique dans le cadre du SDSI 2018-2022 (en jours/homme) n'ont globalement atteint que 9 % du budget SI de l'assurance maladie, même si cette proportion a augmenté significativement en cours de période, passant de 4% en 2018 à 7% (2019), 9% (2020 et 2021) puis 13% en 2022.**

**Recommandation n°33** Conserver un objectif lié à la résorption de la dette technique, et sanctuariser dans le cadre du prochain SDSI les crédits qui lui sont dédiés, autour de 15%.

[365] **Enfin, concernant l'externalisation de ses différents projets SI** figurant au SDSI, la mission constate que la part du recours à des prestataires extérieurs oscille entre 55% et 65% selon les années, ce qui peut présenter des risques en termes de maîtrise des projets. La mission n'est pas en mesure d'expertiser le périmètre de cette externalisation ni le niveau de risque sur le plan de la capacité de pilotage par la CNAM de ses projets informatiques, mais appelle à la vigilance sur ce point pour les années à venir.

[366] Par ailleurs, la mission considère qu'un travail interbranche sur la question de l'adéquation entre les charges et les moyens en matière de SI mérite d'être mené sous l'égide de la DSS.

Tableau 16 : Taux de recours aux prestations extérieures (en jours/homme) 2018-2022

|  | 2018           |            | 2019           |            | 2020           |            | 2021           |            | 2022           |            |
|--|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|
|  | Total          | Taux Ext.  | Total          | Taux Ext.  | Total          | Taux Ext.  | Total          | Taux Ext.  | Total          | Taux Ext.  |
|  | (en jh)        | (en %)     | (en jh)        | (en %)     | (en jh)        | (en %)     | (en jh)        | (en %)     | (en jh)        | (en %)     |
| <b>Total fabrication</b><br>(SDSI + ENS) | <b>172 975</b> | <b>63%</b> | <b>182 344</b> | <b>64%</b> | <b>176 930</b> | <b>57%</b> | <b>185 329</b> | <b>55%</b> | <b>197 000</b> | <b>59%</b> |
| <b>Transverse</b>                        | 103 975        | 33%        | 111 032        | 37%        | 112 867        | 29%        | 128 430        | 37%        | 126 831        | 37%        |
| <b>Total DDSI</b>                        | <b>276 949</b> | <b>52%</b> | <b>293 376</b> | <b>54%</b> | <b>290 846</b> | <b>46%</b> | <b>319 005</b> | <b>49%</b> | <b>331 228</b> | <b>51%</b> |

Source : CNAM

**Recommandation n°34** Conduire un audit sur la fonction SI, si possible en interbranche, notamment sur l'adéquation charges/moyens et le niveau d'externalisation pour sécuriser sa contribution à l'activité des branches et aux enjeux des prochaines COG.

#### 4.6 L'amplification par la crise des difficultés structurelles de gestion des indemnités journalières constitue le principal point de faiblesse dans la mise en œuvre de la COG

[367] La gestion des IJ<sup>239</sup> constitue un processus lourd et sensible dans l'activité de l'assurance maladie. Cette importance a été amplifiée sur la durée de la présente COG du fait de l'explosion du nombre d'IJ du fait de la crise sanitaire et d'une embolie du processus de gestion qui pèse fortement

<sup>239</sup> Un assuré, considéré par un médecin comme inapte à exercer son activité professionnelle en raison de son état de santé, du fait d'une maladie, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou dans le cadre d'un congé de maladie/maternité/paternité, bénéficie d'un arrêt de travail lui ouvrant droit au versement d'une (IJ en substitution d'une partie de son salaire. 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. Ce revenu peut être, selon le choix de l'employeur, versé directement par lui à l'assuré (IJ subrogées) ou versé par l'assurance maladie (IJ non subrogées).

sur les assurés et dont les impacts risquent de se prolonger sur le début de la prochaine COG. Conformément à la lettre de mission, la mission a produit une analyse approfondie du pilotage et de la gestion des IJ non subrogées et des propositions permettant d'en améliorer la gestion qui sont développées dans l'annexe dédiée et dont les éléments clefs sont repris ci-après.

#### 4.6.1 Un processus stratégique pour l'assurance maladie avec un enjeu majeur de délais de paiement pour les assurés les plus fragiles

##### 4.6.1.1 Une croissance continue des flux gérés amplifiée par l'intégration des travailleurs indépendants et surtout par la crise

[368] Au cours de la COG, l'augmentation du nombre d'IJ a été la conséquence de trois facteurs :

- **Un tendancier à la hausse en volume et en prix observé sur plusieurs années.**

[369] **L'augmentation des IJ a été à 2% en moyenne par an, tous motifs pris en compte, de 2014 (8,05 millions) à 2019 (8,9 millions)**<sup>240</sup>, avec une progression légèrement plus forte entre 2014 et 2017 qu'entre 2017 et 2019. On relèvera par ailleurs que les trois catégories d'IJ ne représentent pas le même poids et ne présentent pas le même profil d'évolution. Ainsi :

- Les congés maternité/paternité/adoption, 630 000 arrêts en 2019, représentent 7% du total et présentent un profil très stable ;
- Les ATMP, 1,09 millions d'arrêts en 2019, représentent 12,2% du total et ont augmenté de 1,64% par an en moyenne sur la période ;
- Les arrêts maladie, 7,18 millions d'arrêts en 2019, représentent 80% du total et présentent le profil le plus dynamique sur la période, + 2,27% par an en moyenne.

[370] Cet effet volume se double par ailleurs, s'agissant des arrêts maladie, d'un effet prix, encore plus sensible (+ 4,3% en moyenne par an de 2014 à 2019). Dans ces conditions, l'enjeu de la maîtrise des IJ est d'autant plus essentiel pour l'assurance maladie.

- **La prise en charge des arrêts des TI**

[3] L'intégration des TI au régime général s'est traduite par une augmentation de 2 à 2,5% du montant total des IJ gérées par l'assurance maladie, ce qui représente depuis 2020 un apport d'environ 200 000 IJ par an.

- **La croissance très importante des IJ pendant la crise, accompagnée de la mise en place d'un dispositif dérogatoire**

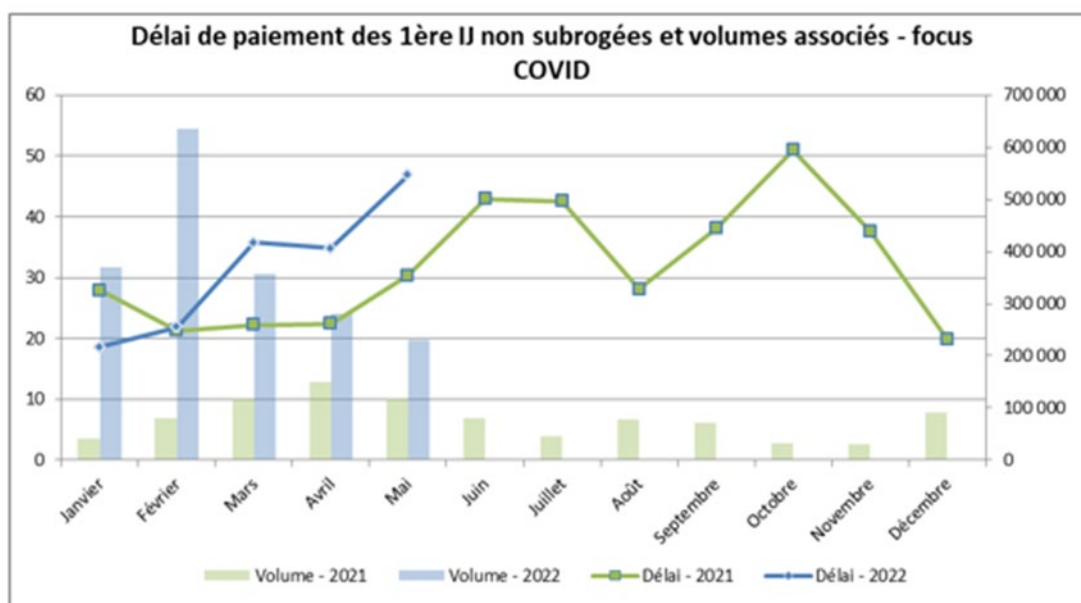
[371] A partir du printemps 2020, un nouveau type d'IJ, désigné comme « IJ dérogatoires » dans le présent rapport, a été créé pour indemniser les personnes devant s'isoler car infectées ou cas contact ou devant réaliser un test, ainsi que pour la garde d'enfants en cas de fermeture de leurs structures d'accueil (écoles ou crèches).

---

<sup>240</sup> Afin d'analyser l'impact de la crise sanitaire de manière différenciée, la mission a mesuré l'évolution tendancielle au cours des cinq années ayant précédé le déclenchement de l'épidémie et l'apparition des IJ liées au COVID.

[372] Le volume de ces IJ a fluctué en lien avec les différentes séquences de l'épidémie. **12 millions d'arrêts liés au COVID ont été enregistrés entre mars 2020 et février 2022, avec un pic très important depuis le début de l'année 2022**, entraînant des conséquences exceptionnelles en termes de gestion pour la suite de l'année 2022 (cf. le graphique ci-dessous). Au total, les IJ dérogatoires 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. Dans ce contexte, les délais de traitement des IJ dérogatoires ont presque doublé, pour passer de 20 jours en février 2022 à 38 jours en mars.

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



Source : CNAM

[373] La réglementation relative aux IJ a été adaptée pour faciliter l'indemnisation des arrêts d'activité liés au COVID.

Les dérogations prises par rapport à l'indemnisation de droit commun des arrêts de travail sont les suivantes : absence de délai de carence, absence de vérification des conditions d'ouverture de droits, absence de prise en compte dans le calcul de la durée totale de versement des IJ pour toutes les catégories d'assurés, déclaration via un télé-service 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 et le délai de paiement des indemnités reste dépendant de la consolidation des éléments de rémunération.

#### 4.6.1.2 Une réglementation complexe et des systèmes d'information peu performants...

[374] La complexité de la réglementation, qui conduit à une perte de lisibilité pour les acteurs comme pour les bénéficiaires, procède principalement de trois facteurs :

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

[375] **Au sein du régime général, les trois risques couverts obéissent chacun à des dispositions différentes sur les différents paramètres de calcul des IJ**<sup>241</sup>. Si la diversité de la réglementation répond à un souhait légitime de tenir compte de la spécificité des situations, elle a des conséquences en termes de complexité juridique, de lisibilité pour les assurés et de lourdeur de gestion pour les services de l'assurance maladie.

[376] **La complexité de l'architecture générale est accentuée par les dispositions spécifiques qui régissent la couverture des non-salariés**. Le calcul de leurs IJ 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 ; une indemnisation forfaitaire prévaut pour la maternité, la paternité et l'adoption.

[377] **Enfin, 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 IJ 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.

- **Une application métiers, PROGRES, qui n'est plus adaptée aux exigences d'une gestion efficiente des IJ, en cours de remplacement par l'outil ARPEGE, mis en place pour les TI, et ayant vocation à être utilisé pour les travailleurs salariés**<sup>242</sup>.

[378] PROGRES nécessite une rénovation profonde compte tenu de ses multiples difficultés : une maintenabilité délicate sur les fonctionnalités existantes du fait de son obsolescence, des difficultés à intégrer des extensions de périmètre réglementaire, une évolutivité difficile des règles de gestion en particulier dans l'optique de processus et de contrôles automatisés, des fonctions liées apportant une trop grande complexité, des limites en termes de volumétrie absorbable.

[379] Par ailleurs, selon les interlocuteurs des CPAM que la mission a pu rencontrer, un technicien assurant la gestion des IJ 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. Cette situation a pour conséquence des pertes très importantes de productivité.

#### 4.6.1.3 ... qui ont contribué à alourdir la gestion du processus et à dégrader le service aux assurés

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

[380] La gestion des IJ était un des processus les plus consommateurs de ressources au sein des caisses, avant même le déclenchement de la crise sanitaire. Cela a été considérablement amplifié par la crise à un double titre :

<sup>241</sup> Les conditions d'ouverture des droits, le salaire journalier pris en compte, le mécanisme des majorations de l'indemnité, la durée de versement. Les indemnités versées dépendent par ailleurs de la durée de l'arrêt et de la nature de la maladie.

<sup>242</sup> Cf. aussi les développements suivants sur ARPEGE.

- Les ressources affectées au traitement des IJ proprement dit sont passées de 3 587 ETP en 2019 (incluant les effectifs dédiés aux IJ ATMP) à 3 970 ETP en 2021.
- On peut estimer à 980 ETP les effectifs des plateformes téléphoniques assurés (PFS) et de traitement des mails mobilisés pour traiter les demandes relatives aux IJ (évaluées à 25% du total des contacts en 2019 avant même la crise qui a encore renforcé cette part).

[381] En dépit des renforts d'effectifs et de l'amélioration de la productivité du processus (+ 11,5 % entre 2017 et 2021), l'augmentation de la volumétrie des arrêts prescrits a été telle qu'elle a entraîné une détérioration des délais moyens de liquidation des IJ. **Pour éviter une dégradation plus importante du traitement des indemnités, la CNAM et son réseau ont priorisé l'affectation des ressources sur ce processus par différents moyens :**

- Les CPAM ont localement adapté leurs organisations, dans le cadre des plans de continuité d'activité, sous forme par exemple de *task forces* internes ;
- Elles ont été aidées par le dispositif PHARE, sensiblement renforcé sur le processus de traitement des IJ. Le nombre de plateaux dédiés aux IJ est passé de trois à sept entre 2018 et 2021 rassemblant 145 ETP soit la moitié des effectifs de PHARE ;
- La mise en place de *task force* IJ sous forme de moyens temporaires (CDD et intérim) mobilisés dans le cadre de plateaux d'entraide nationale confiés à certaines caisses, et dont le niveau est passé de 170 ETP au premier semestre 2022 à 240 au second.

● **Une qualité de service très fortement dégradée et imparfaitement mesurée**

[382] La nature de revenus de remplacement des IJ suppose que le versement aux assurés soit réalisé dans les délais les plus optimisés possibles. La qualité du service des IJ se mesure dans la COG par le délai moyen de paiement de la 1<sup>ère</sup> IJ non subrogée.

[383] Au cours des quatre premières années de la COG, le délai moyen a oscillé dans un espace compris entre 30,04 et 31,2 jours. **Or, la dégradation des résultats depuis le début de l'année 2022, sous l'effet de la vague OMICRON, a été extrêmement brutale. Le pic de la dégradation a été atteint début juin 2022 avec un délai moyen de règlement de 43,71 jours et une différenciation particulièrement forte entre les IJ non dérogoires (37,8 j) et les IJ dérogoires (64,5).**

[384] L'indicateur de suivi retenu dans la COG est toutefois très imparfait pour mesurer la réalité des délais de paiement des IJ et de leur impact sur la situation des assurés les plus fragiles car, comme toute moyenne, il ne rend pas compte de l'évolution des derniers déciles. **Pourtant, la forte sensibilité sociale de cette prestation justifie qu'une attention particulière soit accordée aux IJ versées le plus tardivement.** La mission n'a pu obtenir de l'assurance maladie que des données partielles. Celles-ci illustrent toutefois l'intérêt d'un suivi plus ciblé de ce paramètre, comme pour d'autres prestations<sup>243</sup>.

A 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 dans 75 caisses ;

<sup>243</sup> Pour la C2S, l'indicateur COG est celui des délais de traitement pour le 9<sup>ème</sup> décile.

Entre le mois de mars 2021 et le mois de mai 2022 : 1/ le délai de paiement des trois premiers déciles est toujours resté en-deçà des 15 jours, 2/ le délai de paiement du 7ème décile est à peine supérieur au délai de paiement moyen, 3/ le délai du 9ème décile s’est inscrit dans une fourchette entre 65 et 75 jours au cours de l’année 2021, il a dépassé les 95 jours au mois de mai 2022.

[385] Par ailleurs, **des problématiques particulières sont soulevées par le paiement des IJ aux 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. La CPAM de l’Isère a réalisé, à sa demande, une telle étude sur le périmètre des IJ maladie non subrogées payées au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2022. Ces données mettent en évidence que **plus les montants des IJ sont faibles, plus les délais de paiement sont longs**<sup>244</sup>. Elles renforcent la sensibilité de la question de la liquidation des IJ complexes et invitent à la réalisation d’une analyse à plus large échelle de l’assurance maladie afin que le phénomène soit appréhendé à sa juste mesure.

Tableau 17 : Délai de paiement moyen par montant d’IJ

| 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                    |          |                        |                         |

Source : CPAM ISERE.

**Recommandation n°35** Prévoir des indicateurs permettant de suivre les délais de traitement des IJ les plus longs (9ème décile) ; conduire une étude sur le profil des assurés les plus impactés par les délais de traitement longs ; mettre en place un plan d’action spécifique.

- **Une situation dégradée qui a amené la CNAM à définir des procédures de prévention voire d’urgence pour les CPAM**

[386] Les effets délétères produits par les délais de règlement des IJ pour les publics les plus fragiles (évalué au maximum à 5% des arrêts pour les situations les plus aiguës) ont amené la CNAM à élaborer des consignes d’actions pour les CPAM dans les situations les plus à risque : accompagnement attentionné des MAS et du service social, mise en place de circuits fluidifiés mutuels et avec le *back office* des CPAM, poursuite du versement des IJ au-delà de 6 mois, sauf avis défavorable du service médical dans le mois qui suit<sup>245</sup>.

<sup>244</sup> La CPAM de l’Isère a réalisé une analyse complémentaire en partant du délai de paiement. Cette analyse montre que si pour les cinq premiers déciles, il n’existe pas de corrélation entre le délai de paiement et le montant des IJ, à partir du 6ème, la corrélation est établie : plus les délais de paiement sont longs, moins le montant des IJ est élevé. Les deux approches aboutissent à la même conclusion.

<sup>245</sup> La CNAM a précisé à la mission qu’elle n’avait pas à date procédé au bilan de ces mesures.



#### 4.6.2 La nécessité d'une réponse structurelle forte, complète et rapide à la hauteur des enjeux

[387] L'importance des moyens mobilisés et les conséquences pour les assurés des délais de paiement constatés appellent **la mise en œuvre prioritaire lors de la prochaine COG de mesures fortes** poursuivant de front un double objectif, d'amélioration de la qualité de service et de productivité du processus de gestion.

##### 4.6.2.1 Agir sur tous les leviers permettant de raccourcir les délais de transmission des informations qui pèsent fortement sur le délai final de paiement des IJ

[388] La gestion des IJ doit être appréhendée comme un processus séquentiel composé de plusieurs étapes qui conditionnent in fine le délai de paiement des indemnités (dans le cas des IJ non subrogées). Ce processus implique principalement le médecin prescripteur, l'employeur et les services de l'assurance maladie. Trois pistes sont proposées pour réduire les délais de transmission :

- **La généralisation de la dématérialisation des déclarations des médecins prescripteurs et des employeurs pour fluidifier et accélérer les délais de règlement des IJ**

[389] Plus de dix ans après sa mise en place, la transmission en ligne à l'assurance maladie de l'AAT par le médecin prescripteur est encore loin d'être généralisée, même si le taux progresse (il est passé de 37,67% en 2018 à 57,85% en 2021)<sup>246</sup>. Si des améliorations peuvent toujours y être apportées<sup>247</sup>, le téléservice s'avère a priori simple d'utilisation<sup>248</sup>.

[390] **La généralisation de l'utilisation du téléservice d'AAT présenterait plusieurs avantages importants.** Elle permettrait de réduire significativement les délais de traitement des dossiers (envoi par défaut par l'assuré de son AAT, qui peut être adressé à la caisse pendant six jours) ; il s'agirait d'une mesure de simplification administrative pour l'utilisateur, qui n'aurait plus à renvoyer le volet « papier » à sa CPAM ; enfin 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<sup>249</sup> ; les contrôles par le service médical en seraient facilités. Du point de vue de la productivité du processus, elle contribuerait à limiter les coûts de gestion liés au traitement des AAT papier, les informations étant injectées directement dans l'outil métier.

[391] L'adoption d'une telle mesure devrait en outre être l'occasion de lever les ambiguïtés juridiques relatives à l'articulation des dispositions des articles L. 161-35 et L. 161-33 du code de la sécurité sociale concernant les obligations respectives du médecin prescripteur et de l'assuré en matière de transmission de l'AAT aux services de l'assurance maladie. Si la lecture combinée de ces deux articles laisse entendre que l'obligation de télétransmission pèse prioritairement sur les

<sup>246</sup> L'objectif socle des CPG 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 2022. 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 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). L'évolution méritera d'être suivie au cours des prochains mois pour apprécier si cela traduit une modification profonde et durable des pratiques.

<sup>247</sup> Dans la feuille de route relative à la gestion du risque liée aux indemnités journalières, la CNAM prévoit de mener des travaux d'analyse qualitative et quantitative du téléservice AAT, en vue d'engager des actions visant à renforcer son utilisation par les professionnels de santé

<sup>248</sup> Données administratives pré-remplies, menus déroulants permettant de sélectionner le motif médical, tableau des durées indicatives d'arrêt de travail et fiches téléchargeables....

<sup>249</sup> La durée moyenne des arrêts prescrits par les médecins généralistes de façon dématérialisée est plus courte que celle des arrêts prescrits par formulaire papier, respectivement 13 et 20 jours en 2019.

prescripteurs, une clarification de ces dispositions permettrait de rendre plus effective cette obligation et les sanctions prévues<sup>250</sup>.

**Recommandation n°36** Généraliser l'utilisation de l'AAT dématérialisé par les prescripteurs en : 1/ fixant un seuil minimum d'utilisation (volet 1) dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), 2/ simplifiant son accès pour les prescripteurs en établissement, 3/clarifiant le cadre juridique relatif aux obligations du prescripteur et de l'assuré concernant la transmission des documents nécessaires à la prise en charge des prestations et en tirer les conséquences en termes de sanctions.

- **Fluidifier et accélérer le processus de transmission par les employeurs à l'assurance maladie des données de rémunération des assurés**

[392] Le délai de transmission par les employeurs à l'assurance maladie des données de rémunération des assurés, données indispensables au calcul des IJ, pèse fortement sur le délai de règlement global des indemnités<sup>251</sup>. 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.

- **Généraliser l'utilisation de la DSN pour la transmission des données de salaire par les employeurs**

[393] La transmission des éléments de salaire passe actuellement par trois canaux, qui ont des impacts différents sur le délai et la qualité de traitement des prestations : la DSN événementielle, une saisie manuelle des entreprises sur le portail Net-Entreprises (DSIJ) et de manière résiduelle un envoi papier principalement pour les salariés ayant plusieurs employeurs. Au cours de la COG, le taux de DSN évolue entre 45 et 65% des flux dématérialisés, loin d'une généralisation.

L'utilisation de la DSN présente pourtant plusieurs avantages : elle contribue à diminuer le délai de traitement, elle représente une simplification pour l'employeur (réduction du nombre d'étapes et saisies majoritairement automatiques), elle fiabilise les données transmises par les employeurs<sup>252</sup>. Des gains de productivité peuvent être également attendus d'une telle mesure. En 2017, le gain réalisé avec l'utilisation de la DSIJ-DSN était estimé à 150 ETP par la CNAM<sup>253</sup>.

[394] Cette mesure pourrait être mise en œuvre via la suppression des voies alternatives à la DSN événementielle, en décommissionnant Net entreprises et n'autorisant plus l'envoi papier. Cette mesure suppose une modification réglementaire.

<sup>250</sup> L'absence de transmission des documents nécessaires à l'ouverture des droits est passible de sanctions 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 (article L. 162-33 du code de la sécurité sociale).

<sup>251</sup> 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 indique par ailleurs que les délais de paiement des IJ des TI, 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.

<sup>252</sup> Selon la CNAM, les taux d'erreurs en DSN sont inférieurs de moitié par rapport à la saisie manuelle (5% de rejets contre 11%).

<sup>253</sup> Soit en 2017 : 12,5 millions d'attestations de salaires, 80% télétransmises, 43% d'entre elles via la DSN

- **Assurer l'effectivité de la transmission par les employeurs à l'assurance maladie des données de rémunération des assurés dans des délais impératifs**

[395] La DSN ne garantit pas que les employeurs transmettront rapidement les données de rémunération nécessaires à l'assurance maladie pour calculer les IJ. La réglementation impose déjà que ces informations soient transmises dans les cinq jours suivants le déclenchement de l'arrêt de travail. Pourtant, le constat a été fait que le délai de transmission de ces informations par les employeurs est bien supérieur à cette obligation.

[396] Aussi, la mission considère qu'il est nécessaire d'accompagner la généralisation de la DSN évènementielle 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'embauche. 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.

- **Promouvoir auprès des employeurs et des partenaires sociaux la subrogation afin d'amplifier son déploiement**

[397] Le principal avantage de la subrogation est de ne pas rendre les assurés dépendant de la célérité avec laquelle les employeurs transmettent les éléments de rémunération à l'assurance maladie et d'éviter aux assurés tout risque de rupture de salaire. Il s'agit d'une sécurité extrêmement forte pour ces derniers.

[398] La subrogation permet, en outre, sur le plan de la relation de services, de réduire la sollicitation des contacts multicanaux des organismes (25 à 40% selon les périodes), dans la mesure où elle supprime de fait un motif important de contact de la part de l'usager. Pour les CPAM, la subrogation facilite la gestion en limitant la relation aux seuls employeurs.

[399] Selon les données transmises par l'assurance maladie, la subrogation n'est pas une pratique exclusivement mise en œuvre par les grandes ou très grandes entreprises et une proportion importante d'entreprises y a recours, même partiellement, ce qui signifie qu'elles sont déjà en partie acculturées au mécanisme<sup>254</sup>.

[400] 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, les conditions ne semblent pas réunies à date pour imposer la subrogation à l'ensemble des employeurs au regard du caractère sensible de la mesure, encore plus dans un contexte économiquement fragile. Pour autant, **la mission considère qu'une action d'incitation au recours plus large à la subrogation devrait être engagée, dans le prolongement des mesures d'obligation prévues au PLFSS 2023** ciblées sur les IJ maternité<sup>255</sup>. En contrepartie, 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.

---

<sup>254</sup> En 2020, les entreprises de plus de 20 salariés qui pratiquaient la subrogation, totalement ou partiellement, étaient majoritaires, représentant jusqu'à 80% pour les entreprises de 250 à 4 999 salariés ; l'annexe IJ détaille ces données.

<sup>255</sup> 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.

**Recommandation n°37** Mettre en œuvre un plan d'action prioritaire destiné à fluidifier et à accélérer le processus de transmission par les employeurs à l'assurance maladie des données de rémunération des assurés reposant sur: la généralisation de l'utilisation de la DSN événementielle par les employeurs, le contrôle de l'effectivité de la transmission des données de rémunération dans des délais impératifs et l'incitation forte au développement, voire, à terme, à l'obligation de subrogation pour les IJ autres que maternité/paternité/adoption.

#### 4.6.2.2 L'amélioration de la performance des SI

- **Achever le développement et déployer ARPEGE TS dès le début de la COG pour améliorer la performance de la gestion des IJ des assurés salariés**

[401] A l'occasion de l'intégration au régime général des TI, la CNAM a fait le choix de décommissionner l'outil de gestion des IJ utilisé par le RSI et d'en développer un nouveau, ARPEGE TI, opérationnel à compter du 1er janvier 2020. En dépit des difficultés au démarrage, l'outil est désormais considéré comme très efficace par les interlocuteurs de l'assurance maladie rencontrés par la mission. Le délai moyen de liquidation de la 1ère IJ gérée via ARPEGE TI (une quinzaine de jours en moyenne<sup>256</sup>) est sensiblement plus court que celui des travailleurs salariés. Cette application métier sert de base à la conception d'une nouvelle application destinée aux assurés salariés, ARPEGE TS, en remplacement de PROGRES qui présentera de multiples avantages en termes de fonctionnalité, de fiabilité et de performance (par exemple : automatisation de la majorité du processus de traitement, garantie de maintenance et d'évolutivité, adaptation plus grande à la volumétrie. Voir annexe relative aux IJ).

[402] Le développement d'une version d'ARPEGE TS fait désormais l'objet d'attentes fortes de la part des caisses, sous réserve que les enseignements soient tirés des difficultés rencontrées avec la conduite du projet d'ARPEGE TI. Pour l'ensemble de ces raisons, **il apparaît prioritaire que le développement et le déploiement d'ARPEGE TS soit assuré dès le début de la prochaine COG en 2023 et 2024. Or, le risque d'un glissement sensible de calendrier semble patent.** Alors que fin avril 2022, l'échéance de généralisation avait été annoncée pour le 1er janvier 2024<sup>257</sup>, la mission a pris connaissance d'un document de prospective budgétaire de l'assurance maladie faisant état de besoins de renfort en intérim pour accompagner le déploiement d'ARPEGE TS, en 2024, 2025 (pour 50% du total) et 2026. **Un décalage aussi important, constaté quelques mois après les informations recueillies au printemps, sur un projet aussi stratégique, est de nature à susciter les plus vives inquiétudes.**

**Recommandation n°38** Assurer le déploiement d'ARPEGE pour l'ensemble des assurés du régime général d'ici à la fin de l'année 2024 au plus tard 1/ en prenant en compte les difficultés et adaptations techniques nécessaires repérées lors du déploiement de l'outil pour les TI ; 2/ en respectant le calendrier de déploiement ; 3/en accompagnant ce dernier de tous les moyens nécessaires pour éviter des retards de traitement pour les assurés.

- **Le renforcement des échanges de données entre opérateurs**

<sup>256</sup> Le délai moyen de traitement de la première IJ maladie des TI était de 25,5 jours en 2020, 18 jours en 2021 et 15 jours en mai 2022. Voir annexe relative aux IJ (tableau des indicateurs) ; il est descendu à 15 jours au mois de mai 2022.

<sup>257</sup> Les principales échéances de la conduite de projet étaient les suivantes : démarrage dès la mise en production d'ARPEGE en 2020, expression des besoins faite (avec association des utilisateurs) ; SI actuellement en production ; 1ers déploiements auprès de CPAM volontaires au 1er semestre 2023 ; évaluation et correctifs éventuels à l'été 2023 puis déploiement progressif dans l'ensemble des CPAM au cours du 4<sup>ème</sup> trimestre 2023 (volet formation/accompagnement des utilisateurs) ; généralisation au 01/01/2024.

[403] 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 permis de réaliser ou de fiabiliser de nouveaux types de processus et de fournir des socles communs de nomenclature et de données. Par ailleurs, l'accès aux portails d'information d'opérateurs partenaires s'est développé. Par exemple, les CPAM ont accès au portail de Pôle Emploi pour les données de rémunération des chômeurs et au portail de l'ACOSS pour les données de salaire des personnes payées par CESU.

[404] Pour autant, il subsiste une sous-potentialisation dans l'usage ou le périmètre de ces outils et l'accès à ces portails n'est pas optimal ; 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.

[405] **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 discontinuée. Sans être en mesure de fournir des statistiques, la CNAM considère que ces dossiers représentent 20% du volume total des dossiers et mobilisent 80% du temps d'instruction des agents. Aussi, 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.

**Recommandation n°39** Renforcer les échanges de données informatisées entre opérateurs, injectées dans les systèmes d'information métiers des CPAM, pour accélérer la gestion des IJ en particulier des salariés en situation d'emploi « atypique ».

#### 4.6.2.3 Des mesures complémentaires souhaitables, en termes de simplification réglementaire et de responsabilisation des acteurs

- **L'introduction des mesures de simplification réglementaire**

[406] **Une harmonisation des périodes de référence et de l'assiette de ressources utilisées pour le calcul des IJ est prioritaire** pour simplifier et à fluidifier la gestion des indemnités, sans dégradation des droits des assurés.

- La période de référence du salaire journalier prise en compte est de trois mois pour les assurés ayant une activité continue et de 12 mois pour ceux dont l'activité est discontinuée. 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. Au regard de cette situation, une harmonisation à 12 mois constituerait une mesure d'équité et de simplification.

- L'assiette de ressources utilisées pour calculer les IJ diffère selon le risque. Harmoniser le droit 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 des IJ maladie et ATMP. Elle fiabiliserait les calculs, la notion de salaire brut étant plus facile à appréhender. Enfin elle supprimerait pour les assurés le risque de rupture de droit lorsqu'ils changent de risque.

[407] **D'autres mesures ont par ailleurs été mises à l'étude dans le cadre des échanges entre la DSS et la CNAM toujours dans un objectif de simplification et/ou d'amélioration des droits des assurés**<sup>258</sup>.

**Recommandation n°40** Simplifier la réglementation d'une part, en harmonisant la période de référence à 12 mois et les assiettes sur le salaire brut pour le calcul des IJ entre les différents régimes et risques et, d'autre part, en poursuivant l'instruction des mesures d'harmonisation et de simplification réglementaires engagée par la DSS et la CNAM, en lien avec les engagements qui pourraient être pris par l'Etat dans le cadre de la prochaine COG.

- **Un accompagnement plus étroit et des contrôles plus nombreux et mieux ciblés des arrêts de travail nécessaires à l'amélioration de la pertinence des prescriptions**

[408] 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.

[409] La mission considère que deux types de mesures doivent pouvoir être engagés pour mieux maîtriser le risque, associant un renforcement de la responsabilisation des acteurs et leur contrôle. Elle formule plusieurs recommandations dont les motivations et bénéfices attendus sont développés dans l'annexe « Indemnités journalières ».

- **Pour accroître la responsabilisation des acteurs**, il s'agit d'améliorer principalement l'accompagnement des médecins prescripteurs en complétant le registre des « fiches repères » mises à leur disposition et en incitant à leur utilisation ; de renforcer l'accompagnement des praticiens nouvellement installés et de fournir enfin 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<sup>259</sup>.

**Recommandation n°41** Renforcer les actions d'information et d'accompagnement des prescripteurs, y compris les médecins spécialistes, sur les bonnes pratiques en matière d'arrêts de travail 1/ en accélérant l'élaboration de nouvelles fiches repères en lien avec les conseils nationaux professionnels (CNP) pour atteindre un taux de couverture de 80% des arrêts prescrits ; 2/ en déployant plus amplement les actions de formation et d'information dès le début de la COG.

<sup>258</sup> Elles portent notamment sur les sujets suivants : l'introduction la notion d'arrêt de longue durée, la possibilité de s'affranchir de la référence à la notion « d'affiliation », l'opportunité de faire du seuil de contributivité une condition d'ouverture de droit ou encore la simplification de l'indemnisation des arrêts de travail en mi-temps thérapeutique des TI ; elles sont présentées dans l'annexe relative aux IJ

<sup>259</sup> Des actions peuvent par ailleurs être poursuivies pour accroître la sensibilisation des assurés. La caisse nationale a informé la mission qu'elle souhaitait revoir ses modalités d'intervention en termes d'information et de contrôle, sans pour autant en avoir à ce stade stabilisé la doctrine.

- **Pour 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, il convient en premier lieu de développer la complémentarité des compétences au sein du service médical**, dans un contexte de difficultés d'attractivité croissantes, en soutenant et consolidant sur le plan statutaire la fonction d'infirmier du service médical. Il est par ailleurs souhaitable que l'assurance maladie continue à améliorer les outils mis à la disposition du service médical pour faciliter et mieux cibler les situations nécessitant un contrôle renforcé.

**Recommandation n°42** Renforcer l'efficacité de la politique de contrôle des arrêts de travail en 1/ déléguant plus de tâches aux infirmiers de service médical (ISM) pour libérer la ressource médicale pour les tâches où elle est indispensable 2/ en poursuivant l'évolution de la requête unique pour mieux répondre aux besoins des services médicaux en fonction des spécificités de leurs territoires.

#### 4.6.2.4 La mobilisation nécessaire de tous les leviers à disposition pour faire face à l'augmentation prévisible des flux d'IJ, rétablir la qualité de service et contribuer à l'effort d'efficacité

[410] Au regard de l'importance que représente la gestion des IJ pour l'assurance maladie, la mission a considéré qu'il était **nécessaire, en prévision de la prochaine COG, d'accompagner les recommandations formulées d'une évaluation de leur impact potentiel en matière d'effectifs.**

[411] A défaut d'éléments plus exploitables, **la mission s'est attachée à concevoir une méthodologie** permettant d'approcher, dans l'éventualité de la mise en œuvre de l'ensemble des recommandations formulées et selon des hypothèses exposées dans l'annexe « Indemnités journalières », les gains d'effectifs susceptibles d'être dégagés au terme de la future COG. 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 et de l'absence de données prospectives partagées avec l'assurance maladie<sup>260</sup>.

[87] **La méthode permet d'approcher 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. Le **scénario intermédiaire évalue un gain d'efficacité potentiel de l'ordre de 650 à 700 ETP** (production et canaux de contact) par rapport aux effectifs 2022 en cas de mise en œuvre du plan global.

#### 4.7 En matière de lutte contre la fraude, malgré un renforcement durant la COG, le bilan de l'action de la CNAM est peu probant et appelle désormais un « changement d'échelle »

[412] 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

---

<sup>260</sup> 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.

pratique, la distinction entre irrégularités fautives et non fautives peut, dans certains cas, être difficile à opérer.

[413] 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 contrôle et de lutte contre la fraude dans une acception large de la « gestion du risque » : prévention, maîtrise médicalisée, contrôles et lutte contre la fraude.

[414] 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...). Elle se complexifie (fraude documentaire et à l'identité, utilisation des outils numérique...), ce qui rend difficile l'action de la CNAM compte-tenu de l'ampleur de son périmètre d'action.

[415] La lettre de mission considère la lutte contre la fraude, qui fait l'objet d'un objectif dans le cadre de la COG comme un enjeu prioritaire pour lequel des pistes d'amélioration sont attendues. Une annexe dédiée restitue les travaux conduits sur ce thème par la mission, et qui traitent, comme dans la présente partie, de la problématique de lutte contre la fraude au sens strict d'irrégularités volontaires<sup>261</sup>.

#### 4.7.1 La caisse nationale s'est mise en situation de mieux structurer son action, en s'inscrivant dans les orientations ministérielles et interministérielles

##### 4.7.1.1 La réorganisation du dispositif interne de pilotage de lutte contre la fraude dans un objectif de renforcement de l'efficacité

[416] La CNAM a engagé, à partir de la fin de l'année 2020, en lien avec le lancement du programme « Rénov'GDR », un rapprochement des deux directions nationales qui, de manière complémentaire, assuraient le pilotage des actions de contrôle, d'audit et de lutte contre la fraude. Le processus de rapprochement est devenu opérationnel en 2022. Ainsi, la Direction de l'Audit, du Contrôle-Contentieux et de la Répression des Fraudes (DACCRF) et la Direction déléguée des finances et de la comptabilité (DDFC), ont **fusionné en une nouvelle direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude (DDAFF)**. 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.

---

<sup>261</sup> La question des activités non fautives et des outils dédiés (maîtrise des risques, contrôle interne) fait l'objet de développements dans le rapport, dans le cadre de l'analyse de l'atteinte par la CNAM des objectifs qui lui étaient fixés dans la COG.



#### 4.7.1.2 Une programmation renforcée des actions dans le cadre de plans annuels de contrôle, complétés par des plans régionaux

[417] **Conformément à la démarche de programmation inscrite dans la COG<sup>262</sup>, la caisse nationale a mis en place à partir de 2018<sup>263</sup> une nouvelle stratégie d'élaboration des programmes nationaux, en lien avec les organismes locaux, 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 critères<sup>264</sup> faisant l'objet d'une pondération, consolider la cartographie des risques, affiner la planification des programmes en lien avec les actions de maîtrise médicalisée et les contrôles ciblés de l'agence comptable.

[418] **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, 87 programmes de contrôle ont été lancés sur ces thématiques, majoritairement sur les prestations en nature/frais de santé ainsi que les prestations en espèces. 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 sanitaires...). En outre, en 2021, les programmes de contrôle ont été diffusés pour faire face aux risques nouveaux (internet, réseaux sociaux, fraudes au niveau interdépartemental, dans les DOM, en bande organisée). Chaque programme a une temporalité propre : pérenne (par exemple, contrôle de résidence des bénéficiaires de la PUMA) ou périodique (employeurs atypiques, professionnels de santé méga-actifs...).

[419] **Les programmes nationaux sont étroitement pilotés par la caisse nationale :** celle-ci met à disposition des caisses locales des kits de requêtes<sup>265</sup>, définit et diffuse annuellement aux DCGDR la volumétrie des dossiers à investiguer pour chaque caisse, organise le *reporting* des programmes au fil de l'eau par un outil de suivi dédié, OG3S (Outil de gestion des signalements et de leurs suites).

[420] **Depuis 2019 une programmation pluriannuelle des contrôles est établie** <sup>266</sup>. En juin 2021 a été 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 les recommandations issues des travaux parlementaires relatifs à la lutte contre la fraude publiés à l'automne 2020<sup>267</sup>. 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

---

<sup>262</sup> Engagement « Elaborer une stratégie nationale de contrôle » et 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 ».

<sup>263</sup> Lettre-réseau LR-DACCRF-4/2018 relative au plan annuel de contrôle contentieux et de répression des fraudes et des activités fautives et abusives.

<sup>264</sup> 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 dix points, celui relatif au fort enjeu financier et/ou d'image de 15 points et celui relatif à l'accessibilité d'un score de cinq points. L'ensemble des critères correspond à un total de 100 points.

<sup>265</sup> 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.

<sup>266</sup> Lettre-réseau LR-DACCRF-4/2019.

<sup>267</sup> 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.

sur les nouveaux droits ou nouvelles prestations et la mise en place de sanctions plus lourdes envers les fraudeurs<sup>268</sup>.

[421] Ainsi, l'action de la branche maladie en matière de lutte contre la fraude et les activités fautives et abusives apparaît mieux structurée à la fois en termes de pilotage par la caisse nationale 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) et de stratégie opérationnelle (ciblage des actions, modalités d'investigation, suites contentieuses).

[422] 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.

#### 4.7.1.3 Le développement des outils, dans le but d'améliorer l'efficacité de l'action, conformément à l'engagement inscrit dans la COG

- La CNAM a **élaboré un référentiel national de processus (RNP) et une cartographie des risques**.

[423] Le RNP a été expérimenté en 2019 et rendu opposable en 2021, un an après la date initialement prévue compte-tenu de la crise sanitaire. Cette démarche va dans le sens d'un renforcement des méthodes et capacités d'analyse des risques, d'une harmonisation des pratiques et donc d'une réduction des écarts de performance entre les organismes du réseau. **Depuis 2018, huit cartographies des risques par type de prestations ou de professions ont été mises à disposition des caisses locales**<sup>269</sup>.

- **Des systèmes d'information facilitant la détection et l'investigation des fraudes ont été déployés ou adaptés**, conformément à l'engagement de la CNAM inscrit dans la COG.

[424] **Les outils de détection visent à cibler des professionnels de santé présentant des pratiques atypiques suspectes de fraude**. A 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, ils fournissent des formats de restitution. Ils permettent également de traiter les signalements et d'être un appui aux investigations.

---

<sup>268</sup> 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 contrôlant l'installation et le conventionnement.

<sup>269</sup> Par exemple, en 2018, celle relative à la CMUC/C2S, en 2019 celles portant sur les infirmiers, 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 outils de profilage des pratiques atypiques suspectes ou frauduleuses

L'outil PROFILEUR (déployé initialement en 2014) intègre actuellement 24 professions ou spécialités<sup>270</sup>.

Le système PSOI (Profil Statistique et Observatoire Individuel de la profession infirmiers, déployé récemment) sert à des contrôles ciblés de la profession infirmiers. Il simplifie les analyses de données ainsi que la détection et la planification des actions de contrôle.

La caisse nationale est en cours de diffusion d'un outil *open source* d'analyse et de visualisation sous forme de graphiques (GEpHI)<sup>271</sup>.

[425] **Les outils d'investigation apportent une aide au contrôle et à l'analyse des profils de professionnels ciblés** (visualisation des prescriptions, des listes de patients, des heures de transport). Trois outils existent : OCEANIC (Outil de contrôle et d'analyse des infirmiers ciblés), CACTUS (Contrôle automatisé des caisses sur les transporteurs sanitaires) et KARLE (contrôle automatisé des caisses sur les masseurs-kinésithérapeutes). Ils devraient être regroupés dans un nouvel outil, ADAGIO, diffusé au réseau d'ici la fin de l'année 2022.

[426] 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 de recherche des équipes 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.

[427] **La branche a aussi, accès, pour ses travaux de vérification 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), 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) et FICOVIE (qui donne accès aux contrats de capitalisation ou de placement).

- La mobilisation des **task forces nationales en cas de fraudes à forts enjeux** (détection de nouveaux modes opératoires, fraudes en bande organisée, diffusion interrégionales, enjeux financiers majeurs...)

[428] Cette organisation repose sur des équipes comprenant à la fois des agents de la caisse nationale et des organismes locaux. Elle présente plusieurs avantages : gain en anticipation et en réactivité par une intervention en amont dès le repérage d'une suspicion de fraude ; collaboration plus étroite avec les services de police/gendarmerie et de justice ; coordination, synchronisation et accélération des actions de l'ensemble des CPAM. Une dizaine de *task forces* nationales (TFN) ont été déployées depuis 2018 sur différentes thématiques<sup>272</sup>. 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.

<sup>270</sup> Notamment infirmiers, masseurs-kinésithérapeute, chirurgiens-dentistes, médecins généralistes, ophtalmologues, radiologues, cardiologues

<sup>271</sup> 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. Un déploiement national est prévu pour le dernier trimestre 2022.

<sup>272</sup> Par exemple : patients cancéreux pris en charge en oncologie, dialyse rénale, centres de santé ophtalmologiques et dentaires.

[429] 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<sup>273</sup>), constitué à partir de recrutements internes, mais aussi de recrutements externes ayant des profils variés (policiers, gendarmes, militaires, membres de l'administration fiscale, agents des URSSAF). 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. 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.

#### 4.7.1.4 L'assurance maladie a déployé un nouveau dispositif de formation plus diversifié à partir de 2019

[430] Sur le plan qualitatif, les outils de formation nationaux se sont diversifiés en termes de contenu et de modalités d'organisation, à compter du déploiement en 2019 d'un dispositif rénové, pluriannuel, pour mieux prendre en compte les évolutions du métier, optimiser les parcours de formation et favoriser les travaux collaboratifs. Il s'articule autour de trois niveaux de formation : une formation socle, des formations métier ainsi que des formations avancées, sur un sujet spécifique et destinées à un public expérimenté ou ayant suivi les deux premiers niveaux de formation<sup>274</sup>. Le programme est enrichi de formations interrégionales, associant agents des CPAM et des DRSM ainsi que de modules de e-learning thématiques<sup>275</sup> développés en collaboration avec l'UCANSS et de webinaires régionaux thématiques (« Inform'flash LCF »).

[431] Sur le plan quantitatif, les effectifs formés dans le cadre de ces formations nationales internes sont plus importants qu'antérieurement, malgré sa création récente et une baisse pendant la crise sanitaire<sup>276</sup>.

#### 4.7.1.5 L'initialisation récente de travaux d'estimation de la fraude

[432] Un rapport de la Cour des Comptes relatif à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales publié en septembre 2020 met l'accent sur l'absence d'évaluation de la fraude par la branche maladie. Des travaux d'évaluation ont été engagés dans sa suite, 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.

**[433] 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 ne couvrent pas la totalité des préjudices subis.**

[434] 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,

---

<sup>273</sup> L'équipe est constituée de 30 contrôleurs, environ pour moitié interne et externe, répartis sur cinq CAF et qui ont vocation à intervenir sur l'ensemble du territoire.

<sup>274</sup> Lettre-réseau LR-DACCRF 4/2019.

<sup>275</sup> Par exemple : les bonnes pratiques dans le cadre d'un entretien contradictoire, à destination des agents assermentés.

<sup>276</sup> En 2018, 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. En 2019, 51 sessions ont été organisées au profit de 1 258 participants, en 2020, 38 sessions pour 642 participants et en 2021, 57 sessions pour 911 agents. Source CNAM.

la CCMSA, l'INSEE) et en Europe 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, des règles de facturation propres à chaque acteur.

[435] Les premiers travaux ont porté sur la C2S et les dépenses de soins infirmiers<sup>277</sup>, puis sur les dépenses des médecins généralistes (en juillet 2022) et celles des transporteurs sanitaires (en septembre 2022). 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 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)<sup>278</sup>.

#### 4.7.1.6 La CNAM participe à la démarche interministérielle de lutte contre la fraude pilotée par la mission interministérielle de coordination anti fraudes (MICAF) depuis 2020

[436] Cette participation aux travaux interministériels, notamment dans le cadre de groupes de travail (permanents, notamment « Fraude documentaire et à l'identité », « Fraude à la résidence », ou ponctuels sur des thématiques d'actualité à forts enjeux - trafics de médicaments onéreux-) permet à la CNAM de renforcer les partenariats nécessaires au partage d'informations, 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 a été facilité grâce aux contacts avec les offices centraux et les parquets via la MICAF, permettant un traitement pénal centralisé.

[437] La mission a pu constater lors de ses déplacements une mobilisation variable des caisses à ces mêmes instances au niveau territorial (comités opérationnels départementaux anti-fraude –CODAF-) souvent en fonction de la disponibilité des moyens dédiés à la lutte contre la fraude, alors même que ces échanges contribuent à une meilleure coordination et donc optimisation de la lutte contre la fraude à l'échelle d'un territoire. En revanche, les travaux réalisés sont appréciés.

**[438] Elle a constaté aussi que la restructuration 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.**

---

<sup>277</sup> S'agissant de la C2S, 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 employées. La mission note que ces fourchettes d'estimation sont très larges.

<sup>278</sup> 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.

#### 4.7.2 Un bilan à placer en regard du contexte de crise sanitaire et des moyens de la branche

##### 4.7.2.1 Une action fortement impactée par la crise sanitaire qui a occasionné une suspension d'une grande partie de l'activité puis une charge de travail supplémentaire

- **Une activité suspendue au début de la crise, qui a repris à l'issue du premier confinement, de manière progressive et adaptée compte-tenu de l'évolution de la situation sanitaire.**

[439] 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<sup>279</sup>. L'application de la période juridiquement protégée<sup>280</sup> a eu pour conséquence un report ou une suspension de délais des décisions et notamment des procédures de pénalités financières. Certains programmes nationaux concernant les professionnels et les établissements de santé ont été annulés<sup>281</sup>. En outre, la facturation s'est opérée pendant cette période de manière « dégradée » (suspension de l'envoi des pièces justificatives par les professionnels de santé). Durant cette période, des agents exerçant habituellement des missions de la lutte contre la fraude ont été affectés (sur la base du volontariat) à la liquidation des IJ et, de manière plus ponctuelle, au contact tracing.

[440] A la sortie du premier confinement, l'activité a repris de manière progressive et évolutive en fonction de la situation épidémique, à l'exception des contrôles dans les établissements de santé. 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. L'activité a globalement repris en 2021 avec certains reports en fin d'année<sup>282</sup> et l'annulation, pour la seconde année, de la campagne 2021 de contrôles des établissements soumis à la T2A .

[441] La cible de l'indicateur relatif au montant des préjudices frauduleux et fautifs subis a été, dans ce contexte, en 2020, revue à la baisse et globalisée avec celle de l'indicateur relatif au montant des préjudices frauduleux et fautifs évités. Elle a été à nouveau revue à la baisse en 2021<sup>283</sup>.

- **Un surcroît d'activité dû au développement de nouvelles fraudes liées aux dispositifs mis en place pour faire face à la pandémie.**

[442] Qu'elles aient concerné l'activité des professionnels de santé (fraudes aux tests antigéniques<sup>284</sup>, aux passes sanitaires) ou les assurés (liées aux versement d'IJ dérogatoires<sup>285</sup>), ces

<sup>279</sup> Du fait du préjudice financier, de l'atteinte grave à l'image, de nouveaux modes opératoires de fraudes graves.

<sup>280</sup> Loi relative à l'état d'urgence sanitaire et ordonnance n° 2020-560 du 13 mai 2020.

<sup>281</sup> Campagnes de contrôle de tarification à l'activité (T2A) 2020 et de mise sous objectifs ou accord préalable des médecins forts prescripteurs d'indemnités journalières.

<sup>282</sup> Lancement du programme de mise sous objectifs ou accord préalable des médecins forts prescripteurs d'indemnités journalières (IJ).

<sup>283</sup> En 2020, la cible de l'indicateur relatif au montant des préjudices frauduleux et fautifs subis était de 202 M€ et celui sur les préjudices évités était de 62 M€. Elle a été ramenée à 115 M€ pour l'ensemble des préjudices subis et évités. En 2021, la cible de l'indicateur relatif aux préjudices frauduleux et fautifs subis, initialement fixée à 203 M€, a été ramenée à 143 M€.

<sup>284</sup> 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), ou par un groupe de pharmacies (démarchage de prescripteurs), ou par des prestataires de service se posant en intermédiaires entre les officines et les fournisseurs. A la fin du mois d'avril 2022, le préjudice est estimé à plus de 44 M€ au niveau national.

<sup>285</sup> Cumul d'IJ pour garde d'enfant sur des périodes communes à deux assurés concernant un même ayant droit ; cumul entre des IJ « garde d'enfant » et une indemnité de chômage partiel ; cumul entre des IJ « cas contact » et une indemnité de chômage partiel.

fraudes ont suscité une forte implication de l'assurance maladie pour analyser les bases de données et traiter les signalements en vue d'alertes des Parquets et des ordres professionnels. La caisse nationale a mis en place une cellule nationale de traitement des réquisitions aux fraudes aux passes sanitaires et de pilotage du déploiement des contrôles par les organismes locaux.

[443] Le traitement de ces fraudes a aussi montré l'intérêt d'une collaboration interministérielle (services de police, de gendarmerie, des douanes, de la répression des fraudes, du travail...) et de l'appui méthodologique et de la coordination par la MICAF.

#### 4.7.2.2 Des résultats d'indicateurs assez peu significatifs à cinq égards

- La cible de détection des préjudices est peu exigeante d'autant plus que les montants détectés sont probablement sous-estimés, notamment s'ils sont comparés au montant total des prestations en cause ;
- La vision du phénomène de fraude reste partielle dans la mesure où il ne peut être rapporté à une estimation ex-ante de ladite fraude<sup>286</sup> ;
- Les taux de recouvrement des indus ne progressent pas en parallèle, alors même que les erreurs non détectées restent importantes (taux d'incidence financière sur les prestations en nature et en espèces<sup>287</sup>) ;
- La crise sanitaire a eu un impact sur l'activité de lutte contre la fraude, du fait, en particulier, de l'arrêt des contrôles T2A ;
- La durée des procédures a un impact sur la récupération des indus dans la période de la COG.

#### 4.7.2.3 Des moyens consolidés mais limités

- S'agissant des moyens humains :

[444] **Sur le plan quantitatif**, ils ont été relativement préservés des baisses sur la durée de la COG (quasi stabilité avec une variation de 937 à 909 ETP (-3%) entre 2017 et 2021, avec malgré tout une baisse durant la crise sanitaire). Mais ils restent limités, en particulier dans les organismes locaux, dont les équipes peuvent être composées de quelques agents, alors même que les investigations et contrôles sur place nécessitent du temps agent.

[445] **En termes de compétence**, 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 risque de ne pas être suffisant pour disposer des profils adéquats et immédiatement compétents. Par ailleurs, certaines caisses ont du mal à être attractives vis-à-vis de « profils rares » dans un marché du travail en tension.

[446] **S'agissant des moyens d'action**, le PLFSS pour 2023, en prévoyant d'attribuer des prérogatives de police judiciaire, notamment de cyber enquête, aux organismes de protection sociale, va dans le sens d'une meilleure appropriation et d'un développement de la réponse pénale par les agents des organismes de sécurité sociale et pourrait rendre plus attractifs certains postes.

---

<sup>286</sup> Souligné par la Cour des Comptes dans son rapport susmentionné relatif à la fraude sociale.

<sup>287</sup> Elles représentent pour les prestations en espèces pour 2020 et 2021 respectivement un montant de 259 et de 406 M€.

- Par ailleurs, s'agissant des outils :

[447] **Les systèmes d'information internes présentent selon les interlocuteurs rencontrés par la mission certaines limites** qui peuvent complexifier les procédures de contrôle (conception des requêtes pour les organismes du réseau ; accès plus large aux données recensées dans l'outil OG3S).

[448] **Les partages d'information entre administrations d'une part, branches et régimes, d'autre part, sont encore sous-utilisés**, alors même, au-delà de l'enjeu de rationalisation de la gestion des développements de système d'information et de facilitation de la relation aux usagers, qu'ils ont un intérêt important pour éviter la fraude ou la détecter. En ce sens, 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...) <sup>288</sup>.

[449] **En matière de sanctions**, les procédures pénales sont considérées par les interlocuteurs que la mission a rencontrés comme ayant une faible portée (peu de poursuites, simple rappel à la loi), ce qui amène les caisses à privilégier les sanctions administratives (avertissements et pénalités financières) pour leur effet dissuasif et immédiat <sup>289</sup>, alors même que cette stratégie peut créer une certaine forme d'impunité. S'agissant de la procédure de transaction, elle est considérée comme ne sécurisant 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 de celles du directeur général de la caisse nationale.

#### 4.7.3 Un « changement d'échelle » désormais nécessaire

[450] L'action engagée par l'assurance maladie au cours de la COG en matière de lutte contre la fraude est positive et structurante ; mais elle demande encore à être renforcée pour l'avenir. Dans son support mentionné ci-dessus sur la fraude aux prestations sociales, la Cour des Comptes recommande un « *changement d'échelle* » en matière de lutte contre la fraude.

[451] 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, la mission recommande que les moyens dont dispose l'assurance maladie pour lutter contre la fraude soient renforcés dans trois dimensions :

##### 4.7.3.1 Accroître la professionnalisation des services de lutte contre la fraude

[452] La mission recommande que l'assurance maladie renforce les efforts engagés en ce sens vis-à-vis d'une part des collaborateurs en poste, et d'autre part, des futurs recrutements. L'objectif est d'adapter les profils aux nouveaux besoins de compétence, de favoriser l'appropriation de la réponse pénale, de développer les échanges et les compétences avec les services hautement spécialisés (ministère de l'intérieur, de la justice, de l'économie). Dans cette perspective, il sera utile que l'assurance maladie se tienne informée de l'évaluation faite par la CNAF de son service national de

---

<sup>288</sup> 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.

<sup>289</sup> 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 maladie pour renforcer et adapter les sanctions aux fraudes et augmenter le caractère dissuasif de la sanction financière.



lutte contre la fraude à enjeux et du bénéfice retiré de la diversification des recrutements externes spécialisés.

**Recommandation n°43** Poursuivre la professionnalisation du réseau en matière de fraude en renforçant les formations continues, en organisant des échanges de collaborateurs avec des services extérieurs spécialisés (police, justice, finances) et en s’attachant à recruter, au cours des prochaines années, des collaborateurs disposant, de par leur parcours professionnel antérieur, de solides compétences spécialisées en matière de lutte contre la fraude.

#### 4.7.3.2 Renforcer les moyens d’action à disposition des services de l’assurance maladie

[453] Le préalable d’une action efficace et priorisée de l’assurance maladie en matière de lutte contre la fraude réside dans son estimation, la plus précise possible, du phénomène de fraude. C’est la raison pour laquelle la démarche engagée en la matière doit absolument être poursuivie et affinée autant que cela sera possible grâce à l’utilisation des outils et technologies à disposition.

**Recommandation n°44** Poursuivre les travaux d’estimation de la fraude selon un calendrier annoncé. Inscrire cet engagement dans la COG, associé à un échéancier et un indicateur de suivi des résultats d’estimation de fraude.

[454] Le PLFSS pour 2023 comprend, dans la version présentée par le gouvernement au parlement, plusieurs mesures relatives au renforcement de la lutte contre la fraude, qui, si elles sont adoptées, paraissent de nature à répondre aux besoins exprimés par les interlocuteurs de la mission<sup>290</sup>. En revanche, il ne prévoit pas de disposition de nature à sécuriser les directeurs de caisses dans l’usage de la procédure de transaction. Pour autant, une clarification du code de la sécurité sociale sur ce point serait opportune pour lever des inquiétudes qui manifestement subsistent.

**Recommandation n°45** Sécuriser juridiquement les compétences des directeurs de CPAM en matière de transaction financière en cas de fraude.

#### 4.7.3.3 Optimiser les systèmes d’information reste le levier principal

[455] En interne à la branche, trois vecteurs essentiels doivent être mobilisés :

- Le développement indispensable de contrôles embarqués, en particulier pour le traitement des IJ des travailleurs salariés (via le déploiement d’ARPEGE) et pour les contrôles des établissements de santé soumis à la T2A.
- La dématérialisation urgente des processus : des projets comme la e carte vitale, la e prescription ou la facturation en ligne, présentent des avantages en termes de prévention de la lutte contre la fraude.
- Le développement de l’utilisation de méthodes de *datamining*, qui, à partir de cas de fraudes identifiés et de cas de non fraudes, permettent de modéliser différents profils de fraudes pour

---

<sup>290</sup> Attribution de prérogatives de police judiciaire aux organismes de protection sociale, autorisation des greffiers des tribunaux de commerce de communiquer des informations utiles aux acteurs de la lutte contre la fraude aux cotisations et aux prestations sociales, re-haussement du barème de pénalités applicables en cas de fraude à l’assurance maladie, possibilité donnée aux caisses d’assurance maladie d’évaluer des indus par extrapolation de contrôles sur échantillons, extension de la procédure de déconventionnement d’urgence à de nouvelles catégories de professionnels de santé, limitation de la prise en charge des arrêts de travail délivrés par téléconsultation par des praticiens autres que le médecin traitant.

mesurer a priori (avant investigation) la probabilité de fraude d'un acteur. Si ces méthodes semblent prometteuses en termes d'efficacité des contrôles, elles sont à ce stade appliquées à un champ très limité au regard du périmètre d'action de l'assurance maladie<sup>291</sup>. Par ailleurs, elles devraient faire l'objet d'analyse de leur efficacité, à la fois dans le ciblage des dossiers et dans les résultats obtenus.

**Recommandation n°46** Poursuivre le développement de l'utilisation du *datamining* comme outil d'aide à la lutte contre la fraude selon un calendrier élaboré en fonction des risques de fraudes pressenti par type de prestation et/ou de professionnel ou prestataire et évaluer leur efficacité en termes de ciblage des dossiers et de résultats obtenus.

[456] Par ailleurs, le partage d'outils et données entre partenaires d'autres branches et d'autres administrations mérite d'être renforcé, d'une part car il permet de disposer directement de données relatives aux assurés et ainsi de faire en amont du versement des prestations des vérifications et d'éviter des fraudes.

## 5 Une gestion des ressources de plus en plus contrainte pour répondre aux attentes en matière de politique de santé, de qualité de service et d'efficacité

[457] **La trajectoire de ressources, budgétaires et humaines, constitue un élément central de toute COG.** La COG initiale fixe le cadre limitatif et le rythme d'évolution des dépenses et des recettes, par grandes catégories, en particulier pour ce qui concerne le fonds national de gestion (FNG), ainsi que leurs règles de gestion. La première annexe de la convention est consacrée aux ressources et aux règles budgétaires. C'est avec les moyens inscrits dans la COG que la branche met en œuvre les objectifs fixés dans celle-ci, et plus largement, assure le fonctionnement de ses structures. D'autres documents, utiles au pilotage des ressources, peuvent être déclinés de cette annexe tels que par exemple « *le plafond d'emplois annuel arrêté pour la durée de la COG* ».

[458] **La présente partie vise à établir le bilan de la mise en œuvre de la COG appréhendée sous l'angle budgétaire, des effectifs et de la productivité<sup>292</sup>. Elle analyse également les facteurs qui influenceront sur la détermination des ressources allouées à l'assurance maladie pour la période 2023 à 2027, formule des recommandations et identifie des points de vigilance sur lesquels l'Etat pourra s'appuyer pour définir la prochaine trajectoire, des effectifs en particulier.**

[459] **Ce volet de la négociation sera d'autant plus sensible que les efforts d'efficacité produits par l'assurance maladie ont été réels depuis plusieurs années, que les leviers d'efficacité disponibles semblent moins puissants et que le contexte est marqué, à date, par des incertitudes importantes.**

<sup>291</sup> 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 (voir annexe).

<sup>292</sup> Cf. aussi l'annexe 10 qui correspond à la note d'étape adressée par la mission à la DSS fin juillet 2022 pour lui fournir un premier éclairage sur la trajectoire.

## 5.1 La trajectoire de ressources a été fortement impactée par des facteurs exogènes à l'assurance maladie, qui n'ont pas empêché la poursuite des efforts de productivité

[460] La mission s'est attachée à dégager les principaux enseignements de la mise en œuvre de la COG appréhendée sous trois angles : le respect de la trajectoire budgétaire, l'évolution des effectifs et l'analyse de la productivité des caisses primaires.

### 5.1.1 Un pilotage adaptatif des ressources budgétaires qui a permis à l'assurance maladie de financer des dépenses majeures non inscrites initialement dans la COG

#### 5.1.1.1 Un budget de fonctionnement de plus de 6 Md€ bénéficiant de mécanismes de reports très facilitants

[461] Compte tenu des priorités d'étude qui lui ont été fixées, la mission a centré son analyse sur **l'exécution du FNG qui comprend les ressources nécessaires au fonctionnement des structures de l'assurance maladie**, établissement public CNAM et réseau<sup>293</sup> et s'élevait en **2018 à 6,363 milliards** d'euros (dépenses brutes).

[462] Le FNG présente les principales caractéristiques suivantes :

- Des **dépenses à caractère limitatif**, dont les montants figurant dans la convention sont arrêtés de manière définitive pour chaque exercice<sup>294</sup>. Ces dépenses représentaient 5,213 Md€ en 2018, soit 82% du fonds ;
- Des dépenses à caractère évaluatif, dont les montants sont arrêtés de manière indicative pour chaque exercice budgétaire. Ils peuvent être ajustés dans le cadre du budget de gestion, au vu des décisions prises qui s'imposent à la CNAM<sup>295</sup> (1,150 Md€ en 2018) ;
- Les dépenses à caractère limitatif sont **massivement dédiées aux dépenses de fonctionnement** (près de 95 % du total), les dépenses d'investissement s'élevant à 291 M€ ;
- S'agissant enfin des **dépenses de fonctionnement, elles sont composées à 80% des dépenses de personnels** (3,964 Md€), les autres dépenses de fonctionnement (958 M€) se répartissant entre dépenses non informatiques (790 M€) et dépenses informatiques (168 M€).

[463] L'assurance maladie bénéficie par ailleurs d'une **souplesse permise par sa COG en matière de règles de gestion budgétaire**. Si classiquement la fongibilité est autorisée au sein de chaque groupe de dépenses limitatives<sup>296</sup>, l'annexe 1 de la convention prévoit des **règles spécifiques de report des crédits de fonctionnement non consommés**. Les reports de crédits de fonctionnement sont non seulement possibles d'une année sur l'autre (mécanisme d'affectation), mais **les crédits**

<sup>293</sup> Outre le FNG, d'autres fonds, rassemblant des moyens mobilisés dans le cadre de différentes politiques publiques (5,2 milliards d'euros en 2018), sont également inscrits dans la COG : le fonds national d'action sanitaire et sociale (43 md€ en 2018), le fonds national de prévention, d'éducation et d'information (379 M€), le fonds de lutte contre le tabagisme (120 M€), le fonds des actions conventionnelles (316 M€) et le fonds pour la démocratie sanitaire (11 M€). Le FNG concentre plus 85% du montant total des fonds.

<sup>294</sup> Il s'agit des dépenses de personnel, des autres dépenses de fonctionnement, réparties entre les dépenses non informatiques et les dépenses informatiques et des dépenses d'investissement.

<sup>295</sup> Il s'agit par exemple des dotations aux amortissements et provisions, de la contribution aux dépenses de fonctionnement des ARS ou des logiciels créés et en cours de création

<sup>296</sup> Dépenses de personnel, autres dépenses de fonctionnement, dépenses d'investissement immobilier et autres objets et dépenses d'investissement informatique.

**non consommés et non affectés sur l'exercice suivant peuvent également alimenter une « réserve nationale » utilisée, avec l'accord de l'Etat, pour des réajustements de crédits au fil des budgets rectificatifs.**

[464] A titre d'illustration, les **crédits non consommés au terme de l'exercice 2019 se sont élevés à 284 M€** (99 M€ de dépenses de personnel, 83 M€ d'«autres dépenses de fonctionnement» et 102 M€ de crédits d'investissement); 133 M€ ont été réaffectés (31 en « autres dépenses de fonctionnement » et 102 en investissement) et **151 M€, exclusivement de crédits de fonctionnement, ont été versés à la réserve nationale pour crédits non consommés.**

[465] Ces dispositions sont **atypiques par rapport aux principes budgétaires** en vigueur pour les services de l'Etat, ses opérateurs comme pour les collectivités territoriales ou les établissements publics de santé. Elles offrent une grande souplesse de fonctionnement à la CNAM mais également à l'Etat. Dans le contexte qui a caractérisé cette COG, cela a **permis de s'adapter rapidement à l'évolution du contexte** (modification des autorisations de dépenses par présentation de budgets rectificatifs au conseil de la CNAM).

[466] Ce mécanisme a par exemple permis que l'assurance maladie finance, quasiment à parité avec l'Etat, deux dépenses majeures non inscrites dans la COG, ce qui illustre son intérêt :

- **les renforts de crise** qu'elle a été autorisée à recruter : pour un coût total qui devrait atteindre 455 M€ de 2020 à fin 2022. 229,4 M€ ont été financés par l'avenant à la COG (dépenses de la tranches ferme), 226,4 par prélèvement sur la réserve nationale de crédits non consommés (dépenses engagées au titre des tranches conditionnelles) ;

- le coût de développement de **Mon Espace Santé** a été financé à due concurrence par des crédits délégués dans le cadre du financement SEGUR du numérique et par prélèvement sur la réserve nationale.

[467] Pour autant, dans un contexte d'un resserrement général des contraintes budgétaires pesant sur les structures publiques et sur les dépenses de l'assurance maladie, **la mission s'interroge sur l'opportunité que cette possibilité de mise en réserve soit plus encadrée** pour mieux garantir les règles de bonne gestion budgétaire (prévision et exécution de la dépense<sup>297</sup>) dans une logique de convergence entre branches.

#### 5.1.1.2 La trajectoire des dépenses de personnel adaptée, chaque année depuis 2020, aux besoins de la crise

[468] **Le cadrage budgétaire inscrit dans la COG prévoyait une diminution de 0,4% des dépenses de personnel** entre l'exécution 2017 (4,003 Md€) et la prévision d'exécution 2022 (3,985 Md€). La crise sanitaire a conduit à renforcer les effectifs du réseau en 2020, 2021 et 2022, ce qui a entraîné un **dépassement des objectifs de la COG pour ces 3 exercices, validé par l'Etat dans le cadre de l'avenant à la COG et des budgets rectificatifs successifs.**

[469] Au-delà des modifications apportées à la trajectoire budgétaire induites par la crise, la mission souhaite insister sur quelques constats relatifs au suivi des dépenses de personnel de la COG :

---

<sup>297</sup> A titre d'illustration, les crédits des « autres dépenses de fonctionnement » non consommés en 2019 (83 M€) représentaient 9,2% de la base COG pour cette rubrique de dépenses.

- Le **suivi budgétaire permis par les tableaux de bord budgétaires** transmis trimestriellement à la DSS, et dont la nomenclature sert également de base aux délibérations du Conseil, présente un **niveau de détail pour le moins réduit en termes de natures de dépenses**. Ils ne distinguent ainsi, pour les près de quatre milliards d'euros de dépenses de personnel, que quatre catégories de dépenses<sup>298</sup>. Cette approche limite fortement les possibilités d'analyse détaillée de l'évolution des différentes natures de dépenses ;
- **La maîtrise des dépenses de personnel a été difficile lors de la première année de la COG (2018)**, au niveau du siège comme du réseau. La base COG a dû être abondée de 91 M€ pour couvrir un dépassement final de 63M€ par rapport à la prévision initiale ;
- On observe enfin un **dépassement systématique par rapport à la base COG des crédits de personnel de l'établissement public CNAM** avant même le déclenchement de la crise sanitaire : +3,5M€ en 2018, + 8,4 M€ en 2019 puis + 40 M€ en 2020<sup>299</sup>. La mission relève que le dépassement de fin d'exécution 2020 était inscrit dès le tableau de bord budgétaire d'avril (donc sans corrélation avec la crise sanitaire). La CNAM indique que cette augmentation serait liée à l'intégration de 178,5 ETP issus des régimes, sans inscription budgétaire correspondante. Cette explication ne peut être que partielle pour justifier un dépassement d'une telle ampleur ;
- **La prévision d'exécution de l'exercice 2022 devra encore être adaptée au cours du dernier trimestre**. Si les renforts de crise de l'année paraissent bien intégrés, l'augmentation de 3,5% des rémunérations des personnels relevant de la convention UCANSS à compter du 1<sup>er</sup> octobre nécessitera une nouvelle rectification budgétaire (le coût pour l'année 2022 est estimé par la CNAM à 42 M€, soit 168M€ en année pleine).

#### 5.1.1.3 Une évolution dynamique des dépenses au titre des autres comptes de fonctionnement, marquée par la croissance de l'intérim

[470] Les **autres comptes de fonctionnement (hors dépenses informatiques)**<sup>300</sup> **faisaient l'objet dans la COG d'une trajectoire prévisionnelle en diminution de 15 %** pour les dépenses du réseau et du siège. Si la cible COG a été respectée au cours des quatre premières années, notamment en 2020 (taux d'exécution inférieur à 90%), l'exécution 2022 (sur la base des prévisions en date de juillet) devrait être supérieure de plus de 100 M€ à la cible, avec une **croissance des dépenses supérieure à 18% par rapport à l'exécuté 2021, principalement du fait d'effets induits par la crise sanitaire (dépenses d'intérim)**.

<sup>298</sup> Les dotations et l'intéressement des organismes du réseau d'une part, de l'établissement public CNAM d'autre part.

<sup>299</sup> Ces dépassements ont représenté de 1,7% à 19,2% sur la période pour un budget annuel d'en moyenne 208 M€, L'exécution 2021 s'est stabilisée au niveau de l'exécution 2020, de même que, selon les prévisions de mi année, pour 2022 (avant prise en compte des mesures de revalorisation salariale).

<sup>300</sup> Dépenses du réseau et de l'UGECAM, de l'établissement public CNAM, comptes de fonctionnement des travailleurs indépendants et autres subventions.

Tableau 18 : Autres comptes de fonctionnement - cibles COG

| M€                                       | 2017    | 2018    | 2019    | 2020    | 2021    | 2022*   | Taux d'évolution 2022/2017 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------------------|
| <b>TOTAL (cible COG)</b>                 | 811,773 | 790,578 | 728,343 | 746,801 | 659,823 | 635,487 | - 21,71% <sup>301</sup>    |
| <b>TOTAL (exécution)</b>                 | 811,773 | 771,681 | 709,979 | 666,802 | 641,382 | 743,036 | -8,46 %                    |
| <i>Dont réseau et UGECAM (cible COG)</i> | 488     | 482,494 | 466,635 | 460,155 | 428,585 | 410,585 | -14,22% <sup>302</sup>     |
| <b>Exécution Réseau</b>                  | 482,494 | 473,018 | 470,782 | 451,215 | 464,508 | 550,928 | + 14,18 %                  |
| <i>Dont CNAM EP (cible COG)</i>          | 38      | 37,05   | 36,124  | 35,225  | 33,810  | 32,410  | -14,7%                     |
| <b>Exécution CNAM EP</b>                 |         | 33,346  | 35,327  | 29,460  | 33,459  | 40,647  | + 21,35 %                  |

\*exécution prévisionnelle en date de juillet 2022

Source : mission

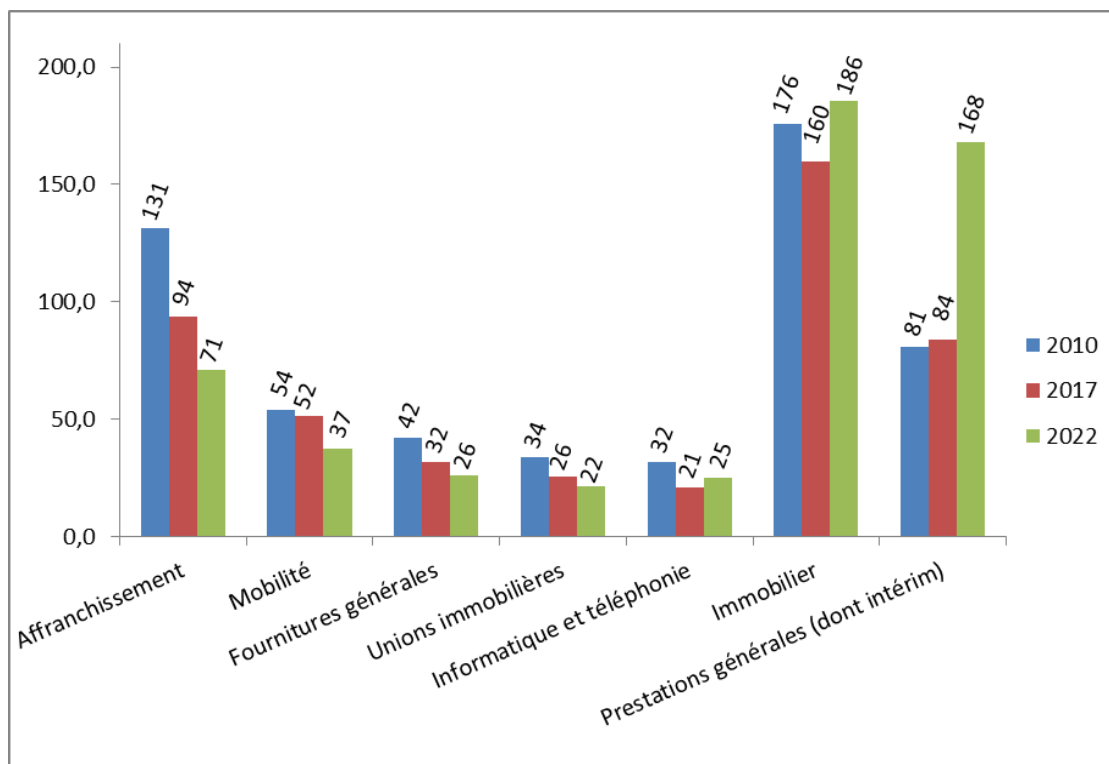
[471] On constate **des dynamiques contrastées des dépenses du réseau** depuis 2010 : en baisse, les dépenses d'affranchissement sous l'effet de la dématérialisation des procédures et de la montée en charge des téléservices, les dépenses de mobilité (avec une baisse amplifiée par la crise), celles de fournitures générales ; en hausse les dépenses immobilières qui s'élèvent à 185,8 M€ principalement au titre du gardiennage, du nettoyage, des impôts et taxes, et de l'énergie.

[472] **Le poste le plus dynamique est celui des dépenses d'intérim** qui sont passées de 3,3 M€ en 2017 à 80 M€ en 2022, dont 60 M€ au titre de la gestion de crise (contact tracing et vaccinations) et 20 M€ en renforts de la gestion des IJ et des plateformes téléphoniques assurés. Les dépenses d'intérim ont commencé à croître avant la crise (passage de 3,3 M€ en 2017 à 9,6 M€ en 2019), mais ont augmenté de façon exponentielle ensuite, passant de 20,2 M€ en 2020 à 39,8M€ en 2021 et 80 M€ en 2022. Cette hausse s'inscrit dans un double contexte : limitation conventionnelle à la durée de recrutement des renforts pendant la crise, difficultés croissantes à recruter des CDD sur un marché du travail concurrentiel. **Cette croissance des dépenses d'intérim a par ailleurs des effets sur les dépenses consacrées au personnel auxquels il convient d'être attentif.** Cela entraîne un renchérissement significatif du coût des ressources humaines par rapport aux CDD employés directement par l'assurance maladie (qui peut aller jusqu'à 50%) ; cela conduit par ailleurs à extraire du suivi budgétaire des dépenses de personnel une part croissante de dépenses. Il est dès lors nécessaire que le suivi des effectifs repose à l'avenir sur une approche consolidée, incluant les dépenses d'intérim.

<sup>301</sup> La mission a relevé un taux d'évolution différent dans la COG pour des valeurs annuelles pourtant identiques.

<sup>302</sup> Même observation.

Graphique 9 : Evolution des dépenses de fonctionnement du réseau (en millions d'euros)



Source : CNAM

[473] Les dépenses de l'établissement public CNAM ont été également dynamiques, en particulier s'agissant des dépenses de prestations générales (conseil).

#### 5.1.1.4 Les dépenses informatiques affichent un haut niveau de réalisation, cohérent avec la densité de la Roadmap

[474] Les crédits destinés au financement des systèmes d'information font l'objet de lignes spécifiques au sein du FNG, en fonctionnement et en investissement (crédits limitatifs) et d'une ligne de dépenses à caractère évaluatif.

[475] En lien avec le mécanisme de gestion budgétaire mentionné au 5.1.1, il est possible pour l'assurance maladie d'effectuer des **virements de crédits des dépenses d'investissement informatique vers les dépenses de fonctionnement** de maîtrise d'œuvre de l'établissement public national. Cette règle crée une **marge de manœuvre supplémentaire pour gérer les dépenses SI**, appréciable pour les équipes de la CNAM. Dans un contexte où les pratiques métiers évoluent très vite en matière de SI, avec des choix à opérer entre achat de licences et gestion locative qui peuvent différer selon les propositions des éditeurs et dans le temps, **la mission considère que ces règles, qui créent de la souplesse, sont utiles pour la gestion de la CNAM en matière SI.**

[476] Par ailleurs, l'avenant à la COG lié à la gestion de la crise COVID a abondé, à la marge, les crédits informatiques inscrits dans la COG, en fonctionnement (+2,1 M€) et en investissement (+3,6M€).

[477] L'exécution des budgets 2018-2021 montre que le calibrage global des crédits limitatifs de la COG a été pertinent : le niveau d'exécution par rapport aux crédits prévus dans la COG<sup>303</sup> est proche de 100% (97,3%). La prévision d'exécution budgétaire à avril 2022 ferait apparaître un niveau de dépenses élevé en 2022 avec une surconsommation de l'ordre de 10% par rapport aux crédits prévus à la COG (toujours hors MES).

[478] Les crédits évaluatifs sont destinés à financer des logiciels à créer ou en cours. Ils sont « ajustés dans le cadre du budget de gestion, au vu des décisions qui s'imposent à la CNAM ». Leur exécution est deux fois supérieure à la prévision initiale.

Tableau 19 : Dépenses informatiques sur la période 2018-2022

| En euros                  | Prévu COG + avenant | Réalisé*  | Différence |
|---------------------------|---------------------|-----------|------------|
| <b>Fonctionnement</b>     | 880 476             | 1 251 163 | 370 687    |
| <b>Investissement</b>     | 650 600             | 648 286   | - 2 314    |
| <b>Total avec MES**</b>   | 1 531 076           | 1 899 449 | 368 373    |
| <b>Total sans MES**</b>   | 1 531 076           | 1 690 189 | 159 113    |
| <b>Crédits évaluatifs</b> | 198 000             | 418 481   | 220 481    |

\*Pour 2022, réalisé prévisionnel à avril 2022 ; \*\* Mon Espace Santé

Source : Mission, à partir des tableaux de bord de la DSS

[479] La mission constate une augmentation plus marquée du taux d'exécution des dépenses de fonctionnement par rapport à celles d'investissement, en lien notamment avec l'évolution d'année en année d'une logique d'achat de licences à une logique de gestion locative :

Tableau 20 : Taux d'exécution des budgets informatiques de fonctionnement et d'investissement par rapport aux montants inscrits à la COG, entre 2018 et 2022

| Exécuté par rapport à la COG | 2018  | 2019   | 2020   | 2021   | 2022 (prévisionnel) |
|------------------------------|-------|--------|--------|--------|---------------------|
| <b>Fonctionnement</b>        | 97,5% | 104,2% | 117,3% | 125,5% | 144%                |
| <b>Investissement</b>        | 72%   | 108,9% | 123,4% | 84%    | 110%                |

Source : Mission, à partir des tableaux de bord de la DSS

#### 5.1.1.5 L'investissement immobilier en net recul

[480] Hors informatique, les dépenses d'investissement correspondent principalement à l'immobilier (un peu moins d'un quart des dépenses d'investissement (1,3Md). En la matière, l'annexe budgétaire de la COG a inscrit un budget de 300 M€<sup>304</sup>, caractérisé par une baisse régulière des inscriptions annuelles (de 90 M€ en 2018 à 40 M€ en 2022, soit une baisse, pour la dernière année de la COG, de 75,8 % par rapport à la prévision d'exécution 2017 (165,4 M€)).

[481] En matière de dépenses d'investissement immobilier, la période de la COG se caractérise d'une part par des versements de produits de cession significatifs en raison d'une politique volontariste de gestion du patrimoine dans certains départements, dont Paris (36M€ en 2019, 21 M€ en 2020, 59,8

<sup>303</sup> Hors Mon Espace Santé non prévu à la COG

<sup>304</sup> Les documents budgétaires distinguent, en trois lignes, l'immobilier des organismes du réseau (hors unions immobilières et des caisses générales de sécurité sociale), celui des unions immobilières et des caisses générales de sécurité sociale et celui de l'établissement public, siège de la caisse national



M€ en 2021 et 25 M€ en 2022), et d'autre part par des reports d'excédents, dès le début de la COG, en forte croissance pendant la période de crise sanitaire (32 M€ en 2019, 70 M€ en 2020, 126 M€ en 2021 et 152M€ en 2022).

### 5.1.2 Une trajectoire des effectifs initiale exigeante, modifiée pour prendre en compte la gestion de crise, qui devrait être respectée

[482] La trajectoire des effectifs a été marquée par trois caractéristiques majeures : des efforts importants d'efficience à périmètre constant, des évolutions d'effectifs liées à des changements de périmètres pérennes inscrits dans la COG initiale qui ont représenté de forts enjeux managériaux, enfin des renforts massifs de personnels liés à la crise.

[483] Les caractéristiques de la trajectoire initiale de la COG sont détaillées dans l'annexe 10. Il faut en retenir, en premier lieu, qu'**à périmètre constant d'activités, une réduction de 12 % des effectifs de l'assurance maladie (soit 7 706 ETP) était** attendue sur la durée de la COG (passage d'un effectif de référence 2017 de 64 806 ETP à 57 100 ETP en 2022)<sup>305</sup>.

[484] La trajectoire prenait également en compte les **conséquences de l'intégration au régime général** des régimes des étudiants, des fonctionnaires et du RSI, soit + 4 000 ETP (net de l'application de la trajectoire) (voir partie 4.1.).

[485] Des ajustements de portée plus limitée ont également été effectués pour prendre en compte des **évolutions pérennes du périmètre d'activité**, principalement du fait de la **réforme du contentieux de la sécurité sociale** (réforme Ma justice 2021) représentant à date une refaction de 170 ETP<sup>306</sup>.

#### 5.1.2.1 Des renforts exceptionnels accordés au titre de la crise sanitaire

[486] Le détail du volume et de la cinétique de mobilisation des renforts de crise est présenté dans la partie 1. Il convient principalement de retenir quant à leur **incidence sur la trajectoire des effectifs** que :

- **Seuls les postes recrutés en CDI, 1 200 en 2021 ramenés à 900 en 2022, ont nécessité une modification de la trajectoire.** Les recrutements de CDD sont réalisés hors plafond d'emplois et les contrats d'intérimaires sont rémunérés sur les autres charges de fonctionnement et non sur les dépenses de personnel. L'impact sur la trajectoire des effectifs porte de ce fait sur moins de 20% du total des renforts de crise dont l'assurance maladie a bénéficié sur la période ;

<sup>305</sup> 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). A périmètre constant, les effectifs de l'assurance maladie devraient 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, soit une réduction de 12.786 ETP (18,3%).

<sup>306</sup> Ce chiffre fait encore l'objet de débat, la DSS estime que le niveau de restitution serait minoré quand la CNAM pointe pour sa part le poids, non compensé, du fonctionnement des nouvelles instances précontentieuses ; elle estime la charge non compensée entre 111 et 125 ETP.

- **Le devenir des 900 CDI accordés pour 2022 au titre du contact tracing doit être fixé.** La lettre des ministres du 8 septembre 2021 prévoyait dans l'hypothèse où le contexte sanitaire le permettrait, de mettre fin à ces renforts en 2023 ; cette hypothèse inquiète fortement les acteurs de l'assurance maladie, car elle obérerait massivement leur capacité à recruter au cours de la première année de la COG. Dans le cas contraire, les 900 postes de CDI pourraient être traités comme une sorte de « sureffectif » à intégrer à la prochaine trajectoire d'effectifs et à résorber sur la durée de cette dernière.

[487] **Dans ces conditions, la mission insiste sur la nécessité de lisser la résorption des 900 CDI recrutés au titre de la crise, 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.**

[488] Suite à ces différents ajustements, la trajectoire des effectifs a été modifiée comme résumée dans le tableau ci-dessous. **La cible à atteindre en 2022 est désormais de 61 879 ETPMA.**

Tableau 21 : Trajectoire 2018-2022 modifiée

|  | 2018   | 2019   | 2020   | 2021   | 2022   |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Plafond d'emploi COG</b>                              | 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      |
| <b>Plafond annuel révisé</b>                             | 63 695 | 62 461 | 64 083 | 63 743 | 61 879 |

Source : Mission à partir de DSS

#### 5.1.2.2 Le respect de la trajectoire de la COG est annoncé, en dépit de départs à la retraite moins élevés et au prix d'une importante réduction des effectifs en 2022

- **L'application de la trajectoire a été rendue plus difficile au sein du réseau, du fait d'un nombre de départs à la retraite sensiblement moins élevé qu'initialement prévu, compensé par un turn-over plus important.**

[489] Alors que les prévisions initiales de la COG évaluaient à 13 890 le nombre de départs à la retraite entre 2018 et 2022, 11 287 ont été réalisés soit 2 603 de moins<sup>307</sup>. *A contrario*, le turn-over a été de près de 20 % plus important que celui constaté sur la COG précédente (1 720 ETP en moyenne annuelle de 2018 à 2021<sup>308</sup> contre 1 440 ETP de 2013 à 2017). Ce turn-over a permis de respecter la trajectoire, au prix toutefois d'une fragilisation de certaines équipes.

<sup>307</sup> Cela s'explique notamment 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).

<sup>308</sup> Soit 8 451 départs sur la période

Les règles de répartition au sein du réseau de l'effort prévu au titre de la trajectoire, reposent sur un taux de remplacement des départs projetés (retraites et turn-over) qui est ajusté par organisme en fonction de ses indicateurs de performance (taux de remplacement moins favorable pour les caisses les moins productives et ayant moins respecté leur CPG) ; ce taux est fixé, en début de COG pour toute sa durée. Ainsi, le taux moyen de remplacement sur les départs en retraite et le turn-over a été arrêté, pour la COG actuelle, à 59,8 % en moyenne pour les CPAM, avec une fourchette allant de 51 à 67 %.

[490] 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 que prévu du fait de moindres départs à la retraite et d'autres plus, du fait d'un fort turn-over.

- **Une trajectoire moins lisible en raison des apports de crise, et marquée par un atterrissage en 2022 très exigeant.**

L'exécution annuelle de la trajectoire a connu plusieurs phases :

- 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 ;
- 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 ;
- 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 trajectoire<sup>309</sup>. Le respect de la cible de la COG au terme de l'année 2022 correspond à une contribution très importante : 1 863 ETP CDI doivent être restitués, auxquels s'ajoutent les 80 postes de sur exécution 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 de gestion.

Tableau 22 : Respect des plafonds d'emplois de la COG<sup>310</sup>

| Trajectoire COG ETPMA          | 2017   | 2018   | 2019   | 2020   | 2021   | 2022   |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Cible COG</b>               | 64 806 | 63 695 | 62 461 | 64 083 | 63 743 | 61 879 |
| <b>Ecart Prévision / Cible</b> |        | - 73   | - 552  | - 465  | +80    |        |
| <b>Prévision / Réalisation</b> |        | 63 622 | 61 909 | 63 618 | 63 823 |        |

Source : Mission à partir de données DSS

### 5.1.2.3 Des évolutions différenciées des effectifs selon les structures et les activités

[491] Toutes les structures de l'assurance maladie 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 avec la même intensité par cet effort, en lien avec l'évolution des charges d'activités et l'existence des gisements d'efficience mobilisables.

<sup>309</sup> « La prévision en ETPMA associée au TBB de juillet 2022 est conforme à la cible COG réactualisée soit 61 914 ETPMA ».

<sup>310</sup> 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 de ces écarts, certes mineurs.

● **Des trajectoires d'effectifs contrastées selon les types de structures**

[492] Le tableau ci-dessous fait apparaître, au terme de l'année 2021, des trajectoires contrastées selon les catégories de structures.

Tableau 23 : Evolution des effectifs par type de structure entre 2017 et 2021<sup>311</sup>

|              | ETP MA<br>2017*<br>(I) | ETP MA<br>2018<br>(II) | ETPMA<br>2019<br>(III) | ETPMA<br>2020<br>(IV) | ETPMA<br>2021<br>(V) | ETPMA<br>2022<br>(VI) | Evol réelle<br>2021/2017 | Evol<br>relative<br>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%                         |
| <b>Total</b> | <b>64 806</b>          | <b>63 622</b>          | <b>61 909</b>          | <b>63 618</b>         | <b>63 823</b>        | <b>61.879</b>         | <b>-983</b>              | <b>-1,52%</b>                 |

Source : Base mensuelles UCANSS (etp moy), 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

[493] On peut notamment relever des évolutions très différenciées entre les CPAM et la CNAM.

- **Les effectifs des caisses primaires** : l'intégration des régimes et l'apport de CDI de crise se sont accompagnés de transferts d'effectifs (et de charges) vers les caisses primaires ce qui aurait dû augmenter leur poids relatif dans les effectifs globaux de l'assurance maladie. Or cela n'est pas le cas : elles représentaient 75,1% des effectifs de l'assurance maladie en 2021, comme en 2017. **Elles ont donc été un peu plus que proportionnellement contributive de l'effort collectif.** On observera que les CARSAT et les DRSM, qui ont également bénéficié de transferts, affichent un solde négatif élevé sur la période ;

**Les effectifs du siège de la CNAM** : ils connaissent une évolution très différenciée par rapport aux autres structures. **Ils ont progressé de 13,4 % (+286 ETP).** La CNAM indique que cette augmentation est due à l'intégration de 178,5 ETP issus des régimes. Cet abondement de postes représente pourtant une proportion équivalente, rapportée aux effectifs du siège en 2017, à celle des intégrations de nouveaux collaborateurs dont les CPAM ont bénéficié sur la période (transferts des régimes + CDI de crise), de l'ordre de + 8,3%. Il n'est dès lors pas possible de conclure que l'évolution différenciée des effectifs entre le siège et le réseau puisse s'expliquer par ces intégrations.

● **Les évolutions contrastées des processus métiers en termes de charges et de ressources humaines au sein des caisses primaires**

<sup>311</sup> La catégorie DRSM PA correspond aux personnels administratifs des DRSM, la catégorie DRSM PC aux praticiens conseil. 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 7 705 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 %.

[494] **La mission a analysé l'évolution des effectifs d'une quinzaine de processus métiers** parmi les plus importants exercés au sein des caisses primaires <sup>312</sup>, recroisée dans certains cas avec des indicateurs de charge/volumétrie d'activité ou de productivité. Quatre groupes d'activités peuvent être distingués (voir tableau 24) :

- **Les activités ayant produit les plus forts gains d'effectifs sont en lien avec la dématérialisation des processus et la réduction de l'accueil physique.**

[495] L'assurance maladie a depuis plusieurs années appuyé sa recherche d'efficience sur la dématérialisation de processus de gestion particulièrement mobilisateurs de ressources humaines ainsi que sur l'automatisation des démarches des assurés et la baisse de l'accueil physique. **Cinq processus** (gestion des bénéficiaires, gestion des feuilles de soins électroniques, gestion des feuilles de soins papier, gestion du courrier papier et accueil physique) représentent à eux seuls **une diminution de 3 200 ETP entre 2017 et 2021** (baisse moyenne de 21% par processus) dont une contribution majeure de **l'accueil physique** (-1 078 ETP, 28%).

- **La contribution des fonctions support à la trajectoire d'efficience**

[496] Deux fonctions sont particulièrement signalées à ce titre : la fonction achats (-211 ETP, - 27%) et la gestion immobilière (-244 ETP, - 32,5%)<sup>313</sup>. La fonction ressources humaines (RH) a connu une évolution contrastée : une baisse initiale de 112 ETP (-7%) suivie d'une augmentation de 284 ETP en 2021 en lien avec l'accompagnement RH de la crise.

- **Les activités aux effectifs préservés orientés vers l'accompagnement et le contrôle des professionnels de santé**

[497] L'accompagnement des offreurs de soins et la lutte contre la fraude constituent deux processus métiers que les caisses ont préservés en lien avec les orientations de politique générale de l'assurance maladie.

- **Des augmentations sensibles d'effectifs ciblées sur trois activités particulièrement sensibles qui nécessiteront un suivi attentif au cours de la prochaine COG**

[498] **Le règlement des IJ maladie, maternité et paternité** : les effectifs ont sensiblement augmenté à compter de 2020 en lien avec l'augmentation de la charge pendant la crise : +329 ETP (11%) pour atteindre 3 309 en 2021.

[499] **La prise en charge des appels téléphoniques** : cette activité a connu une évolution contrastée au cours de la COG. De 2017 à 2019, les effectifs consacrés à l'accueil téléphonique de niveau 1 ont diminué de 4%. Puis ils ont augmenté de 550 ETP de 2019 à 2021 pour s'établir à 3 141 (soit + 21,2%). Les appels reçus en plateformes d'appels ont connu une évolution semblable en tendance mais considérablement plus prononcée en pourcentage.

[500] **La complémentaire santé solidaire** : les effectifs ont augmenté de 12 % (+177 ETP).

[501] Dans le cas de ces trois processus, **les gains de productivité se sont révélés insuffisants au regard de la dynamique d'activité particulièrement soutenue**. Ils représentent une **augmentation de près de 950 ETP** de 2017 à 2021 (13,3% en moyenne).

---

<sup>312</sup> Données issues de la comptabilité analytique qui peuvent par conséquent comprendre des effectifs en CDD non soumis aux plafonds d'emplois (cas des activités renforcées en particulier), contrairement aux données par types de structures ne retenant que les CDI

<sup>313</sup> Il convient de relever qu'une modification de la cartographie intervenue en 2020 (création de la fonction Logistique) a modifié les périmètres de compétences et perturbe l'analyse longitudinale des effectifs

Tableau 24 : Evolution des effectifs dédiés aux processus métiers en CPAM entre 2017 et 2021

| Processus métier                        | Evolution effectifs ETP 2021 vs 2017 | Evolution % | Observations  |
|---|--------------------------------------|-------------|---|
| Gestion des bénéficiaires               | -632                                 | -20,50%     | Hausse productivité 34,3%   |
| Gestion feuilles de soins électroniques | -241                                 | -10,20%     | Hausse productivité 9,6%  |
| Gestion feuilles de soins papier        | -418                                 | -20%        | Baisse volumétrie 14,4%; hausse productivité 17,5 à 28%   |
| Gestion du courrier papier              | -827                                 | -25,80%     | Baisse volumétrie 50%   |
| Accueil physique                        | -1078                                | -28%        | Baisse volumétrie 65%   |
|   |                                      |             |   |
| Fonction achats                         | -211                                 | -27%        | Modification de la cartographie en 2020 (création fonction Logistique) Modification des périmètres de compétences |
| Gestion immobilière                     | -244                                 | -32,50%     |   |
| Fonction RH                             | 172                                  | 10,70%      | Baisse de 10% de 2017 à 2020 puis hausse de 19% en 2021 ; Accompagnement RH de la crise                           |
|   |                                      |             |   |
| Accompagnement offreurs de soins        | 13                                   | 1%          |   |
| Lutte contre la fraude                  | -28                                  | -3%         |   |
|   |                                      |             |   |
| Gestion IJ Maladie Maternité            | 329                                  | 11%         | Hausse productivité 11,5% ; hausse volumétrie 23,8%   |
| Appels téléphoniques                    | 441                                  | 16,30%      | Hausse volumétrie 50% (2018/2021), 130% (2018/1er semestre 2022)  |
| Gestion C2S                             | 177                                  | 12%         | Hausse productivité 6,1% ; hausse volumétrie 18,7%  |

Source : Mission, données CNAM

### 5.1.3 Une amélioration sensible de la productivité allant de pair avec le maintien d'écarts entre caisses

[502] La CNAM suit l'évolution de la productivité des CPAM 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 indicateur de « bénéficiaires consommateurs pondérés »** (BCP). Si cet outil présente des limites que la CNAM s'attache à corriger en prévision de la prochaine COG<sup>314</sup>, il permet néanmoins de réaliser une analyse longitudinale de l'évolution de la productivité (voir l'annexe 9). Trois principaux constats peuvent être dégagés.

<sup>314</sup> Le « bénéficiaire consommant pondéré » ou BCP : 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.

### 5.1.3.1 Des évolutions très contrastées des ressources humaines des caisses

[503] L'allocation des ressources humaines aux CPAM constitue un déterminant fort de leur productivité ; elle a été affectée par trois facteurs principaux au cours de la COG :

- La **réduction des effectifs** pour respecter la trajectoire de la COG, selon un taux de remplacement individualisé ;
- **L'incorporation d'effectifs supplémentaires suite à l'intégration de nouveaux régimes** fortement dépendante du lieu d'exercice des personnels concernés avant transfert ;
- **La gestion des dispositifs de mutualisation et d'entre-aide** qui a été utilisée pour corriger certains déséquilibres charges/ressources.

[504] L'évolution des ressources humaines comptabilisées dans le calcul de la productivité de l'assurance maladie conduit à dresser les constats suivants de 2017 à 2021 :

- **Une diminution sensible des effectifs mobilisés** : - 4,13% (de 48 545 à 46 539).
- **Des évolutions contrastées entre les caisses primaires** sous l'effet variable des facteurs rappelés ci-dessus : dans 24 CPAM les effectifs augmentent, jusqu'à 13,01% ; *a contrario*, 78 caisses voient leurs effectifs diminuer sachant que pour 12 d'entre-elles la baisse est supérieure à 10% (jusqu'à 18,89 %).
- La mission a par ailleurs étudié la **corrélation** éventuelle de l'évolution des effectifs avec deux autres critères :
  - La taille des caisses : l'analyse ne démontre **pas de corrélation évidente entre la taille des caisses et les évolutions d'effectifs les plus prononcées**. Les augmentations ou les baisses d'effectifs les plus fortes touchent un large spectre de caisses de taille importante ou réduite : la Haute-Garonne ou le Lot par exemple parmi les plus renforcées ; la Seine St Denis ou la Haute-Marne parmi les plus touchées par les baisses ;
  - La productivité des caisses : il ne semble pas exister **de corrélation évidente entre l'évolution des effectifs les plus notables et celle de la productivité**. Ainsi, huit des 24 CPAM ayant vu leurs effectifs progresser figurent parmi les 20 mieux classées en 2021<sup>315</sup>. *A contrario*, sept CPAM figurent dans les 20 dernières, illustration du fait que les évolutions d'effectifs n'ont pas été décidées uniquement en fonction de critères de productivité mais en fonction d'une analyse plus globale des situations.

### 5.1.3.2 Une amélioration générale, régulière et importante de la productivité qui ne réduit pas les écarts inter-caisses

[505] De 2018 à 2021, **la productivité moyenne des CPAM a progressé pour les 102 CPAM, de façon importante (+ 22,83% en moyenne) et régulière au cours des quatre années**. La mission fait le constat d'une amélioration notable de la productivité, y compris pour les CPAM dont les ressources humaines ont progressé. Ce résultat a pu être atteint grâce à la mobilisation des leviers d'efficience abordés dans le rapport mais aussi du dispositif d'appui méthodologique pour les caisses identifiées comme en difficultés structurelles sur un processus.

---

<sup>315</sup> Ce qui a impliqué une augmentation d'autant plus importante de l'indicateur BCP.

[506] Une **relative stabilité des écarts de productivité entre caisses** est par ailleurs observée. La productivité moyenne des dix caisses les moins productives est inférieure de 26% à celle des dix caisses les plus productives en 2021 contre 25,2% en 2017. Aussi, si des mouvements, parfois importants, sont intervenus dans le classement des CPAM, **des différences de productivité demeurent dans des proportions qui continuent à justifier que les efforts soient poursuivis pour les réduire.**

### 5.1.3.3 Un paysage de caisses contrasté, alliant une stabilité de positions pour certaines et des ruptures assez marquées pour d'autres

[507] Une analyse plus fine de la productivité des caisses révèle les constats suivants :

- **Une relative stabilité parmi les caisses classées comme les plus et les moins performantes** : six des dix CPAM les plus performantes en 2021 appartenaient à cette catégorie en 2017 ; cinq des dix moins performantes appartenaient à cette même catégorie en 2017 ;
- **Une typologie dominante en termes 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 (Hauts-de-Seine, Var, Loire-Atlantique par exemple) ; les CPAM les moins performantes sont majoritairement de petite à très petite taille (les neuf CPAM les moins productives ont moins de 230 ETP) compte tenu des contraintes structurelles (masse critique, flux d'activités limités), même si de petites caisses peuvent être productives ;
- **Les caisses affichent des dynamiques de performance très variables**, de +7,35% pour la CPAM d'Ille-et-Vilaine à + 35% pour celle de Seine-St-Denis. Il en a résulté des évolutions de position relative parfois très importantes, sans lien évident avec l'évolution de leurs effectifs et dont la mission ne peut expliciter les ressorts à ce niveau de ses travaux. Dix CPAM ont ainsi progressé de 25 places ou plus (jusqu'à 47 places gagnées), dans le cadre d'une amélioration de la productivité généralement supérieure 30 % ; à l'inverse, 12 ont reculé de 25 places ou plus (jusqu'à 42 places perdues). La mission rappelle que même les caisses dont la position relative s'est dégradée ont amélioré leur productivité sur la période.

[508] **La CNAM a au final globalement respecté les attendus d'une trajectoire d'effectifs exigeante fixée par la COG. Cet exercice a été conduit dans un contexte démographique moins favorable que prévu mais en pouvant cependant s'appuyer sur un facteur aidant, l'intégration des régimes qui a permis une certaine souplesse en matière de répartition des charges et des ressources. En dépit des contraintes imposées par le contexte sanitaire, l'assurance maladie a poursuivi ses efforts de productivité. Elle a su mobiliser pour cela des leviers d'efficience pour certains encore relativement puissants. Ces enseignements sont de nature à éclairer l'élaboration de la COG 2023-2027, dans la recherche d'une juste trajectoire en termes d'équilibre charges/ressources.**

## 5.2 Les trois principaux déterminants de la prochaine trajectoire des effectifs laissent présager d'un équilibre délicat à définir

[509] **La prochaine trajectoire des effectifs devra être définie en cohérence avec les orientations stratégiques et les objectifs opérationnels** qui seront convenus entre l'Etat et l'assurance maladie. Trois déterminants influenceront sur la capacité de la CNAM et de son réseau à la



mettre en œuvre de manière effective et soutenable : les prévisions démographiques, l'alourdissement de charge de certaines activités ainsi que la mobilisation optimale des leviers d'efficience disponibles.

### 5.2.1 Des prévisions de départs en retraite moins favorables aux restitutions d'effectifs

[510] Deux facteurs agissent sur la gestion dynamique des effectifs et conditionnent la soutenabilité d'une trajectoire, la démographie des effectifs et le turn-over.

[511] **La CNAM a réalisé de premières hypothèses de départs à la retraite au cours des années 2023-2027.** Ces départs devraient être en forte baisse par rapport à la période précédente du fait de la baisse du nombre de salariés de 56 à 59 ans (-2 565 en 2022 par rapport à 2017) et de la poursuite de la tendance à l'augmentation de l'âge moyen de départ à la retraite.

[512] Une cible haute, à 7 500, et une cible basse, à 6 800 départs en retraites (soit 10 % d'écart), ont été définies ; ces deux hypothèses sont très sensiblement en retrait par rapport aux 11 300 départs enregistrés au cours de la COG actuelle.

Tableau 25 : Prévisions de départs à la retraite 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          |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>2 166,61</b> | <b>1 803,73</b> | <b>1 669,74</b> | <b>1 476,29</b> | <b>1 302,54</b> | <b>1 226,40</b> | <b>7 478,70</b> | <b>6 790,82</b> |

Source : CNAM

[513] S'agissant du **turn-over**, les hypothèses de la CNAM sont également en baisse en valeur absolue du fait de la baisse globale des effectifs : prévision de 6 282 départs sur la durée de la COG pour 8 500 constatés sur la COG actuelle.

Tableau 26 : Prévisions de turn-over 2023-2027

|           | 2023     | 2024     | 2025     | 2026     | 2027     | TOTAL COG       |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------|
| Turn over | 1 307,87 | 1 281,71 | 1 256,08 | 1 230,96 | 1 206,34 | <b>6 282,96</b> |

Source : CNAM

[514] Selon la CNAM, sur la base d'une hypothèse à 6 700 départs en retraite, plus de 4 500 départs concerneront les CPAM soit les deux tiers. La soutenabilité pour le réseau de la future trajectoire sera à apprécier aussi en fonction de ce paramètre.

[515] A titre d'exemple<sup>316</sup>, **la restitution de 6 000 ETP induirait pour les CPAM le quasi non remplacement de leurs 4 500 départs en retraite**, ce qui semble fonctionnellement non soutenable, le turn-over ne pouvant à lui seul répondre aux suppressions de postes car touchant les caisses et les activités de façon très inégale. **Dans une hypothèse de - 4 000 rendus de postes, deux tiers des départs à la retraite des CPAM ne seraient pas remplacés.** Compte tenu des profils différenciés

<sup>316</sup> Il s'agit de simulations chiffrées de la CNAM à partir de travaux exploratoires de scénarios de trajectoire

des caisses en termes de potentiel de départs à la retraite, une part significative des caisses seraient en situation critique ou difficile du fait de taux de remplacement trop limités<sup>317</sup>.

[516] Les **hypothèses de départs en retraite comme de turn-over s'inscrivant à un niveau sensiblement plus bas que celui observé au cours de la COG actuelle**, la mission insiste donc sur la nécessité de **mesurer les incidences sur les CPAM de la déclinaison des hypothèses de trajectoire avant leur validation**, afin d'identifier les potentielles situations critiques et, le cas échéant, les moyens de les prendre en compte.

## 5.2.2 Les activités dont la charge devrait continuer à augmenter au cours de la prochaine COG

[517] La mission s'est attachée à identifier les activités qui pourraient connaître une dynamique de charge positive au cours des prochaines années. Cette démarche est complémentaire à la recherche des leviers d'efficience présentée au 5.2.3. Deux catégories d'activités sont distinguées :

- **Des activités dont les flux d'activité devraient continuer à augmenter**
  - **Les IJ** (maladie et AT/MP essentiellement) : l'hypothèse peut raisonnablement être faite, selon un scénario fil de l'eau des années d'avant la crise COVID, d'une augmentation de 1,85% par an en moyenne. Sur la base des ratios actuels, cela représenterait un besoin de l'ordre de 400 ETP en production et d'une centaine d'ETP au titre des canaux de contacts (cf. annexe 6) ;
  - **La C2S**, dont la charge dépendra de deux facteurs :
    - D'une part de la volumétrie des bénéficiaires, qui devrait être stimulée par les mesures facilitant l'accès aux droits mais dépendra aussi de facteurs conjoncturels difficilement prévisibles (évolution du nombre d'allocataires du RSA et de demandeurs d'emploi). Une hausse de 4 % par an des dossiers et des bénéficiaires (observée sous la COG actuelle) correspondrait à un besoin de l'ordre de 300 ETP à processus de gestion constants<sup>318</sup> ;
    - D'autre part du désengagement des organismes gestionnaires privés de la gestion de la C2S avec participation (C2SP), qui pourrait conduire les CPAM à assurer 90 % de la gestion de la C2SP au lieu de 60 % actuellement, ce qui selon la CNAM représenterait de l'ordre de 135 ETP.
- **Des activités, dont le niveau d'engagement dépendra en partie des ambitions de politiques publiques qui seront portées par la COG, qui ne sont pas ou peu dématérialisables ou automatisables.** Il s'agit notamment de :

---

<sup>317</sup> Dans cette hypothèse, la CNAM estime que 19 % des CPAM 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 ».

<sup>318</sup> En 2021, la gestion de la C2S mobilisait 1646 ETP pour 3 685 025 dossiers traités soit 2 238 unités d'œuvre pour 1 ETP ; entre 2017 et 2021 les unités d'œuvre ont crû sur 4 ans de 18,7 %. Si on reproduit une croissance annuelle de 4 % des dossiers traités, on aboutit à 4 483 396 dossiers en 2027 ; avec le ratio d'unités d'œuvre de la COG actuelle, cela aboutirait à 2000 ETP soit 350 de plus qu'en 2021. On baisserait à 1880 ETP si on applique un gain de productivité de 6 % comme sur la COG actuelle soit + 234 ETP. D'où un ordre de grandeur de 300 ETP entre ces deux estimations. De 2017 à 2021, les effectifs ont crû de 177 ETP. Les hypothèses sont donc des hypothèses hautes.

- **L'accompagnement individualisé vers le droit et les soins et des démarches collectives d'« aller vers ».** A ce stade, les effectifs mobilisés dans les CPAM sur les missions accompagnement santé (MAS) sont de l'ordre de 350 ETP, avec des écarts régionaux importants. Avoir au moins un socle de 2 ETP par CPAM et augmenter les équipes en proportion de la taille des caisses pourrait conduire à majorer les effectifs dédiés de l'ordre de 100 à 200 ETP.
- **L'information et l'accompagnement des professionnels de santé dans les différentes formes d'organisations coordonnées.** Il est désormais de plus en plus assuré par les référents organisations coordonnées (ROC) (environ 360) qui ne sont toutefois à temps plein que pour une partie d'entre eux, ce qui pourrait correspondre à de l'ordre de 200 à 250 ETP. Le développement de ces structures et un suivi plus étroit de leur action pourraient nécessiter une augmentation des effectifs dédiés<sup>319</sup>.
- **L'accompagnement des professionnels de santé dans l'analyse de leur activité** (responsabilité populationnelle, pertinence et déploiement des parcours) ainsi que **l'accompagnement des professionnels nouvellement installés dans une logique de gestion préventive de contrôle des pratiques de prescription et de tarification et de lutte contre la fraude** : ces missions pourraient justifier d'un traitement *ad hoc* des postes affectés à ces fonctions dans la trajectoire, sur la base d'analyses coûts/bénéfices produites par la CNAM.

#### Déséquilibre charges /ressources - Constats de la CNAM sur la COG 2018-2022

Au-delà des changements de périmètre pris en compte dans la trajectoire initiale de la COG, l'assurance maladie a évalué à 600 ETP *a minima* les charges non prises en compte dans la trajectoire 2018-22, 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.

### 5.2.3 Des leviers d'efficience potentiellement mobilisables d'une portée inégale

[518] La mission s'est efforcée d'identifier et de chiffrer, à partir de différents éclairages, les principaux leviers de productivité potentiellement mobilisables. Il s'agit de proxis fondés sur des hypothèses et qui n'ont pu tous s'appuyer sur des travaux chiffrés de la CNAM. Ils visent à fournir des ordres de grandeur.

#### 5.2.3.1 Le resserrement des écarts de productivité entre caisses

[519] Si chaque caisse s'inscrit dans un environnement territorial, économique et social propre qui représente parfois un cadre de contraintes difficile à dépasser, le constat a été fait **que différents types de CPAM, de très grande ou très petite taille, inscrites dans des contextes très urbains ou au contraire à dominante rurale, étaient parvenues à améliorer notablement leur productivité** au cours de la COG actuelle, quand d'autres au contraire ont fortement dégradé leur position relative.

---

<sup>319</sup> Ces collaborateurs pourraient également s'impliquer dans les politiques visant à renforcer la présence des professionnels de santé en zones sous-denses

[520] Aussi la mission a-t-elle cherché à évaluer **l'impact potentiel sur la trajectoire des effectifs d'un resserrement des écarts de productivité entre caisses**. Elle a pour cela procédé de la manière suivante :

Sur la base **des indicateurs de productivité 2021** transmis par la CNAM (ETPR, BCP et ratio BCP par ETPR) elle a calculé l'effort d'efficience que les caisses les moins productives devraient fournir sur la période de la prochaine COG pour **atteindre la productivité moyenne 2021** ;

Dans un souci de soutenabilité, **un plafonnement de l'effort d'efficience a été fixé à 10%**, étant entendu que d'autres efforts seront attendus de ces caisses, comme des caisses les plus performantes, avec la mobilisation de nouveaux leviers d'efficience ;

Le pourcentage d'efficience attendu a été appliqué aux ETPR des CPAM concernées pour évaluer le potentiel maximal de gain d'effectifs envisageable.

[521] Le tableau présenté dans l'annexe 9 met en évidence les éléments suivants :

- Un potentiel maximal de 1 213 postes susceptibles d'être dégagés au titre de la réduction des écarts de productivité entre caisses ;
- 60 caisses seraient mises à contribution dont 12 pour un effort inférieur à 2% sur la période et 25 plafonnées à 10% ;
- 10 caisses auraient plus de 30 ETP à rendre au titre de cette action dont 5 plus de 50 (101 postes notamment pour la CPAM de l'Essonne, 78 pour celle de la Moselle et 73 pour celle de Lille-Douai).

[522] La recherche d'une réduction des écarts de productivité entre caisses est de principe une démarche vertueuse, dans une perspective de plus grande équité d'allocation de ressources et de service rendu sur le territoire. Une telle démarche pourrait notamment reposer sur le renforcement de différents dispositifs en place : pilotage de la performance, intéressement, suivi des six procès clefs, PHARE, dispositif d'appui méthodologique pour les caisses identifiées comme en difficultés structurelles sur un processus<sup>320</sup>.

[523] La simulation présentée doit toutefois être accompagnée des **précautions suivantes** :

- **L'effort d'efficience attendu a été concentré sur les effectifs des caisses**. Toute amélioration de la productivité obtenue grâce à une augmentation de l'indicateur BCP atténuerait le gain attendu en matière d'effectifs ;

---

<sup>320</sup> Une caisse en difficulté sur un processus de façon structurelle peut demander à bénéficier d'un tel appui auprès de la DDO ; une autre caisse, performante sur ce même processus, viendra l'aider à faire un diagnostic et un plan d'action.

- La **simulation a été réalisée sur les base des informations de l'assurance maladie disponibles à date pour le calcul de la productivité des caisses**. Or la CNAM a engagé des travaux en prévision de la prochaine COG pour corriger les limites liées à l'utilisation des BCP<sup>321</sup> et, devrait déployer un nouvel outil de mesure de la productivité en 2023 avec la définition d'effectifs-cibles par caisses ; cela pourrait modifier les écarts de productivité entre caisses. Pour autant, cela n'empêcherait pas la CNAM de développer une méthodologie équivalente à celle proposée par la mission pour réduire les écarts de productivité entre caisses, mais avec des résultats probablement différents (caisses mises à contribution, gain maximal potentiel) ;
- Enfin, cette simulation de réduction des écarts **ne peut tenir compte de la réalité des contextes locaux** (vacances de postes atypiques, problématiques managériales...) **qui pourraient conduire la CNAM à moduler ses attentes**.

### 5.2.3.2 La dématérialisation et les systèmes d'information, leviers majeurs d'efficience dont l'évaluation précise des gains restent à réaliser<sup>322</sup>

[524] La mission IGAS d'évaluation de la COG précédente<sup>323</sup> avait pointé l'**insuffisance e des mesure des retours d'investissement des projets informatiques importants**, avec un trop faible nombre de projets ayant fait l'objet d'estimations par la CNAM ex post en fin de COG. Même si elle avait pu s'appuyer sur des chiffrages *ex ante*, menés en début de COG, elle préconisait une meilleure identification des gains pour que ceux-ci puissent être aussi un critère de priorisation des projets.

[525] Force est de constater que la **mesure de retours sur investissement, a priori et a posteriori, n'a pas progressé voire s'est détériorée au cours des cinq dernières années**. Sur l'ensemble des projets de numérisation, dématérialisation ou de refonte informatique, très peu<sup>324</sup> ont fait l'objet d'une réelle estimation, documentée, de gains ETP ex ante. Le SDSI est muet quant aux gains d'efficience, sauf pour l'un d'eux (le projet de gestion des encaissements des organismes complémentaires). La CNAM n'a pas fourni à la mission les éléments de chiffrages *ex ante* demandés, outil par outil. Quelques projets ont fait l'objet de chiffrages *ex post*.

[526] La CNAM a certes adressé à la mission, dans les cas où elle considérait pouvoir le faire, des estimations de gains pour les années à venir, dans une logique de processus métiers plutôt que par projets informatiques, en globalisant l'impact de différents leviers sans véritable documentation de ces chiffrages. La CNAM fait valoir l'incertitude liée au calendrier de déploiement des outils SI, et les évolutions réglementaires qui peuvent induire des modifications informatiques et des charges de travail supplémentaires.

[527] La DSS, interrogée par la mission, n'incluait jusqu'à présent pas non plus, dans ses demandes de reporting sur les projets SI, d'éléments de chiffrage de retour sur investissement.

[528] La mission, sans méconnaître les difficultés et les limites d'un tel exercice, considère cependant qu'**au regard de l'ampleur de ces projets, de leur impact et de leur coût, il est nécessaire d'effectuer des estimations de gains ex ante**, quitte à les revoir en cours de mise en œuvre du projet, puis de les objectiver au mieux *ex post*. **L'absence de ces informations nuit à la bonne**

<sup>321</sup> Il s'agit notamment de mieux prendre en compte les activités mutualisées et de passer d'une logique de caisse d'affiliation à une caisse de gestion. Ce changement de modèle s'appuie sur les travaux de la MD 34 exposés dans l'annexe relative à la trajectoire d'effectifs.

<sup>322</sup> Voir aussi l'annexe au présent rapport « La dématérialisation et la modernisation des systèmes d'information : le principal levier d'efficience pour la prochaine COG ».

<sup>323</sup> Rapport IGAS 2017-008R

<sup>324</sup> Le projet PLEIADE par exemple.

**identification par la tutelle des marges de manœuvre disponibles, elle limite aussi la visibilité donnée aux CPAM et DRSM sur les leviers d'efficience SI dont elles vont disposer**, à court et moyen terme, pour mettre en œuvre leurs engagements en matière d'effectifs.

[529] Le manque d'estimation des retours sur investissement des projets SI semblant se retrouver dans d'autres branches, un travail méthodologique en interbranche sur le sujet, impulsé par le ministère, gagnerait à être conduit d'ici fin 2024 afin de pouvoir outiller les COG à venir.

**Recommandation n°47** Effectuer des évaluations chiffrées *ex ante* et *ex post*, des gains d'efficience sur les projets SI, en cours ou lancés pendant la COG, et si nécessaire actualisées pendant les cinq ans de cette dernière ; prévoir leur transmission aux tutelles ; travailler en interbranches sur les méthodes d'évaluation de ces retours sur investissement.

[530] Malgré les informations limitées dont elle dispose, la mission a tenté d'établir un **proxi de gains ETP susceptibles d'être générés par la poursuite de la dématérialisation et la modernisation de certains SI** au cours de la période de la COG à venir. Il ne peut s'agir que d'un ordre de grandeur approximatif, destiné à être retravaillé avec des évaluations plus poussées de la CNAM<sup>325</sup>. A ce stade, **elle évalue les gains potentiels à au moins 1.500 ETP d'ici à fin 2027**. La mission ne prend pas en compte un certain nombre de projets SI pour lesquels elle ne dispose d'aucun élément, et qui pourraient générer des gains complémentaires. Ce **chiffrage est établi à iso charge d'activité**. Il ne prend pas non plus en compte le profil temporel sur les différentes années de la COG.

[531] **Les deux principaux chantiers qui désormais pourraient procurer des gains d'ETP sur lesquels la CNAM propose un chiffrage, sont le processus « flux entrants » et le processus « gestion des IJ » :**

- Le trend de diminution des flux entrants papier observé sur une longue période et accéléré par la crise sanitaire devrait se poursuivre sur un rythme assez soutenu encore accentué par la montée en puissance des téléservices. Mais le nombre de courriers postaux reçus par les services de l'assurance maladie continuera d'être élevé, c'est pourquoi la CNAM a choisi de centraliser sur quatre plateformes et de numériser les courriers entrants. **Ce programme, dit PLEIADE, pourrait selon la CNAM apporter des gains d'au plus 550 ETP** au cours de la COG à venir<sup>326</sup> ;
- Des gains d'efficience sont également attendus **du déploiement de l'application métier ARPEGE TS** et d'autres leviers du processus de gestion des IJ que la CNAM évalue aussi à environ 550 ETP. Ils sont intégrés dans l'étude plus globale des gains d'efficience envisageables au titre du processus IJ abordé au point 5.2.3.3.

[532] Outre ces deux processus majeurs, d'autres processus ou outils ont été identifiés comme permettant de gagner en productivité, mais de manière moins importante.

[533] La mise en place de la **feuille de soins électronique (FSE)**, qui permettait jusqu'à présent d'effectuer des gains d'efficience majeurs<sup>327</sup>, est un gisement de productivité désormais quasi épuisé<sup>328</sup>. Pour les années à venir, il pourrait être possible de **gagner encore un point de**

<sup>325</sup> Cf. annexe 4

<sup>326</sup> L'estimation effectuée par la CNAM a évolué en cours de période à la baisse, du fait de la baisse plus prononcée que prévu des courriers postaux.

<sup>327</sup> Entre 2010 et 2017, 1.700 ETP auraient été économisés grâce à la FSE.

<sup>328</sup> Entre 2017 et 2021, le taux de dématérialisation des feuilles de soins est passé de 95% à 98%, ce qui correspond à un gain d'environ 900 ETP.

**dématérialisation des feuilles de soins, donc de l'ordre de 250 à 300 ETP** (un point d'augmentation de la dématérialisation représente environ 300 ETP<sup>329</sup>), notamment avec le déploiement de la carte Vitale électronique, ou e-carte Vitale<sup>330</sup>, qui permettra au professionnel de santé de réaliser une feuille de soins électronique quand l'assuré n'aura pas sa carte physique.

[534] **L'utilisation des téléservices par les assurés s'est aussi largement répandue**, notamment en 2021 et 2022, mais il est vraisemblable que les usages du compte AMELI, vont continuer à croître, au fur et à mesure de l'implémentation de nouveaux services et de l'habitude prise par les assurés. **Les gains attendus pourraient être estimés entre 100 et 300 d'ETP pour la COG à venir**<sup>331</sup>.

[535] Au cours de la prochaine COG, des projets numériques lourds vont se déployer, notamment la prescription électronique (e-prescription) et la généralisation de la facturation en ligne, qui s'inscrit dans le cadre d'une dématérialisation complète de la chaîne de facturation<sup>332</sup>. **Le potentiel de gains de productivité de ces projets très structurants, qui en sont encore à leurs prémices, n'est pas connu**, ce qu'a par exemple récemment déploré la Cour des comptes<sup>333</sup>.

[536] 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.

[537] Certains autres projets de création ou de refonte d'outils de gestion seront très vraisemblablement porteurs de gains de productivité supplémentaires. L'outil **INDIGO** par exemple, déployé mi 2022, a déjà apporté des améliorations significatives porteuses de gains d'efficacité (par exemple l'accrochage au DRM qui permet l'automatisation de la récupération d'une grande part des ressources) et devrait, si les projets se concrétisent d'ici à la fin de la COG, en apporter d'autres (accrochage au téléservice du compte assuré, ajout automatisé via des flux CNAF de l'autorisation de la C2S pour les allocataires du RSA...).

[538] En termes de calendrier, certains projets, comme PLEIADE, devraient induire des gains dès la première partie de la période quinquennale. Mais **il est très probable que les principaux projets SI métiers n'aient un impact qu'en seconde moitié ou en toute fin de COG** ; le caractère très incertain du calendrier d'ARPEGE constitue un risque majeur à cet égard.

[539] Par ailleurs, il est fort probable que les gains liés aux refontes des autres outils de gestion SI n'apportent pas encore de gains durant la prochaine COG. **La mission alerte notamment sur la refonte des outils liés aux fonctions support** (SIRH, COPERNIC : comptabilité/budget/achats), sources d'optimisation vraisemblablement non négligeables : l'avancée et le calendrier des travaux **ne permettent pas, à ce stade, de tableur sur des gains significatifs sur la COG prochaine**. Les gains seraient, selon la CNAM, plutôt positionnés sur la suivante, d'autant que leur évolution doit être gérée en interbranches, ce qui peut être une source de complexité supplémentaire.

### 5.2.3.3 La mobilisation des leviers à disposition pour faire face à l'augmentation prévisible des flux d'IJ et rétablir la qualité de service devrait contribuer à l'effort d'efficacité

[540] Au regard de l'importance que représente la gestion des IJ pour l'assurance maladie, la mission a considéré qu'il était nécessaire d'accompagner les recommandations formulées par la mission

<sup>329</sup> Cf. notamment rapport IGAS 2017-008R

<sup>330</sup> La carte Vitale électronique permet, sur un smartphone, l'identification, l'authentification et la signature de la feuille de soins par l'assuré. A terme, elle pourrait être une solution de remplacement de la carte physique.

<sup>331</sup> Pour cette estimation, la mission s'appuie sur des chiffreages, effectués par sondage 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.

<sup>332</sup> Cf. partie 3.4.2.

<sup>333</sup> Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des Comptes, octobre 2021.

d'une évaluation de leur impact potentiel en matière d'effectifs, de production et de canaux de contact. Cette évaluation se révèle complexe, en raison notamment de la forte déstabilisation du processus depuis 2020 et de l'absence de données prospectives partagées avec l'assurance maladie<sup>334</sup>.

[541] La mission s'est donc attachée à concevoir une **méthodologie permettant d'approcher, dans l'éventualité de la mise en œuvre de l'ensemble des recommandations formulées et selon des hypothèses exposées dans l'annexe 6**, les gains d'effectifs susceptibles d'être dégagés d'ici au terme de la future COG.

[542] Le sujet est traité sous son angle structurel, celui de la gestion des IJ non dérogatoires<sup>335</sup>, La méthode se décline en trois évaluations : celle du volume d'IJ à traiter en 2027<sup>336</sup> ; celle de l'impact attendu de la mise en œuvre des différentes mesures, par nature (réduction des délais de paiement, efficacité du processus de production ou des canaux de contact) et intensité ; celle enfin des effectifs requis en 2027 pour traiter ces flux, avec ou sans gains d'efficacité<sup>337</sup>, au titre du processus de gestion des IJ et des canaux de contact.

[543] A défaut d'éléments plus exploitables, la méthode permet d'approcher 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. Le **scénario intermédiaire évalue un gain d'efficacité potentiel de l'ordre de 650 à 700 ETP** (production, dont mise en place du SI ARPEGE, et canaux de contact) par rapport aux effectifs 2022.

[544] **La mission insiste sur les points suivants concernant l'exploitation de ces estimations :**

- Ces gains viendront en déduction des augmentations d'effectifs nécessaires pour faire face à l'augmentation prévisible des flux. Ils les compenseront en tout ou en partie ;
- La mise en œuvre des recommandations constitue la condition *sine qua non* de la production de gains d'efficacité ;
- De ce fait, les gains d'effectifs attendus ne peuvent être considérés comme des objectifs à atteindre mais comme des bénéfices à retirer, conséquence de la mise en œuvre des recommandations.

[545] **Cette approche démontre le caractère prioritaire et stratégique pour la prochaine COG d'engagements ambitieux, partagés entre l'Etat et la CNAM, relatifs à l'amélioration de la gestion du processus IJ, à mettre en œuvre le plus rapidement possible en début de COG<sup>338</sup>.**

---

<sup>334</sup> Sur les prévisions d'évolution des flux d'IJ non dérogatoires pour la période 2023/2027, sur le retour sur investissement du projet ARPEGE TS ou de la mesure de subrogation obligatoire inscrite dans le PLFSS 2023 par exemple.

<sup>335</sup> Les IJ dérogatoires doivent continuer à faire l'objet d'un suivi et d'un accompagnement spécifiques tant que la situation ne sera pas stabilisée

<sup>336</sup> Selon un scénario fil de l'eau d'avant la crise COVID, une augmentation de 2 % par an en moyenne des flux à traiter. Près de 10,5 M d'IJ non dérogatoires devraient être prises en charge en 2027, soit environ 1 M de plus qu'en 2022

<sup>337</sup> Les simulations réalisées montrent que sur la base de la productivité actuelle, les flux à traiter en 2027 devraient mobiliser environ 500 ETP de plus, 400 au titre du processus de gestion et 100 au titre des canaux de contact.

<sup>338</sup> Il sera également important 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, soient inscrits dans la prochaine COG.



#### 5.2.3.4 Des gains limités à attendre de la poursuite de la mutualisation et de la réorganisation du maillage territorial du réseau

[546] Les gains à attendre lors de la prochaine COG de la **réorganisation du maillage territorial et de la poursuite de la mutualisation des activités semblent plutôt limités**, sans être nuls (voir annexe 5).

[547] **En termes de mutualisation, les perspectives sont plus à un ajustement du dispositif existant qu'à une extension sensible.** Pour les processus de production à gros effectifs (IJ, C2S...), très liés au cœur de métier des CPAM, les leviers de productivité se situent à ce stade moins dans la mutualisation que dans l'amélioration des outils de gestion et un développement des téléservices. Des extensions ciblées de la mutualisation méritent toutefois d'être expertisées<sup>339</sup>, plus pour gagner en qualité et continuité de service qu'en effectifs.

[548] S'agissant du **maillage territorial**, des rationalisations importantes du réseau sont intervenues lors des précédentes COG, avec des réductions massives des effectifs consacrés à l'accueil physique. Sur ce sujet très sensible pour les habitants et les élus, des gains restent probablement possibles mais limités, sauf à prendre le risque d'accroître la désertification en services publics de certains territoires. Il s'agit davantage d'une part d'**optimiser les sites infra-départementaux** de CPAM « atypiques » sur la base d'un diagnostic à conduire sur le maillage infra-départemental des caisses, d'autre part d'**adapter leurs permanences « hors les murs » en articulation avec le déploiement des MFS.**

[549] Les rapprochements CAF-CPAM, sous des formes variées (mise en commun de directions générales, de services supports, voire d'accueils) semblent une voie intéressante pour consolider dans la durée des CPAM et CAF de petite taille notamment en termes de qualité et de continuité de service ; la mission considère toutefois qu'ils ne constituent pas un levier significatif de réduction de postes. En effet, ces éventuels gains se feraient essentiellement sur les fonctions support, qui ne représentent que de petits effectifs au sein des petites caisses. **Il serait toutefois, utile de conduire des travaux d'évaluation de l'impact des opérations de rapprochement ou de fusion déjà réalisées, pour objectiver les apports de ce type de démarches.**

#### 5.2.3.5 Le renforcement de la mutualisation sur les fonctions supports, en particulier en interbranches, permettrait de gagner en efficacité et en expertise

[550] Dans le champ de l'immobilier, les enjeux énergétiques, le développement à plus grande échelle du télétravail et les ajustements de l'organisation du réseau, doivent amener la branche à réaliser des **gains d'efficacité par le développement de la mutualisation des locaux et de la gestion immobilière.**

[551] **Les gains sont optimisés dès lors que cette mutualisation s'opère en interbranches<sup>340</sup>.** Le rapport IGAS-IGF précité, relatif aux enjeux d'intérêt commun aux branches du régime général, recommande trois pistes pour aller en ce sens : confier à l'une des branches la gestion de locaux communs, constituer ou élargir les unions immobilières (UIOSS), étudier les possibilités d'un

<sup>339</sup> Pour couvrir de façon plus complète des processus déjà concernés (établissements) ou traiter quelques fonctions nouvelles (prélèvements dans le cadre de la C2S participative) ou consolider des fonctions expertes (reconnaissance AT-MP par exemple).

<sup>340</sup> Cette mutualisation permet de favoriser la diminution des coûts de gestion, de partager les compétences souvent rares sur des sujets qui se complexifient, de simplifier la gestion quotidienne du bâtiment et la recherche de locataires ou de favoriser le partage de locaux, tant pour les fonctions administratives et de back office que pour les accueils, qui peuvent être communs.

transfert de propriété au profit d'une structure unique de type foncière. Le rapport susmentionné recommande également, afin de renforcer les fonctions d'expertise immobilière et d'en améliorer l'animation ainsi que l'attractivité, de **constituer des pôles régionaux d'expertise immobilière autour des pôles de ressources et de compétences immobiliers (PRECI)**<sup>341</sup>, réunissant les experts de toutes les branches et animés par l'UCANSS.

[552] Par ailleurs, les **impératifs de réduction des consommations d'énergie** dans le cadre de la **transition écologique** vont conduire la CNAM et les organismes de son réseau à accélérer la rénovation de certains de leurs locaux (isolation...), et impliquer possiblement de lourds travaux d'investissement. Les obligations issues de la loi de novembre 2018 sur le logement<sup>342</sup> et de son décret d'application dit « décret tertiaire »<sup>343</sup> s'imposent en effet à eux. Couplés à la **hausse des prix de l'énergie**, dont les effets se feront sentir à tout le moins en début de COG, ces coûts justifient une **réflexion d'ensemble sur le parc immobilier de la CNAM et de son réseau, avec l'élaboration et le lancement, pendant la période de la future COG, d'un schéma d'orientation de transition énergétique**, qui pourrait se projeter sur un horizon de 10 ans avec une feuille de route concrète sur les 5 années de la prochaine COG. Ce travail pourrait être conduit dans le cadre d'une réflexion méthodologique interbranches avec l'appui de l'UCANSS.

**Recommandation n°48** Elaborer, avec l'appui méthodologique de l'UCANSS, un schéma d'orientation de transition énergétique, tenant compte des obligations de réduction de consommations d'énergie.

[553] Deux autres domaines pourraient gagner à des mutualisations interbranches :

- S'agissant des achats, des gains d'efficacité pourraient être encore réalisés par la CNAM et son réseau en renforçant la structuration de la fonction achat et ainsi **en rendant obligatoire le recours aux marchés de l'UCANSS dès lors qu'ils existent**, comme le préconise le rapport susvisé pour chacune des branches du régime général ;
- En matière de **gestion des ressources humaines**, la présente mission considère pertinent, comme le recommande le rapport IGAS-IGF susvisé, de **clarifier les rôles entre les caisses nationales et l'UCANSS**, afin d'éviter les interfaces et de maximiser le niveau de mutualisation des sujets communs par l'UCANSS, en particulier s'agissant de l'outillage des branches pour les démarches que toutes réalisent, par exemple sur les schémas directeurs des ressources humaines (SDRH), l'absentéisme, la responsabilité sociétale des organisations (RSO) ou la qualité de vie au travail.

[554] La mission n'a pas procédé au calcul des gains d'efficacité liés à ces recommandations dans la mesure où elles s'inscrivent dans un cadre qui dépassent le champ de la COG de la CNAM. Pour autant, **elle rappelle l'intérêt des branches et des tutelles à progresser dans cette voie.**

<sup>341</sup> Les PRECI proposent aux organismes de toutes les branches diverses prestations (assistance à l'expression des besoins immobiliers locaux, conduite d'opérations immobilières, offre de développement de compétences immobilières, déploiement d'outils, de projets...)

<sup>342</sup> [Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018](#) portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique. Codifiée à l'[article L. 111-10-3 du code de la construction et de l'habitation](#), une de ses dispositions principales prévoit l'obligation de mise en œuvre d'actions de réduction de la consommation d'énergie finale dans les bâtiments existants à usage tertiaire afin de parvenir à une réduction de la consommation d'énergie finale pour l'ensemble des bâtiments soumis à l'obligation d'au moins 40 % en 2030, 50 % en 2040 et 60 % en 2050 par rapport à 2010.

<sup>343</sup> Décret 2019-771 du 23 juillet 2019 relatif aux obligations d'action de réduction de la consommation d'énergie finale dans des bâtiments à usage tertiaire.

### 5.3 Une trajectoire des effectifs complexe à définir pour permettre à l'assurance maladie de répondre aux ambitions de la prochaine COG

[555] Au terme de ses travaux, la mission s'est attachée à rassembler les facteurs qui devraient peser sur l'élaboration de la trajectoire des effectifs de la prochaine COG. Si la négociation d'une COG est toujours un exercice délicat, dans la confrontation légitime des attentes et des contraintes, la période 2023-2027 risque d'être marquée plus que les précédentes par des incertitudes importantes.

[556] **La COG devra trouver un équilibre entre les objectifs pluriels qu'elle visera** : la mise en œuvre des priorités stratégiques de la politique de santé, l'amélioration de la qualité de service, la contribution aux efforts d'efficacité et la soutenabilité pour les structures de l'assurance maladie ; elle devra aussi **prendre en compte des déterminants** (trajectoire démographique, renforcements potentiels d'activités et capacité à mobiliser effectivement les leviers d'efficacité à disposition), **qui ne paraissent pas présenter autant de marges de manœuvre que par le passé.**

#### 5.3.1 La construction et la mise en œuvre de la prochaine COG marquées par des facteurs majeurs d'incertitudes

##### 5.3.1.1 La crise sanitaire, encore

[557] La première année, *a minima*, de la COG sera encore marquée par la crise, en raison à la fois de la persistance d'un niveau de contaminations quotidiennes élevé<sup>344</sup> avec ce que cela implique pour les services de l'assurance maladie comme charge de travail, de l'incertitude sur l'évolution du virus à l'entrée de l'hiver 2022-2023, de l'impact « hérité » sur l'activité et de l'incertitude concernant le devenir en 2023 des 900 ETP CDI obtenus au titre de la gestion de crise.

##### 5.3.1.2 Les craintes concernant la reprise de l'inflation en 2022

[558] Selon les hypothèses inscrites dans le projet de loi de programmation des finances publiques 2023/2027 (LFPF), **l'inflation pourrait s'établir à 5,4% en 2022 puis à 4,3 et 3% en 2023 et 2024**, soit des niveaux très supérieurs à ceux constatés au cours des COG précédentes. Cette situation inédite depuis de nombreuses années aura une incidence directe sur les charges de fonctionnement de l'assurance maladie (coûts de l'énergie, des marchés de prestations et de location...) ainsi que potentiellement sur les dépenses de personnels et sur la trajectoire des effectifs.

L'article 18, du **projet de LFPF**<sup>345</sup> fixe aux administrations de sécurité sociale un « objectif de stabilité en valeur en moyenne sur la période, à périmètre constant, des dépenses de gestion administratives définies dans les conventions d'objectifs et de gestion ». Cela conditionne le niveau des dépenses de personnel de la branche en 2027 en référence à celui qui sera exécuté en 2022. Cela conditionne aussi la régulation prix (évolution de la rémunération moyenne des personnels) / volume (trajectoire des effectifs) en fonction des mesures de revalorisation salariales qui pourront être décidées sur la période de la COG<sup>346</sup>.

<sup>344</sup> Autour d'une moyenne d'environ 50 000 cas par jour sur une semaine glissante avec des pics quotidiens à près de 100 000 au moment où la mission achève ses travaux.

<sup>345</sup> Version présentée par le Gouvernement au Parlement

<sup>346</sup> Dans un contexte de reprise, à court terme a minima, de l'inflation

Si la trajectoire salariale des prochaines années est inconnue, deux chiffres sont connus à date : l'effet année pleine (EAP) de la revalorisation de 3,5% applicable aux personnels relevant de la convention collective UCANSS à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2023 (+ 2,625% en 2023) ; la prévision d'inflation cumulée sur la période de la COG (12,9%)<sup>347</sup>.

[559] Dans ce contexte, la mission recommande que des **modalités soient convenues entre l'Etat et l'assurance maladie** (principe inscrit dans la COG, susceptible de se décliner par voie d'avenant ou de lettre interprétative) pour prévenir le risque, en cas de très forte inflation et de mesures de revalorisations salariales significatives en cours de COG, d'un durcissement de la trajectoire des effectifs nécessaire au respect de l'objectif des dépenses de personnel.

**Recommandation n°49** Prévoir des mécanismes de révision de la trajectoire initiale en cas d'inflation très supérieure aux prévisions retenues ou de mesures de revalorisations salariales impactant de manière significative les dépenses de personnel.

### 5.3.1.3 Les conclusions du Conseil national de la refondation Santé

[560] **La négociation de la COG s'initie au moment où le Conseil national de la refondation (CNR) dans son volet dédié à la santé est installé.** Les conclusions qui en seront issues sont attendues à ce stade pour le 1<sup>er</sup> trimestre 2023. A l'instar de ce qui s'est passé en 2018 avec la présentation de la stratégie de transformation du système de santé Ma santé 2022, **cette démarche pourrait emporter des mesures dont la mise en œuvre impliquera l'assurance maladie.** Si les principales thématiques identifiées à date s'inscrivent dans la continuité de Ma santé 2022 et du Ségur de la Santé, les mesures elles-mêmes, leur nature et leur intensité ainsi que leur articulation avec la politique conventionnelle demeurent inconnues et pourraient appeler une mobilisation supplémentaire plus ou moins importante de l'assurance maladie.

### 5.3.2 Des marges de manœuvre désormais plus limitées concernant les principaux déterminants de la trajectoire

[561] La trajectoire des effectifs de la prochaine COG sera conditionnée par la capacité les cosignataires à concilier trois déterminants développés au 5.2 : le paramètre démographique, les évolutions de charges susceptibles de découler de priorités d'actions fortes que l'assurance maladie devra supporter, les leviers d'efficience qui pourront être mobilisés.

[562] Comme pour toutes les COG, un équilibre entre les charges et les ressources sera à trouver, au service des priorités stratégiques. L'assurance maladie a démontré sous l'actuelle COG, sa capacité à se transformer et à accroître sa productivité. **Ces résultats ont été obtenus, dans un contexte démographique donné, grâce à la mobilisation de leviers d'efficience encore relativement puissants. Or la mission fait l'analyse que les marges de manœuvre semblent moins importantes pour la COG à venir.**

- Les **prévisions de départs en retraite** seront en retrait sensible par rapport à la COG précédente. Moins les départs seront nombreux, plus les marges de manœuvre des managers pour faire évoluer leurs organisations, adapter la répartition des effectifs entre les missions et recruter de nouvelles compétences seront limitées. Cela d'autant que l'assurance maladie ne

<sup>347</sup> Source LPPF

pourra pas s'appuyer sur la souplesse relative permise au cours de cette COG par l'intégration des collaborateurs issus des régimes.

Cette dimension est particulièrement importante dans un contexte où des tensions commencent à se manifester sur le marché de l'emploi. Derrière les enjeux de calibrage de la trajectoire d'effectifs et de leur répartition entre les structures de l'assurance maladie, c'est de la capacité de l'assurance maladie à renouveler les compétences nécessaires pour fonctionner, là où elles sont nécessaires, qu'il sera question.

- **Les leviers d'efficience potentiellement mobilisables seront d'une portée inégale et moins puissants** que ce qui a pu être observé antérieurement du fait de l'érosion ou de l'épuisement des leviers « historiquement » les plus massifs. Or ces gisements d'efficience sont la base-même de toute politique de performance.

Au terme de ses travaux, la mission a identifié trois leviers principaux susceptible de contribuer à la trajectoire des effectifs 2023-2027 -la réduction des écarts entre caisses, la poursuite de la dématérialisation et de la modernisation des systèmes d'information, une réforme globale du processus de gestion des IJ- qui représentent un potentiel d'efficience global de l'ordre de 3 000 ETP.

### 5.3.3 Hypothèses en vue de la définition de la trajectoire des effectifs 2023-2027 de l'assurance maladie

[563] A la lumière des éléments présentés ci-dessus, **la mission propose trois scénarii permettant d'éclairer, à périmètre constant, la définition de la prochaine trajectoire des effectifs de l'assurance maladie.**

[564] **En préambule à la présentation de ces scénarii, la mission insiste sur les quatre points suivants :**

- Les travaux, qui ont porté sur les leviers d'efficience les plus puissants, n'épuisent pas des gisements au potentiel plus réduit mais qui pourront également contribuer à la prochaine trajectoire ;
- La définition de la trajectoire ne peut se résumer uniquement à un exercice de soustraction d'effectifs. Certaines activités génèreront des besoins en ressources complémentaires d'ici à 2027 (augmentation de flux, politiques publiques nouvelles ou renforcées) ;
- Les gains potentiels approchés constituent un optimum : dans l'hypothèse où toutes les caisses à la productivité inférieure à la moyenne atteindraient l'objectif qui leur serait fixé ; ils sont aussi largement conditionnés à la mise en œuvre des recommandations et au développement de SI, dans des calendriers tenus afin de dégager les retours sur investissements attendus d'ici à la fin de la prochaine COG ;
- C'est la qualité du service qui pourrait pâtir, *in fine*, d'un déséquilibre charges/ressources trop prononcé.

[565] **La mission a esquissé trois scenarios :**

- **Scénario 1 : une réduction des effectifs d’ici à 2027 inférieure à 3 000 ETPR<sup>348</sup>**
  - Ce scénario présente les avantages suivants : il serait soutenable au regard des paramètres démographiques et des leviers d’efficience ; il permettrait l’absorption des nouvelles charges supportées par l’assurance maladie, au-delà probablement de la seule volumétrie des flux, pour l’accompagnement des assurés et des professionnels, les contrôles ; il préserverait *a priori* des risques de dégradation de la qualité de service ;
  - Les limites et risques associés à ce scénario sont : une contribution limitée de la branche à la réduction des dépenses de personnels des organismes de la sécurité sociale sur la durée de la COG.
  
- **Scénario 2 : une réduction des effectifs d’ici à 2027 comprise entre 3 000 et 4 000 ETPR**
  - Ce scénario présente les avantages suivants : il serait probablement soutenable au regard des paramètres démographiques, avec risques de tensions plus aigües dans certains départements ; il serait soutenable aussi au regard des leviers d’efficience sous réserve que les recommandations soient pleinement mises en œuvre et dans des calendriers tenus, notamment pour ce qui concerne le développement des SI ; une contribution plus significative de la branche à la réduction des dépenses de personnels des organismes de la sécurité sociale sur la durée de la COG ;
  - Les limites et risques associés à ce scénario sont : la capacité d’absorption de nouvelles charges supportées par l’assurance maladie serait plus limitée, non seulement en termes de volumétrie des flux mais aussi pour l’accompagnement et le contrôle des assurés et des professionnels ; les risques de dégradation de la qualité du service seraient plus importants selon les territoires et les aléas de parcours (retards de calendriers sur les SI, apparition de nouvelles priorités politiques à mettre en œuvre).
  
- **Scénario 3 : une réduction des effectifs d’ici à 2027 supérieure à 4 000 ETPR**
  - Ce scénario présente les avantages suivants : une contribution significative de la branche à la réduction des dépenses de personnels des organismes de la sécurité sociale sur la durée de la COG ;
  - Les limites et risques associés à ce scénario sont : des risques mise en difficulté de nombreuses CPAM du fait d’un taux élevé de non remplacement des départs à la retraite ; une non soutenabilité du point de vue de l’équilibre charges/ressources ; un risque important de dégradation de la qualité de service accentué par les aléas de parcours (retards de calendriers, apparition de nouvelles priorités politiques à mettre en œuvre).

Mathias ALBERTONE   Geneviève GUEYDAN   Pascale FLAMANT   Céline PERRUCHON

---

<sup>348</sup>Vis-à-vis de la référence constituée par l’effectif ETPR 2022

# LETTRE DE MISSION



**GOUVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

*Paris, le* **3 MARS 2022**

D-22-002170

Le Ministre des Solidarités et de la Santé

Le Ministre délégué auprès du ministre de l'Économie,  
des Finances et de la Relance, chargé des Comptes  
publics

à

Madame la Cheffe du service de l'inspection générale  
des Affaires Sociales

**Objet : évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la CNAM et diagnostic dans la perspective de son renouvellement.**

La convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'Etat et la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) pour la période 2018-2022 arrivant à son terme, son évaluation est inscrite au programme de travail de l'inspection.

Dans ce cadre, la mission dressera un bilan de cette convention et des engagements de l'Etat et de la branche maladie. Elle concentrera particulièrement ses travaux sur les domaines qui constitueront les principaux objectifs stratégiques de la prochaine convention qui sera négociée avec la CNAM dès le second semestre 2022, dans la perspective d'une signature pour la fin de l'année.

Elle tiendra compte du fait que cette COG s'est déroulée dans une période de crise sanitaire qui a conduit à revoir significativement les objectifs et les priorités de la branche, impactant de fait l'atteinte des engagements pris.

S'agissant des **activités de prise en charge de prestations**, elle examinera les leviers d'amélioration des délais de remboursement, principalement concernant les indemnités journalières non subrogées dont elle examinera les processus de pilotage et de gestion. Elle étudiera notamment les moyens d'augmenter les liquidations automatiques des indemnités journalières, en analysant les publics ou les situations qui soulèvent des difficultés particulières. Elle examinera aussi les leviers d'amélioration de la qualité de la liquidation afin de limiter le risque résiduel, particulièrement concernant les prestations en nature.

Par ailleurs, la mission s'attachera à identifier les enseignements de l'exercice des nouvelles missions de *contact tracing* et de vaccination sur le positionnement de l'Assurance Maladie dans le déploiement des politiques de santé, et en particulier en matière de gestion de crise.

La mission évaluera les leviers d'amélioration en matière de suivi des montants alloués par les conventions et leurs avenants encadrant la rémunération des professionnels de santé. Elle proposera le cas échéant des évolutions organisationnelles qui renforceront le respect du cadrage défini par le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, tant au moment de la signature que dans la durée, ainsi qu'à un suivi plus précis des prévisions associées et de leur réalisation.

.../...

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07  
Téléphone : 01 40 56 60 00

139 rue de Bercy- 75012 PARIS  
Téléphone : 01 40 04 04 04

**En matière de relation de service**, le contexte de la crise sanitaire a accéléré certaines évolutions déjà à l'œuvre quant aux canaux de contact privilégiés par les assurés sociaux, à travers un recours accru aux outils numériques. Dans le prolongement du rapport des inspections portant sur les enjeux d'intérêt commun aux branches du régime général, il est demandé à la mission d'évaluer la stratégie multicanale de la CNAM et sa déclinaison opérationnelle dans les CPAM. La mission proposera les voies de renforcement de cette stratégie afin d'intégrer l'évolution des comportements des usagers et de permettre à la CNAM de mieux faire face aux pics d'activité. L'objectif d'amélioration de la relation de service dans ses différentes composantes (accueil physique, téléphonique, échanges dématérialisés) sera recherché.

La mission pourra évaluer également les apports et axes d'amélioration du dispositif d'entraide PHARE pour maintenir l'activité récurrente dans le contexte de redéploiement des effectifs jusqu'alors mobilisés sur la gestion de la crise.

La mission analysera également le maillage et l'organisation territoriale des CPAM : développement de mutualisations inter-branches ou inter-régimes à l'échelle locale, évaluation de leur taille critique. Elle appréciera également les perspectives de développement de pôles de compétences au niveau du réseau sur des activités spécifiques, et l'articulation du maillage territorial de l'accueil physique avec celui des France services.

La mission pourra aussi examiner la relation de service avec les professionnels de santé et notamment les outils déployés pour rendre les interactions plus fluides et réduire la charge administrative des professionnels de santé.

**Concernant l'efficacité du système de santé**, la lutte contre les fraudes constitue un enjeu prioritaire. La mission identifiera des pistes d'amélioration sur la politique de lutte contre la fraude au niveau de la branche, et évaluera l'utilisation par la CNAM des outils modernes de ciblage des contrôles (datamining, big data, intelligence artificielle), ainsi que les nouvelles opportunités offertes par ces outils.

De même, la maîtrise médicalisée constitue un levier d'efficacité majeur du système de santé dont les résultats devraient être améliorés par le programme de rénovation de gestion du risque lancé en 2021. La mission en évaluera les axes de progrès ainsi que les modalités de suivi de la réalisation des économies associées. Elle expertisera notamment le recours aux outils de *datamining*, *big data* et intelligence artificielle. Concernant la prévention, la mission s'attachera à évaluer les centres d'examen de santé de l'Assurance maladie et l'efficacité de la contribution de l'Assurance Maladie aux dépistages organisés, ainsi que les apports de la stratégie d'« aller-vers », en lien avec la vaccination dans le cadre de la crise. Une analyse du fonctionnement du Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS) pourra également être menée.

La mission portera également une attention particulière à l'impact pour les caisses locales du passage à la facturation directe (FIDES) des séjours hospitaliers, prévu par l'article 35 de la LFSS pour 2022.

La mission évaluera l'efficacité du soutien aux modes d'exercice coordonné par la CNAM ainsi que la pertinence des indicateurs existants en la matière. Cette efficacité devra aussi être envisagée dans son articulation avec les enjeux de prise en charge globale, décloisonnée (soins de ville/établissements hospitaliers/établissements médicaux sociaux) et continue des patients, mais aussi dans sa capacité à s'adapter et à accompagner le virage ambulatoire.

Enfin, la mission s'attachera à analyser l'efficacité et le pilotage du service médical de la CNAM, et élaborera des propositions d'évolution spécifiques dans ce domaine.

**La mission évaluera les actions menées par la CNAM en matière d'amélioration de l'accessibilité aux soins**. Elle évaluera la pertinence des indicateurs et la cohérence de l'ensemble des dispositifs mis en œuvre pour améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire, en particulier les aides à l'installation des jeunes professionnels. Elle analysera également dans quelle mesure les actions menées ont permis de contenir le coût lié à la surdensité de professionnels de santé dans certaines zones. La mission évaluera aussi les actions conduites pour diminuer le non-recours aux soins, notamment la mise en œuvre du dispositif des missions d'accompagnement en santé (MAS) et le nombre et l'efficacité des accompagnements réalisés, ainsi que les actions communes entreprises avec la CNAF contre le non recours. Il pourra être proposé de mettre en place des partenariats avec de nouveaux acteurs et de mobiliser de nouveaux outils dans la détection des renoncements aux soins et du non-recours. La mission pourra enfin analyser la pertinence des actions de la CNAM en matière de réduction des dépassements d'honoraires.

**S'agissant de la gestion administrative**, la branche maladie devra poursuivre l'amélioration de l'efficacité générale de son réseau. La mission analysera les outils mobilisés par la CNAM pour le pilotage de son réseau et dressera des pistes permettant d'en améliorer l'efficacité. Elle étudiera de même les pistes d'efficacité liées à l'organisation du travail (opportunités offertes par le déploiement massif du télétravail, spécialisation, gestion immobilière, optimisation des processus, harmonisation des pratiques et convergence des délais de traitement



entre CPAM, ciblage des contrôles...), les gains attendus en matière de numérique (digitalisation de la relation de service, réduction des délais de liquidation). La mission s'attachera en outre à analyser les leviers mobilisés par la CNAM pour mesurer sa productivité et son efficacité de gestion. Elle formulera des recommandations pour constituer un indicateur robuste de suivi de cette productivité.

Dans le contexte de la création et de la structuration de la 5<sup>ème</sup> branche de la sécurité sociale, la mission analysera l'impact sur les services de la CNAM et son réseau de la constitution de la branche autonomie et, dans ce cadre, des sujets d'articulation avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), notamment sous l'angle de la compatibilité des systèmes d'information de notification-versement pour ce qui concerne les deux caisses nationales, ainsi que les relations directes entre CPAM et CNSA qui seraient à créer pour permettre tous les travaux nécessaires autour de la gestion du risque et du suivi de la dépense.

En ce qui concerne l'action pour la promotion des génériques et biosimilaires, un état des lieux du dispositif d'intéressement à la substitution par les officinaux de médicaments princeps par des génériques pourra être dressé par la mission. Cette action constitue en effet un levier majeur de pertinence et d'efficacité des dépenses de produits de santé.

Concernant la maîtrise des risques, la mission évaluera les évolutions survenues lors de la crise sanitaire. La durée des droits de certains assurés a été prolongée et la télémedecine fortement développée. La mission identifiera les risques inhérents à ces évolutions.

Enfin, en matière de systèmes d'information, la mission appréciera l'avancée des travaux de la CNAM en matière de numérique. Elle évaluera la performance des outils métier utilisés en interne, mais aussi les axes d'amélioration de la plateforme Ameli ainsi que des téléservices associés. Elle étudiera l'opportunité de déploiement de la téléconsultation, en évaluant ses effets positifs et négatifs quant à l'accessibilité aux soins et sa capacité à s'insérer dans une offre de soins qualitative. Elle évaluera l'avancement de la mise en œuvre de la feuille de route du virage numérique en santé par la CNAM avec notamment le déploiement en début d'année 2022 de « Mon Espace de Santé » et du bouquet de services.

En outre, elle appréciera l'avancée des travaux relatifs au déploiement des demandes d'accord préalable dématérialisées en ville et particulièrement en établissements de santé, indispensables pour optimiser le bon usage des produits de santé à l'hôpital.

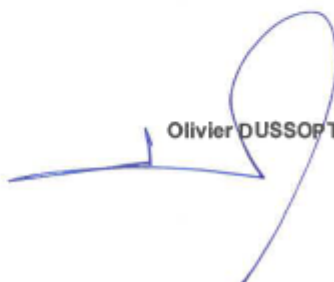
La mission appréciera les efforts fournis par la CNAM dans les travaux relatifs au nouveau système d'information commun aux différents acteurs : CNAM, CEPS, administrations centrales du ministère des solidarités et de la santé, ainsi que pour le déploiement de la e-prescription.

Une vision d'ensemble de l'état du parc applicatif et sa trajectoire à court/moyen terme doit permettre de mieux apprécier l'efficacité de la fonction SI et d'intégrer dans les travaux à conduire les objectifs de modernisation du socle technique. La mission s'attachera également à apprécier la qualité du pilotage en matière de projets SI, la stratégie d'ensemble, et l'adéquation entre les moyens et les missions. Elle élaborera ainsi un panorama global permettant de mieux identifier la charge que représente chaque projet au sein de la DSI de la CNAM. Une analyse spécifique permettant d'objectiver la dette technique et applicative sera réalisée. Cette analyse portera également sur le niveau d'externalisation et son impact sur le pilotage des projets. Enfin, une évaluation de la pertinence de la répartition territoriale des effectifs de la fonction SI sera menée, en particulier concernant les sites isolés ou ne regroupant qu'un nombre limité d'agents. L'évaluation et des propositions d'amélioration de la stratégie mise en place pour y répondre sera conduite.

Enfin, s'agissant des UGECAM, et dans la perspective du rapprochement des activités de soins du régime minier, la mission déterminera les conditions de réussite de ce projet.

Compte tenu de la nécessité de signer cette convention avant la fin de l'année 2022, des délais de négociation et afin que les travaux de la mission puissent utilement éclairer les choix, le rapport devra être remis au plus tard à la fin du mois de mai 2022.

  
Olivier VÉRAN

  
Olivier DUSSOPT



**OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GENERAL  
DE LA CNAM  
COURRIER DU 21 DECEMBRE 2022**



Caisse nationale

**Le Directeur Général**

**Monsieur Thomas AUDIGE**  
**Chef de l'Inspection Générale des affaires sociales**  
**39-43 quai André Citroën**  
**75739 PARIS Cedex 15**

Date : Mercredi 21 décembre 2022

N/réf. : 2022D/14345

**Objet : Rapport provisoire concernant l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la CNAM**

Monsieur le Chef de l'Inspection,

J'ai pris connaissance avec intérêt du rapport provisoire sur l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la branche maladie et recommandations en vue de son renouvellement.

De manière générale, je rejoins l'Inspection générale des affaires sociales sur les constats et recommandations de la mission IGAS qui pourront utilement enrichir les travaux actuellement en cours entre l'Etat et l'Assurance Maladie en vue de la conclusion de la nouvelle convention pour la période 2023-2027.

Je partage en particulier avec la mission le fait que l'Assurance maladie a fait preuve d'une mobilisation exceptionnelle pendant la crise sanitaire et que la mise en œuvre opérationnelle des dispositifs prévus par l'Etat a été faite avec réactivité et efficacité. Aujourd'hui la crise sanitaire laisse des traces encore perceptibles en matière de volume d'IJ et de maîtrise des flux sur les lignes de front office. La négociation de la future COG de l'Assurance Maladie s'ouvre ainsi dans un contexte sans précédent depuis de nombreuses années.

La mission relève que le mode de pilotage du réseau par la CNAM est performant, ce qui a permis à la branche d'intégrer de façon satisfaisante les autres régimes ou de mettre en place des réformes d'envergure, certaines non prévues à la signature de la COG. Ce pilotage restera essentiel dans la COG à venir dans un but de resserrement des écarts de performance des caisses du réseau, d'optimisation des renforts apportés sur des activités à forts enjeux ou de mise en place de nouveaux types de collaboration en particulier avec les structures France Service ou en interbranche.

Par ailleurs, je suis également d'accord avec la mission pour dire que la gestion du risque (GDR), qui a pâti de la crise, doit être optimisée. Il s'agit du programme Renov GDR initié en 2021 et qui porte une évolution très significative sur la stratégie de maîtrise médicalisée, dans ses actions, son pilotage, avec une mise en œuvre importante et concrète dès 2022 au travers d'un programme d'actions dense et ambitieux. Ce programme prendra une place importante dans le cadre de la nouvelle COG.

La mission indique également que la lutte contre la fraude (LCF) doit changer d'échelle et recommande de renforcer ses moyens dans ce domaine. J'ai présenté en septembre dernier une nouvelle stratégie de LCF qui passe d'abord par une évaluation précise des risques financiers auxquels est confrontée la branche afin de mieux les maîtriser, qui entend ensuite prévenir ces risques en sécurisant davantage nos activités, les détecter et mieux les contrôler en modernisant nos outils de ciblage et de contrôle et enfin sanctionner de façon mieux adaptée et plus rapide, avec des objectifs de résultats ambitieux ( 500 M€ en 2024).

Je partage l'avis de la mission sur les moyens nouveaux à mobiliser sur ces deux sujets.

Dans les prochaines années, j'estime, tout comme la mission, que nos principaux enjeux se trouvent dans deux domaines dont la période conventionnelle passée a montré la fragilité : le paiement des indemnités journalières (IJ) et la transformation de nos systèmes d'information.

En ce qui concerne les IJ, les équipes de la CNAM ont engagé des travaux d'envergure avec le ministère sur les aspects de simplification. En parallèle, le déploiement d'ARPEGE TS à la fin 2023 sera une étape importante dans l'automatisation avec l'objectif de rembourser les IJ au terme de la future COG dans un délai inférieur à 20 jours.

En matière de systèmes d'information, les enjeux sont multiples et primordiaux. Ils sont aussi extrêmement complexes. Ils constituent en particulier une condition de la poursuite de l'amélioration de l'efficacité de la branche, de la garantie de la qualité de service et de son adéquation aux besoins de nos clients. Si la CNAM doit renforcer sa maîtrise des projets informatiques pour améliorer le respect des plannings et des coûts prévus, il reste que la roadmap informatique comporte un nombre exponentiel de projets, tous essentiels à la réussite de nos ambitions. La feuille de route du numérique en santé constitue par ailleurs un enjeu important et nouveau pour l'ensemble de nos projets, qui se trouvent enrichis de ces nouvelles possibilités techniques et fonctionnelles.

Comme nous y encourage la mission, la prochaine COG sera ainsi mise à profit pour travailler sur une plus grande objectivation des gains d'efficacité apportés par les projets informatiques et sur un meilleur respect des échéances dans le développement des systèmes d'information.

Au-delà des recommandations de la mission sur le sujet des dépistages organisés des cancers et de la gestion du FNPEIS, je veux souligner que j'entends faire de la prévention un marqueur de la réussite de cette future COG qui comportera des ambitions fortes tant en la matière. Dans le cadre de la stratégie nationale de santé définie par l'Etat où la prévention est réaffirmée comme un axe stratégique, l'Assurance Maladie entend contribuer ainsi pleinement à l'accélération du « virage » préventif du système de santé, en s'appuyant sur son expérience liée à la vaccination, au tracing, aux relations nouées avec les professionnels de santé dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID 19 et de sa légitimité auprès de la population et de ses partenaires.

Je souhaite également pleinement engager l'Assurance Maladie dans la transition écologique en lui permettant d'agir en tant que régulateur du système pour promouvoir la santé environnementale et favoriser la transition écologique du système de soins. Des premières avancées ont eu lieu en ce sens dans la convention pharmaciens signée à l'été, elles seront sans nul doute un sujet de débat dans toutes les négociations conventionnelles de la nouvelle période COG à venir. Evidemment, la branche poursuivra ses efforts en termes de sobriété énergétique, dans le respect de ce que prévoit la COG de l'UCANSS.


Enfin, la mission donne des éléments d'éclairage sur la trajectoire emploi qui pourrait être retenue dans la COG à venir.

Si je partage les constats en matière de réduction des marges de productivité et de poursuite de la baisse des départs en retraite et du turn over, et si la branche maladie continuera à rendre des ETP dans la prochaine COG, je suis plus réservé sur les estimations faites par la mission quant aux «fourchettes» de réduction d'effectifs. La trajectoire « haute » de restitution de postes ne me paraît pas réaliste et je rejoins la mission quand elle en souligne les risques. Son affichage risque pour autant d'en faire un point de référence dans les discussions à venir.

Vous trouverez dans l'annexe ci-jointe le détail des observations formulées par les services de la CNAM sur chacune des recommandations du rapport intermédiaire

Je vous prie de croire, Monsieur le Chef de l'Inspection, l'expression de ma considération distinguée.

PJ : 1

  
Thomas FATÔME

**Annexe 1 : Observations détaillées sur les recommandations du rapport provisoire**

**Page 32 – Paragraphe [70]** : le caractère « informel » des échanges réguliers avec le Ministère de la Santé pour la détermination de l'adéquation des charges nouvelles liées à la crise et les autorisations de recrutement accordées, semble à relativiser, la CNAM ayant régulièrement documenté ses demandes. In fine, les éléments soumis à arbitrage et autorisations a été garantie par la signature d'un avenant à la COG prenant spécifiquement en compte la contribution de l'assurance maladie à la gestion de la crise sanitaire.

**Page 36 – Paragraphe [81]** : Il convient de souligner qu'une négociation visant à permettre la dérogation à l'article 17 de la convention collective dans des circonstances exceptionnelles a déjà été menée par l'UCANSS. En effet, la CNAM avait fait valoir auprès du COMEX de l'UCANSS la très grande utilité d'une extension à 18 mois au maximum de la durée des contrats conclus dans le cadre de l'activité de contact tracing. Un accord en ce sens avait été trouvé avec la CFDT le 23/06/2021 mais l'opposition FO/CGT a fait échec à sa mise en application, échec ayant eu des répercussions managériales majeures dans le réseau de l'Assurance-maladie.

**Page 47 – Paragraphe [127]** : S'il n'est pas contestable que l'atteinte de certains résultats ne dépend pas uniquement des actions de la CNAM ou de son réseau étant donné l'environnement complexe dans lequel évoluent les organismes, il convient de souligner l'existence de nombreux objectifs partagés entre le réseau de l'assurance maladie et différents acteurs publics, au premier rang desquels figurent les ARS. Une vision trop restrictive, limitant les objectifs de l'Assurance Maladie dans la COG aux champs d'actions où elle est l'unique acteur pourrait s'avérer contre-productive, in fine, pour certains domaines d'actions hautement partenariaux, notamment entre l'Etat et l'Assurance-maladie.

**Page 93 – Paragraphe [311]** : Si le nombre de sites d'accueil (propres et hébergés) a bien évolué dans le sens d'une diminution sur la période, il convient néanmoins de souligner que ces ajustements territoriaux n'ont pas été le fait de priorités des COG précédentes, mais d'un processus d'évolution de l'action des caisses sur le terrain, avec notamment l'apparition de nouveaux acteurs comme les MFS. L'initiative de gestion en matière d'action territoriale reste largement du domaine des organismes locaux et de l'appréciation des besoins au plus près du terrain.





**AUCUNE OBSERVATION DU DIRECTEUR DE LA  
SECURITE SOCIALE ET DE LA DIRECTRICE DU  
BUDGET**



## REPONSES DE LA MISSION

[1] Dans le cadre de la procédure contradictoire, le rapport provisoire de l'IGAS portant sur l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018 – 2022 de la CNAM et recommandations en vue de son renouvellement a été transmis le 10 novembre 2022 à la direction de la sécurité sociale, à la direction du budget et à la direction générale de la CNAM.

[2] La direction de la sécurité sociale et la direction du budget n'ont pas formulé de commentaires en réaction au rapport provisoire.

[3] La direction générale de la CNAM a indiqué, dans un courrier daté du 21 décembre 2022, que d'une manière générale elle rejoignait « l'inspection générale des affaires sociales sur les constats et recommandations de la mission IGAS qui pourront utilement enrichir les travaux actuellement en cours entre l'Etat et l'assurance maladie en vue de la conclusion de la nouvelle convention pour la période 2023/2027 » (voir le courrier et son annexe ci-après).

[4] Elle développe plus particulièrement son analyse sur quelques thématiques du rapport (l'engagement dans la crise sanitaire, le pilotage du réseau par la CNAM, la gestion du risque et la politique de prévention, la lutte contre la fraude, le paiement des indemnités journalières, l'évolution des systèmes d'information, l'engagement de la CNAM dans la transition écologique ou encore la productivité et la future trajectoire des effectifs).

[5] La mission relève, s'agissant du paiement des IJ, que la CNAM met en perspective le déploiement du nouvel applicatif de gestion des indemnités d'ici à la fin 2023 comme une étape importante de la démarche d'amélioration du processus, associée à l'objectif de rembourser les IJ au terme de la future COG dans un délai inférieur à 20 jours.

[6] La mission note également, s'agissant des scénarios de trajectoire des effectifs pour la prochaine COG présentés dans le rapport, que la trajectoire haute de réduction des effectifs ne paraît pas réaliste pour la CNAM en raison notamment des risques associés présentés dans le rapport.

[7] La mission, après avoir pris connaissance de la réponse de la direction générale de la CNAM a considéré que celle-ci n'appelait pas de modification du rapport provisoire.



## LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Indicateurs de résultats

Annexe 2 : bilan des actions CNAM prévues dans la COG

Annexe 3 : Engagements état COG 2018 - 2022

Annexe 4 : Engagement interbranches/interregimes

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

Annexe 6 : l'organisation territoriale du réseau, la mutualisation et l'entraide

Annexe 7 : indemnités journalières

Annexe 8 : Lutte contre la fraude

Annexe 9 : Evolution de la productivité des caisses primaires de 2017 à 2021

Annexe 9 bis : Tb productivité

Annexe 10 : Trajectoire des effectifs de la COG 2018- 2022 et mise en perspective pour la prochaine COG



## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

### **Ministère des solidarités et de la santé/de la santé et de la prévention**

#### *Cabinet du ministre*

M. Cahagne, conseiller budgétaire, comptes sociaux et relance

M. Meffre, conseiller protection sociale et comptes sociaux

M. Bégué, conseiller parcours, qualité et ressources du système de santé - premier recours

#### *Secrétariat général*

Mme Lemaire, rapporteur général du conseil stratégique de l'innovation en santé

#### *Direction de la sécurité sociale (DSS)*

M. Von Lennep, directeur

M. Gallet, chef de service

Mme Mercereau-Farnoux, cheffe de la mission lutte contre la fraude

M. Véqueau, chargé de mission au sein de la mission lutte contre la fraude

Mme Vincenti, sous-directrice du pilotage du service public de la sécurité sociale

M. Lenière, adjoint à la sous-directrice du pilotage du service public de la sécurité sociale

Mme Ben-Rekassa, cheffe du bureau du pilotage budgétaire et de la performance des organismes de sécurité sociale

M. Thorey, adjoint à la cheffe du bureau du pilotage budgétaire et de la performance des organismes de sécurité sociale

M. Ridoux, chargé de mission au sein du pilotage budgétaire et de la performance des organismes de sécurité sociale

M. Labrune, sous-directeur du financement du système de soins

Mme Sauneron, adjointe au sous-directeur du financement du système de soins

M. Leconte, chargé de mission auprès du sous-directeur du financement du système de soins

Mme Laffaye, adjointe à la cheffe de la mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

M. Casabiehle, adjoint à la cheffe de la mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

Mme Lurdos, chargée de mission au sein de la mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

Mme Tremblay, chargée de mission au sein du bureau des relations avec les professions de santé

Mme Gilardin, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Mme Muscat, adjointe à la sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Mme Chauvire, cheffe du bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé  
M. Anagnan, adjoint à la cheffe du bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé  
Mme Coz, adjointe à la cheffe du bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé  
Mme Donati, chargée de mission au bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé  
Mme Alaoui, chargée de mission au bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé  
Mme Mathieu, chargée de mission au bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé  
M. Clerc, chargé de mission au bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé  
Mme De Buyer, cheffe du bureau des accidents du travail et des maladies professionnelles

*Direction générale de la santé*

Mme Metzen Ivars, secrétaire générale, cheffe du service d'appui au pilotage et de soutien  
M. Filleur, chef de la division agences de santé, partenariat et concertation, au sein du secrétariat général  
M. Doucet, adjoint au chef de la division agences de santé, partenariat et concertation, au sein du secrétariat général  
Mme Lys, adjoint au chef de la division agences de santé, partenariat et concertation, au sein du secrétariat général  
Mme Tillaud, chargée de mission innovation et financement en santé au sein de la division agences de santé, partenariat et concertation

*Direction générale de l'offre de soins*

Mme Lambert, cheffe de service, directrice générale par intérim  
Mme Augros, conseillère médicale  
M. Delafuys, chef du bureau des coopérations et des contractualisations, au sein de la sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins  
M. Hebbrecht, adjoint à la cheffe du bureau des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins au sein de la sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins  
M. Savary, chef du bureau du premier recours au sein de la sous-direction de la régulation de l'offre de soins

*Direction du numérique*

Mme Cuvillier, cheffe de service  
Mme Peyrot, responsable du service à compétence nationale systèmes d'information mutualisés des ARS



*Délégation ministérielle du numérique en santé*

Mme Létourneau, déléguée ministérielle

M. Pon, responsable ministériel au numérique en santé, directeur général de la clinique Pasteur de Toulouse

M. Clatz, directeur de projet en charge du Ségur du numérique

Mme Ghariani, directrice de projet en charge de Mon Espace Santé

**Ministère délégué auprès du ministère de l'économie, des finances et de la relance/ de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics**

*Cabinet des ministres*

M. Georges, conseiller chargé des comptes sociaux

Mme Marty, conseillère chargée des comptes sociaux et de la transformation publique

M. Nezzar, conseiller comptes et budgets sociaux

*Direction du budget*

Mme Joder, directrice du budget

M. Houldsworth, adjoint à la sous-directrice du budget des secteurs de la santé, de l'emploi et de la formation professionnelle, de la solidarité et de l'insertion

Mme Dubroux, adjointe au chef du bureau des comptes sociaux et de la santé

M. Mafouana, chargé de mission au sein du bureau des comptes sociaux et de la santé

Mme Legresy, adjointe au chef du bureau des solidarités et de l'insertion

**Contrôle Général économique et financier**

Mme Galey-Leruste, cheffe de mission de contrôle général, responsable de la mission Santé

M. Loste, contrôleur général

**Mission interministérielle de lutte contre la fraude**

M. Belfayol, chef de la mission

Mme Muller, cheffe de projet enjeux justice et coordination des comités opérationnels départementaux anti-fraude

**Délégation interministérielle à la prévention et lutte contre la pauvreté**

Mme Jeantet, déléguée interministérielle

Mme Ravouna, conseillère santé

### **Cour des comptes**

M. Fulachier, conseiller maître à la sixième chambre

M. Kersauze, conseiller référendaire

### **Institut national du cancer (INCA)**

M. Ifrah, président

M. Breton, directeur

M. Meric, responsable du pôle santé publique et soins

M. de Bels, responsable du département prévention au sein du pôle santé publique et soins

M. Foucaud, responsable du département recherche en SHS, santé publique, épidémiologie

### **Agence du numérique en santé**

Mme Prévot, directrice

Mme Lenain, directrice territoires et expérience clients

M. Allo, secrétaire général

### **Haute Autorité de Santé (HAS)**

Mme Leguludec, présidente

Mme Bartoli, directrice générale

M. Fonty, directeur de cabinet de la présidente et de la directrice générale

Mme Lansiaux, directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

M. Gabach, adjoint à la directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et responsable du service des bonnes pratiques

Mme Morin-Surroca, responsable de la mission rapport d'analyse et prospective

### **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**

Mme Magnant, directrice

M. Corbin, directeur adjoint

### **Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)**

M. Gombert, président du conseil d'administration

M. Hervé, directeur de cabinet du président

M. Fatome, directeur général

Mme Gerber, directrice du cabinet du directeur général

Mme Lacroze, conseillère au cabinet du directeur général

Mme Le Sueur, directrice de mission en charge de la COG

M. Martin, médecin conseil national

M. Peix, directeur délégué aux opérations

M. Voillet, membre du cabinet de la direction déléguée aux opérations

Mme Blanc, directrice des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, au sein de la direction déléguée aux opérations

Mme Kastler, chargée de mission au sein de la direction des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation

Mme El Behi, contrôleur de gestion au sein de la direction des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation

M. Larue, responsable des budgets nationaux, au sein de la direction des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation

Mme Hunault, adjointe du responsable des budgets nationaux, au sein de la direction des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation

Mme Marceau, directrice de l'accompagnement des offreurs de soins, au sein de la direction déléguée aux opérations

Mme Dubreuil, directrice des ressources humaines des réseaux, au sein de la direction déléguée aux opérations

Mme Richard, directrice de l'intervention sociale et de l'accès aux soins, au sein de la direction déléguée aux opérations

Mme Lamarck, direction de l'intervention sociale et de l'accès aux soins,

Mme Lorne, directrice de la relation clients et du marketing, au sein de la direction déléguée aux opérations

Mme Martin, responsable du département de l'optimisation de la relation client au sein de la direction de la relation clients et du marketing

M. Halty, responsable de l'accueil physique et du canal e-mail au sein du département de l'optimisation de la relation client

M. Rohrbach, responsable du canal téléphonique et de la stratégie multicanale au sein du département de l'optimisation de la relation client

Mme Berné, responsable des statistiques, des indicateurs et de l'écoute clients au sein du département de l'optimisation de la relation client

Mme Boite, directrice de l'organisation et de la performance de la production

M. Pécault-Charby, médecin conseil, mission animation du service médical au sein de la direction déléguée aux opérations

M. Buisson, médecin conseil au sein de la direction déléguée aux opérations

M. Issami, directeur délégué des systèmes d'information

M. Bernier, directeur de cabinet du directeur délégué des systèmes d'information

M. Gbedemah, membre du cabinet du directeur délégué des systèmes d'information

M. Gandilhon, directeur de la stratégie, des ressources et des moyens, au sein de la direction déléguée des systèmes d'information

Mme Ennceiri Lefebvre, responsable du département du budget et de la planification, au sein de la direction de la stratégie, des ressources et des moyens

M. Damoiseau, responsable du département PMO et Domaines, au sein de la direction de la stratégie, des ressources et des moyens

M. Rulquin, directeur du pôle ouest (Nantes, Angers, Quimper), au sein de la direction déléguée des systèmes d'information

M. Sezestre, directeur de projet

M. Chiron, directeur de projet

Mme Cazeneuve, directrice déléguée à l'organisation et à la gestion des soins

Mme Chauvin, directrice de cabinet de la directrice déléguée à l'organisation et à la gestion des soins

Mme Scheerperel, sous-directrice, département de la réglementation au sein de la direction déléguée à l'organisation et à la gestion des soins

Mme Verniolle, département de la réglementation au sein de la direction déléguée à l'organisation et à la gestion des soins

Mme Dauffy, directrice de la gestion du risque au sein de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

M. L'Hermitte, directeur de la mission gestion du risque, innovation et e santé au sein de la direction de la gestion du risque

Mme Smieszkol, sous-directrice, directrice de mission, au sein de la direction de la gestion du risque

Mme Dinis, directrice opérationnelle du numérique et de l'innovation santé, au sein de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Mme Grenier, directrice des assurés au sein de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Mme Deschaux, directrice adjointe des assurés au sein de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

M. Scholler, directeur délégué de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude

M. Badinier, directeur délégué adjoint de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude, chargé du contrôle et de la lutte contre la fraude

Mme Bellenger, responsable du département statistique au sein de la direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude

Mme Richard, direction déléguée adjointe de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude

Mme Pougheon, directrice de l'offre de soins

M. Zaccherini, responsable du département des professions de santé au sein de la direction de l'offre de soins

Mme Traon, responsable adjointe du département des professions de santé au sein de la direction de l'offre de soins

Mme Moutel-Seiller, directrice du groupe UGECAM

**Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Pyrénées Orientales**

M. Fort, directeur comptable et financier

**Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Loire-Atlantique**

M. Rousseau, directeur général

M. Quémeneur, directeur de la statistique et des études

**Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Hainaut**

Mme Liekens, directrice générale

Mme Behal, sous-directrice en charge de la relation aux assurés, aux employeurs et de l'accès à la santé

Mme Carpentier, responsable du département relation client

Mme Svirchevsky, chargée de marketing au sein du département relation client, pôle marketing

Mme Vitrant, responsable du département accompagnement en santé

**Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Paris**

M. Albertini, directeur général

M. Rouault, directeur général adjoint

Mme Lalaut, directrice-adjointe chargée du service, des prestations et des établissements

Mme Bocquel, directrice des affaires juridiques et de la lutte contre la fraude

Mme Pereira Countinho, directrice de la relation de service aux professionnels de santé

M. Daugy, adjoint au sous-directeur au sein de la direction de la coordination de la gestion du risque d'Ile de France

**Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Val d'Oise**

M. Di Ioro, directeur général

M. hélière, chef de cabinet du directeur général

Mme Touteau Fery, sous-directrice en charge de la régulation et de la relation avec les partenaires de santé

M. Simonin, sous-directeur en charge de la production

Mme Schmitt, sous-directrice en charge de l'immobilier, des ressources et de la logistique

Mme Guillemain, responsable des ressources humaines

M. Lobert, responsable du budget et du contrôle de gestion

Mme Djian, adjointe au responsable du budget et du contrôle de gestion

M. Plancoulain, responsable des systèmes d'information

**Communauté professionnelle territoriale de Santé (CPTS) du Vexin Francilien et Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) du Magny en Vexin**

M. Collignon-Portes, médecin généraliste

Mme Cabre, médecin généraliste

M. Boismault, médecin généraliste

Mme Bigot, sage-femme

Mme de Smedt, coordinatrice de la CPTS

**Direction régionale du service médical (DRSM) d'Ile de France**

M. Nicolle, directeur régional du service médical

M. Pérez, médecin conseil régional adjoint

M. Culot, médecin conseil régional adjoint

M. Maystre, directeur régional adjoint du service médical

M. Blanot, sous-directeur

M. Bécote, sous-directeur

Mme Vu Nguyen, responsable de service à la mission régionale d'appui au pilotage

**Agence régionale de santé (ARS) d'Ile de France**

Mme Martinon, directrice générale adjointe

M. Ouahnnon, directeur de l'offre de soins par intérim

M. Ginot, directeur de la santé publique

M. Mathey, sous-directeur de la gestion de l'épidémie de COVID-19

**Délégation départementale du Val d'Oise**

Mme Welschbillig, directrice de la délégation départementale

Mme Caret, responsable du département ville-hôpital

Mme Pires, responsable du département promotion de la santé et réduction des inégalités

**Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Loiret**

Mme Pelletier, directrice et directrice de la coordination et de la gestion du risque

Mme Levy, directrice adjointe, chargée des prestations et de la relation clients

Mme Aubanel, directrice adjointe chargée des ressources humaines, de la logistique et de l'informatique

M. Cailloux, attaché de direction

Mme Afkir, technicienne accès aux droits

Mme Allard, technicienne prestations en espèces

M. Pompon, responsable du département des prestations

Mme Gaucher, responsable des prestations en espèces et de l'accueil à Gien

Mme Delafoy, responsable des prestations en espèces et des risques professionnels à Orléans

Mme Salomon, responsable d'une plateforme de services

Mme Jeanne, responsable adjointe de l'accueil.

### **Direction régionale du service médical (DRSM) de Centre Val de Loire**

Mme Hourcade, médecin chef régional

Mme Morvan, médecin chef régional adjoint

M. Meunier-Pon, directeur adjoint du service médical, chargé du service support

Mme Teixeira, médecin conseil chef de service à l'échelon local du service médical d'Eure et loir

### **Union Régionale des Professionnels de santé (URPS) de Centre Val de Loire**

Dr Rogez, président de l'URPS et de la fédération des URPS

Dr Rouzaud-Cornabas, directrice

Dr Da Silva, trésorier adjoint

### **Agence Régionale de Santé de Centre Val de Loire**

M. Habert, directeur général

### **Délégation départementale du Loiret**

Mme Fayet, directrice départementale

### **Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Haute-Marne**

Mme Arambourou-Martin, directrice générale

M. Grégoire, directeur adjoint

Mme Ardier, directrice comptable et financière

Mme Ohling, responsable du pôle ressources

Mme Garnier, responsable du pôle régulation

Mme Rigouby, responsable du service gestion du risque et lutte contre les fraudes

Mme Rauscher, responsable du pôle clients

Mme Grelot, responsable des prestations en espèces, maladie, maternité et accidents du travail/maladies professionnelles

Mme Ferrari, responsable du service des relations avec les assurés

M. Jacquot, responsable du service informatique

**Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Bas-Rhin**

M. Rouchon, directeur, directeur de la coordination de la gestion du risque

**Direction régionale du service médical (DRSM) de Grand Est**

Mme Blanchard, médecin-conseil régional

Mme Waldhart, directrice adjointe

Mme Guichard, infirmière du service médical, échelon local du service médical de Moselle

Mme Heranney, médecin-conseil

M. Schneider, médecin-conseil régional adjoint par intérim

M. François, médecin-conseil chef chargé de mission

M. Leutenegger, médecin-conseil chef par intérim, échelon local du service médical des Ardennes

Mme Vérot, médecin-conseil régional adjointe

Mme Didier, médecin-conseil chef de service par intérim, échelon local du service médical de Haute-Marne

**Communauté professionnelle territoriale de Santé (CPTS) de Centre Haute-Marne**

Dr Renaud, présidente, médecin généraliste

**Commission paritaire locale des médecins (généralistes et spécialistes) de Haute-Marne**

Dr Thomas (Confédération des Syndicats Médicaux Français), président

**Agence régionale de santé (ARS) de Grand-Est**

M. Remay, directeur adjoint

Mme Brunner, directrice de la promotion de la santé, de la prévention et de la santé environnementale

M. Dal Mas, directeur de la qualité, de la performance et de l'innovation

M. Strauss, directeur des soins de proximité

**Délégation départementale de la Haute-Marne**

M. Catlan, délégué départemental par interim

Mme Huot, adjointe départementale



**Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'Isère**

Mme Cardinale, directrice  
Mme Thomas, directrice adjointe stratégie et développement  
M. Renaud, directeur adjoint prestations  
Mme Dolomie, directrice comptable et financière  
Mme Jorion, directrice des ressources humaines  
M. Blanc, directeur santé  
Mme Bezacier, directrice relation clients et solidarité  
M. Gissinger, directeur support et immobilier  
Mme Petithory, fondée de pouvoir  
M. Szalay, responsable accueil et courriel EPTICA  
Mme Loubet, responsable adjointe accueil et courriel EPTICA  
Mme David, responsable marketing assurés  
Mme De Catheu, attachée de direction-chef de projet local MES  
Mme Ramos, responsable marketing professionnels de santé  
M. Haranczyk, responsable lutte contre la fraude

**Direction Régionale du Service Médical (DRSM) d'Auvergne-Rhône-Alpes**

M. Gaetano, directeur régional et directeur de la coordination de la gestion du risque  
M. Beltier, praticien conseil chef de service, responsable de la mission de coordination régionale de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude  
Mme Menestier, médecin conseil régional adjointe, chargé de l'accompagnement des professionnels de santé, de la lutte contre la fraude et du recours contre tiers  
M. Clavaud, médecin conseil régional adjoint chargé du pilotage

**Echelon local du service médical de l'Isère**

Mme Girard, médecin chef  
M. Blanc, directeur santé

**Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie**

Mme Fourcade, secrétaire général  
Mme Polton, directrice scientifique  
M. Thomas, interne en santé publique, stagiaire

**Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)**

Mme Salgado, déléguée générale

Mme Issanchou, directrice santé

M. Lapierre, directeur des systèmes d'information en santé

Mme Boniol, responsable de missions assurance maladie, conseillère CNAM

**Fédération des Associations Générales Étudiantes (FAGE)**

Mme Syrieix, vice-présidente en charge des affaires sociales

## SIGLES UTILISES

AAT : avis d'arrêt de travail

ACI : accord conventionnel interprofessionnel

ACOSS : agence centrale des organismes de sécurité sociale

ACS : aide à la complémentaire santé

ACI : accord conventionnel interprofessionnel

ACIP : accord-cadre interprofessionnel

ACOSS : agence centrale des organismes de sécurité sociale

ADRi : acquisition des droits intégrée

ADSSU : association des directeurs des services de santé universitaires

AGEFIPH : association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

ALD : affection de longue durée

AM : assurance maladie

AME : aide médicale d'Etat

AMI : appels à manifestation d'intérêt

ANS : agence du numérique en santé

API : *application programming interface*

APL : accessibilité potentielle localisée

ARDH : aide au retour à domicile après hospitalisation

ARS : agence régionale de santé

ASE : aide sociale à l'enfance

ASI : allocation supplémentaire d'invalidité

ASPA : allocation de solidarité aux personnes âgées

AM : assurance maladie

AMC : assurance maladie complémentaire

AME : aide médicale d'État

AMO : assurance maladie obligatoire

ApCV : application carte vitale

ARS : agence régionale de santé

AS : assuré

ASE : aide sociale à l'enfance

AT – MP : arrêt de travail – maladie professionnelle

ATAG : autotests antigéniques  
ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation  
BCP : bénéficiaires consommant pondérés  
BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive  
CAF : caisse d'allocations familiales  
CC : conseil constitutionnel  
CCMSA : caisse centrale de la mutualité sociale agricole  
C2S / CSS / C2SP : complémentaire santé solidaire / C2S avec participation  
CAIM : contrat d'aide à l'installation des médecins  
CARSAT / CRAMIF : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail / caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France  
CCMSA : caisse centrale de la mutualité sociale agricole  
CDI / CDD : contrat à durée indéterminée / contrat à durée déterminée  
CDS : centres de santé pluri-professionnels  
CESI : centre de services inter-régime  
CESU : chèque emploi service universel  
CGSS / CSS : caisse générale de sécurité sociale / caisse de sécurité sociale  
CIGREF : club informatique des grandes entreprises françaises  
CIS : conseillers informatique services  
CMATMP : certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle  
CMU & CMU-c : couverture maladie universelle / couverture maladie universelle – complémentaire  
CNAF : caisse nationale des allocations familiales  
CNAM / CNAM-TS : caisse nationale d'assurance maladie / caisse nationale d'assurance maladie – travailleurs salariés  
CNAV : caisse nationale d'assurance vieillesse  
CNOUS : centre national des œuvres universitaires et scolaires  
CODAF : comités opérationnels départementaux anti-fraude  
COG : convention d'objectifs et de gestion  
COP : contrat d'objectif et de performance  
COSCOM : contrat de stabilisation et de coordination médecin  
COTRAM : contrat type régional de transition pour les médecins  
CP – CPAM : caisse primaire d'assurance maladie  
CPOM : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens  
CPG : contrats pluriannuels de gestion  
CPS : carte professionnel de santé  
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CRCDC : centres régionaux de coordination des dépistages des cancers  
CSTM : contrat de solidarité territorial médecin  
CT : *contact tracing*  
CTI / CEIR : centres de traitement informatique / centres d'édition informatique régionale  
CTIP : centre technique des institutions de prévoyance  
DAC : directions d'administration centrale  
DACCRF : direction de l'audit, du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes  
DAM : délégués de l'assurance maladie  
DAT : déclaration d'accident du travail  
DB : direction du budget (Ministère en charge des finances)  
DCGDR : direction de la coordination de la gestion du risque  
DCMT / DMT : déclaration médecin traitant en ligne  
DDAFF : direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude  
DDFC : direction déléguée des finances et de la comptabilité  
DDGOS : direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins  
DDO : direction déléguée aux opérations  
DDSI : direction déléguée des systèmes d'information  
DGCCRF : direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes  
DGCDR : direction de la coordination de la gestion du risque  
DGFIP : direction générale des finances publiques  
DGOS : direction générale de l'offre de soins  
DIONIS : direction opérationnelle du numérique et de l'innovation en santé  
DIPA : dispositif d'indemnisation de la perte d'activité  
DISAS : direction de la solidarité et de l'action sociale  
DLNF : délégation nationale à la lutte contre la fraude  
DMP : dossier médical partagé  
DMS : durée moyenne des séjours  
DNS : délégation ministérielle au numérique en santé  
DOM : département d'Outre-Mer  
DP : dépassement d'honoraire  
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
DRM : dispositif de ressources mensuelles  
DRSM : direction régionale du service médical  
DSI : direction des systèmes d'information  
DSIJ : déclaration de salaire pour le versement des indemnités journalières  
DSN / DSNe : déclaration sociale nominative / déclaration sociale nominative événementielle  
DSS : direction de la sécurité sociale

EAP : effet année pleine  
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
ELSM : échelon local – service médical de l'assurance maladie  
ENS : espace numérique en santé → mon espace santé  
EP : établissement public  
ES : établissement de santé  
ETP – ETPMA – ETPR : équivalent temps plein – équivalent temps plein moyen annuel – équivalent temps plein rémunéré  
FAC : fond des actions conventionnelles  
FAGE : fédération des associations générales étudiantes  
FFA : fédération française des assurés  
FNASS : fonds national d'action sanitaire et sociale  
FNDS : fond national pour la démocratie sanitaire  
FNG : fond national de gestion  
FNLT : fond national de lutte contre le tabagisme  
FNMF : fédération nationale de la mutualité française  
FNPEIS : fond national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire  
FSE / FSP / FSP LAD : feuille de soin électronique / feuille de soin papier / feuille de soin papier – lecture automatisée des documents  
GDR : gestion du risque  
GED : gestion électronique des documents  
GIP MDS : groupement d'intérêt public modernisation des déclarations sociales  
HAS : haute autorité de santé  
IDE : infirmière diplômée d'état  
IGAS : inspection générale des affaires sociales  
IGF : inspection générale des finances  
IJ : indemnité journalière  
INCa : institut national du cancer  
INS / INSi : identifiant national de santé / identifiant national de santé intégré  
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques  
IPA : infirmier en pratique avancée  
ISM : infirmier du service médical  
IT : *information technology*  
LCF : lutte contre la fraude  
LFSS : loi de financement de la sécurité sociale  
LPPF : loi de programmation des finances publiques  
LPP : liste des produits et prestations

LR : lettre réseau

MAS : mission accompagnement santé

MD : mission déléguée

MES : mon espace santé

MFP : mutualité fonction publique

MFS : maison France services

MICAF : mission interministérielle de coordination anti fraudes

MOA : maîtrise d'ouvrage

MOE : maîtrise d'œuvre

MSA : mutualité sociale agricole

MSAP : maisons de service au public → MFS

MSP : maison de santé pluridisciplinaire

MSS : messagerie sécurisé en santé

OCAM : organismes complémentaire d'assurance maladie

ODENORE : observatoire des non-recours aux droits et services

OG3S : outil de gestion des signalements et de leurs suites

ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie

OPTAM – CO : option de pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie et obstétrique

PA : personnel administratif

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PAPRAPS : plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

PARTHAGE : programme d'accompagnement des travailleurs handicapés pour l'accès généralisé à l'emploi

PC : praticien conseil

PCA : plan de continuité de l'activité

PDP : prévention de la désinsertion professionnelle

PFE : plateformes de flux entrants

PFIDASS : plateformes d'intervention départementales pour l'accès aux soins et à la santé

PFS : plate-forme de services

PHARE : programme harmonisé d'aide au réseau

PIAM : pilotage de l'intégration à l'assurance maladie

PIMMS : points d'information médiation multiservices

PLEIADE : plateforme électronique d'intégration des courriers entrants et d'archivage dématérialisé

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PNDS : portail national des droits sociaux

PNGDRESS : plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins

PPRGDRESS : plan pluriannuel régional de la gestion du risque et de l'efficience du système de soins

PRS : projet régional de santé  
PS : professionnel de santé  
PS : protocole de soins  
PSC : *pro santé connect*  
PSDM : prestataires de soins et de dispositifs médicaux  
PSOI : profil statistique et observatoire individuel  
PUMA : protection universelle maladie  
QR-code : *quick response code*  
RAC : reste à charge  
RCT : recours contre tiers  
RDV : rendez-vous  
RETEX : retour d'expérience  
RG : régime général  
RGPD : règlement général sur la protection des données  
RH : ressources humaines  
RIAP : relevé individuel d'activité et de prescriptions  
RNCPS : répertoire national commun de la protection sociale  
RNP : référentiel national de processus  
ROC : remboursement des organismes complémentaires  
ROC : référents des organisations coordonnées  
ROI : *return On Investment* = retours sur investissement  
ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique  
RSA : revenu de solidarité active  
RSI : régime social des indépendants  
RT-PCR : *reverse transcriptase – polymerase chain reaction*  
SAE : service d'archivage électronique  
SAS : service d'accès aux soins  
SDRH : schéma directeur des ressources humaines  
SDSI : schéma directeur des système d'information  
SEFI : système électronique de facturation intégré  
SI : système d'information  
SIRH : système d'information des ressources humaines  
SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires  
SMS : *short message service*  
SNLFE : service national de lutte contre la fraude à enjeux



SNS : stratégie nationale de santé  
SONS : système ouvert et non sélectif  
SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation  
SSIAD : services de soins infirmiers à domicile  
SSSI : schéma stratégique des systèmes d'information  
STSS : stratégie nationale de transformation du système de santé  
T2A : tarification à l'activité  
TAG : tests antigéniques  
TBB : tableau de bord  
TFN : *task force* nationale  
TI : travailleur indépendant  
TP / TPI : tiers payant / tiers payant intégral  
TRAM : travail en réseau de l'assurance maladie  
TS : travailleur salarié  
UGECAM : union pour la gestion des établissements de l'assurance maladie  
UNAF: union nationale des associations familiales  
UCANSS : union des caisses nationales de sécurité sociale  
UIOSS : union immobilière des organismes de sécurité sociale  
UNCCAS : union nationale des centres communaux d'action sociale  
URPS : union régionale des professionnels de santé  
URSSAF : union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales  
VPN : *virtual private network*  
VSM : volet de synthèse médicale  
ZAC : zones d'action complémentaire  
ZIP : zones d'intervention prioritaire