



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-133P

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

**RAPPORT DEFINITIF :
TOME 2 ANNEXES**

Établi par

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

Membres de l'Inspection générale des affaires
sociales

Sommaire

ANNEXE 1 : LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE MALADIE DU REGIME GENERAL A LA REGULATION DES DEPENSES DE SANTE	7
ANNEXE 1-2 : BILAN DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE ET LES ABUS	57
ANNEXE 1-3 : FICHE : CADRE JURIDIQUE DE LA CONVENTION D’OBJECTIFS ET DE GESTION	69
ANNEXE 2 : EFFICIENCE ET PRODUCTIVITE DE LA BRANCHE.....	83
ANNEXE 2.1 : ANALYSE DU PROCESSUS DROITS DE BASE ET OPTIONNEL	123
ANNEXE 2.2 : ANALYSE DU PROCESSUS CMU	127
ANNEXE 2.3 : ANALYSE DU PROCESSUS FSP MANUEL.....	131
ANNEXE 2.4 : ANALYSE DU PROCESSUS FSE + B2	135
ANNEXE 2.5 : ANALYSE DU PROCESSUS FSP SCAN	139
ANNEXE 2.6 : ANALYSE DU PROCESSUS IJ MALADIE, MATERNITE, PATERNITE..	143
ANNEXE 2.7 : ANALYSE DE PLUSIEURS PROCESSUS SUPPORT.....	147
ANNEXE 2.8 : ANALYSE DU PROCESSUS ACCUEIL PHYSIQUE	151
ANNEXE 2.9 : ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS PAR INDICATEURS CPG FONCTION DE PRODUCTION ET FONCTIONS SUPPORT	155
ANNEXE 2.10 : SIMULATION D’EVOLUTION DES BESOINS EN ETP PAR CAISSE LIES A LA REDUCTION DES ECARTS DE PRODUCTIVITE	159
ANNEXE 3 : LA QUALITE DE SERVICE	171
ANNEXE 4-1 : L’EXECUTION DES BUDGETS PLURIANNUELS DU FNG ET DU FNASS	185
ANNEXE 4.2. : LA POLITIQUE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	197
ANNEXE 4.3 : ELEMENTS DE BILAN ET PERSPECTIVES CONCERNANT LA GESTION DES SYSTEMES D’INFORMATION.....	219
ANNEXE 4.4 : LA FONCTION D’AUDIT INTERNE	241
ANNEXE 5 : LES INDICATEURS	251

Sommaire - Annexe n°1

ANNEXE 1 : LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE MALADIE DU REGIME GENERAL A LA REGULATION DES DEPENSES DE SANTE7

INTRODUCTION.....7

1. LA COG 2006-2009 PLACE LA GESTION DU RISQUE AU COEUR DE LA CONTRACTUALISATION ENTRE L'ETAT ET LA CNAMTS 7
 - 1.1. *La COG repose sur une conception large de la notion de gestion du risque* 8
 - 1.2. *La COG est trop imprécise sur le partage des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie dans la conduite des actions de gestion du risque*..... 10
 - 1.3. *La COG comprend des engagements trop nombreux, ce qui nuit à la qualité du suivi par ailleurs insuffisant tant dans sa régularité que dans sa méthode*..... 13
2. LES EFFECTIFS AFFECTES A LA GESTION DU RISQUE CONNAISSENT UNE NETTE PROGRESSION .. 16
 - 2.1. *Les effectifs affectés à la gestion du risque ont augmenté dans un contexte de diminution générale*..... 16
 - 2.2. *En structure, le poids de l'activité de gestion du risque est très variable selon les organismes*..... 17
 - 2.3. *Au niveau territorial, une analyse conduite en Rhône-Alpes montre que la mobilisation des CPAM sur la période 2006-2008 est significative* 19
3. LA MISE EN PLACE DE PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE CARACTERISE LA PERIODE 2006 -2009 23
 - 3.1. *Le développement de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé*..... 24
 - 3.2. *La maîtrise médicalisée s'est développée en ambulatoire et dans les établissements de santé*..... 33
 - 3.3. *Les contrôles des professionnels et des établissements s'est renforcé* 42
4. UN PILOTAGE PAR OBJECTIFS QUI EST AFFALIBLI PAR LA COMPLEXITE DE L'ORGANISATION TERRITORIALE..... 45
 - 4.1. *Le pilotage par objectifs constitue un acquis à préserver mais à améliorer sur certains points* 45
 - 4.2. *Une organisation territoriale qui reste complexe*..... 54

ANNEXE N°1-257

1. UNE ACTION AMBITIEUSE 58
 - 1.1. *Le plan annuel de contrôle structure l'action de la branche en matière de lutte contre la fraude et les abus*..... 58
 - 1.2. *Les structures et les moyens consacrés à la lutte contre la fraude et les abus ont été adaptés*..... 59
 - 1.3. *De nouveaux outils juridiques et contentieux sont mobilisés* 61
2. DES RESULTATS PROBANTS A CONFORTER 63
 - 2.1. *Les économies générées*..... 63

2.2. <i>Les sanctions</i>	66
ANNEXE N°1-3	69
1. LA COG 2006-2009 S'INSCRIT DANS LE CONTEXTE DE L'EXTENSION DES COMPETENCES DE L'ASSURANCE MALADIE ORGANISEE PAR LA LOI DU 13 AOUT 2004.....	69
1.1. <i>La réforme de l'assurance maladie a précisé les compétences de la branche et doté le directeur général de la CNAMTS de pouvoirs nouveaux, assis sur une légitimité renforcée</i>	69
1.2. <i>Le dispositif juridique prévu pour les COG ne paraît pas adapté aux responsabilités confiées à l'assurance maladie</i>	72
2. LA NOUVELLE CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION DEVRA TENIR COMPTE DES MODIFICATIONS INTRODUITES PAR LA LOI HPST	74
2.1. <i>Les responsabilités en matière de gestion du risque sont profondément affectées par la création de programmes pluriannuels régionaux de gestion du risque</i>	75
2.2. <i>La coordination des interventions de l'ARS et de l'assurance maladie en matière de relations avec les professionnels de santé conventionnés devra également être prise en compte</i>	78
2.3. <i>Les projets en matière de suivi des patients ne devront pas être redondants</i>	80

Annexe 1 : La contribution de la branche maladie du régime général à la régulation des dépenses de santé

Introduction

- [1] La mission a centré ses investigations sur certains engagements de la COG d'une part, et sur la méthode de contractualisation et de pilotage du réseau d'autre part.
- [2] Concernant le choix des thèmes, la mission a retenu les actions de régulation des dépenses de santé relatives d'une part à la maîtrise médicalisée des dépenses et d'autre part au contrôle de la tarification¹. Concernant le programme SOPHIA d'accompagnement des patients diabétiques, la mission ne l'a pas examiné ne disposant pas de données scientifiquement établies². Il importera que ce programme soit globalement évalué avant toute généralisation.

1. LA COG 2006-2009 PLACE LA GESTION DU RISQUE AU COEUR DE LA CONTRACTUALISATION ENTRE L'ETAT ET LA CNAMTS

- [3] Le terme gestion du risque a pris un sens nouveau. Au départ le terme représente la gestion des prestations pour les différentes branches des régimes de sécurité sociale. Il recouvre désormais toutes les actions concourant à la maîtrise des dépenses de santé. Il est alors synonyme du mot « régulation des dépenses », terme qui est utilisé par les caisses.
- [4] La question de la régulation des dépenses de santé n'avait pas fait l'objet de contractualisation entre l'Etat et la CNAMTS jusqu'à l'avenant n°4 à la convention 2000- 2003 intégré dans l'avenant général de prolongation de la COG 2000-2003 signée le 10 juin 2004.
- [5] Dans le prolongement de cet avenant, la COG 2006-2009 affiche un positionnement de la CNAMTS marqué par l'ambition de « *Placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie : assureur solidaire en santé* ».
- [6] « *Convaincus que la politique de gestion du risque permet d'améliorer l'état de santé de la population tout en garantissant l'équilibre financier du système d'assurance maladie, l'Etat et la CNAMTS s'engagent à œuvrer à la mise en œuvre d'une stratégie volontariste de gestion du risque tout au long de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009* ». Ce préambule explicite la stratégie globale de la convention qui vise à contractualiser des actions d'une politique globale de santé.
- [7] Mais les engagements qui déclinent dans la COG les actions jugées prioritaires pour la période 2006- 2009, ne précisent pas de façon concrète les responsabilités réciproques de l'Etat et de l'assurance maladie, ce qui rend le contrat peu opérationnel, surtout lorsque les compétences sont partagées.

¹ Les questions relatives aux Centres d'examen de santé et au Service médical du régime général ont fait l'objet d'une enquête de la cour des comptes en 2009. D'autre part, l'action sanitaire et sociale de la branche maladie a fait l'objet en accord avec la mission d'une enquête pilotée par la direction de la sécurité sociale et réalisée par les services des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

² Le rapport d'évaluation scientifique du programme doit être remis à la CNAMTS en décembre 2009.

1.1. La COG repose sur une conception large de la notion de gestion du risque

- [8] La COG applique une conception extensive des compétences de l'assurance maladie en matière de « gestion du risque » et assure un redéploiement la régulation. des effectifs de la fonction de production vers la fonction de régulation.
- [9] La conception de la « gestion du risque » a connu des évolutions.
- [10] Dans les ordonnances de 1996, la notion de gestion du risque retenue est étroite. Elle recouvre à l'époque la gestion des fonds nationaux de prestations légales. Il revient aux conventions d'objectifs et de gestion de chaque branche de « préciser les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque »³. Dans le même article du code de la sécurité sociale, il est indiqué que « Pour la branche maladie, la convention d'objectif et de gestion comporte un plan de contrôle des prestations servies »⁴.
- [11] Dans l'avenant n°4 à la précédente convention, une définition large de la gestion du risque était retenue. Qualifiée de « transversale », la politique de régulation doit « se concevoir globalement et porter sur l'ensemble des champs du système de soins ».
- [12] Enfin, la loi du 13 août 2004 a renforcé les compétences de la CNAMTS en lui donnant un pouvoir de définition des objectifs de la gestion du risque⁵. Enfin, la loi du 21 juillet 2009 revient à une conception plus restrictive même si le terme de « gestion du risque assurantiel » n'a pas été retenu dans le texte finalement voté.

1.1.1. Au niveau national, la loi du 13 août 2004 donne au conseil de la CNAMTS un rôle d'orientation important

- [13] Le Conseil a ainsi depuis la loi du 13 août 2004, le rôle de **déterminer** :
- 1° les orientations relatives à la contribution de l'Assurance Maladie à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, y compris les établissements de santé, et au bon usage de la prévention et des soins ;
 - 2° Les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre (.) »
- [14] Le concept de gestion du risque retenu dans la COG est extensif puisqu'il agrège les deux types d'orientations confiées au conseil de la CNAMTS par la loi de 2004 au 1° et au 2° de l'article L.221-3 du CSS. Dans cette acception, la gestion du risque excède largement le seul contrôle des prestations versées pour englober l'ensemble des actions de la politique de santé.
- [15] Dès 1999, la CNAMTS retenait déjà une conception large de la gestion du risque. Ainsi dans la circulaire du 24 mars 1999, elle définissait la gestion du risque comme « l'ensemble des actions et procédures conduisant à optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé, à inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins, à amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modération des coûts dans le cadre financier voté par le parlement ». Dans cette conception la gestion du risque se superpose à la politique de santé.
- [16] Le texte de la COG a identifié six domaines de contractualisation pour la gestion du risque. Au sein de ces domaines, seuls les deux derniers relèvent de la compétence exclusive de la CNAMTS (au sens du 2° de l'article L.221-3), les autres relèvent d'une compétence partagée entre l'Etat et la CNAMTS (au sens du 1° du même article).

³ Article L.227-1 du CSS

⁴ La COG doit aussi mentionner « Les orientations pluriannuelles de l'action du gouvernement dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale, du médicament, de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins. »

⁵ Article L.221-3 du CSS

Tableau 1 : La répartition des domaines de compétences entre l'Etat et l'assurance maladie

Thèmes de contractualisation	Contributions de l'assurance maladie aux politiques de santé (1° de l'art. L.221-3)	Compétences propres de l'assurance maladie (2° de l'art. L.221-3)
Prévention et information des assurés	X	
Lutte contre la précarité et les inégalités en matière de santé	X	
Amélioration de l'efficacité des soins	X	
L'offre de soins	X	
Le périmètre de prise en charge de la tarification		X
Les contrôles		X

Source : Mission

- [17] Ces thèmes sont directement issus des orientations votées par le Conseil de la CNAMTS en amont de la négociation avec l'Etat⁶. Ils concrétisent les orientations de la politique de gestion du risque, orientations débattues par le Conseil en juin 2005

1.1.2. Au niveau territorial, la gestion du risque fait l'objet de procédures de gestion bien identifiées

- [18] La gestion du risque a fait l'objet d'un guide de formation à l'usage des agents des organismes de l'assurance maladie⁷. Les objectifs opérationnels et les axes de travail fixés aux organismes de l'assurance maladie illustrent pleinement la définition large retenue au niveau national :

- [19] « la gestion du risque est l'ensemble des activités de la branche visant à définir, mettre en œuvre et évaluer tout dispositif ou plan d'action contribuant à la maîtrise des dépenses de santé et leur évolution. Les actions de gestion du risque traduisent de manière opérationnelle les objectifs de l'assurance maladie :

- permettre à la population d'être et de se maintenir en bonne santé en optimisant la réponse du système aux soins aux besoins de santé,
- inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins,
- amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que des modérations de coûts (efficacité) ».

- [20] Par ailleurs, le plan de comptabilité analytique, qui a retenu pour la gestion du risque le terme de « régulation », recouvre sept macros processus :

- actions vers les assurés et sur la demande de soins,
- accompagnement des professionnels de santé,
- suivi conventionnel des professionnels de santé,
- action sur l'offre de soins,
- surveillance et suivi du système de santé,
- actions de contrôles ciblés portant sur les professionnels de santé libéraux, établissements et populations d'assurés,
- actions contentieuses.

⁶ Les orientations stratégiques pour la COG ont été discutées en Conseil lors d'une réunion exceptionnelle le 16 mars 2006 et votées lors de la séance du 4 avril 2006.

⁷ « Guide de formation à la gestion du risque » URCAM du Centre, 2006.

- [21] A titre d'exemples :
- **Le macro processus « actions vers les assurés et sur la demande de soins »** recouvre cinq actions : campagnes d'information sur le bon usage des médicaments, campagnes d'information sur le respect de la réglementation, campagnes de vaccination, information sur les thèmes de prévention (alcool, tabac,), orientation des assurés dans le système de soins.
 - **Le macro processus « offre de soins »** recouvre une seule action : actions visant à modifier l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers dans la circonscription, accompagnement de réseaux, regroupement de cabinets, cabinets secondaires, maisons médicales, permanence des soins, incitation à l'installation ciblée de professionnels de santé.

- [22] Cet élargissement du concept de gestion du risque n'est pas en soi contestable puisque la maîtrise des dépenses de santé est bien un enjeu majeur pour la puissance publique. En revanche les règles retenues pour sa mise en œuvre posent problème, car sur ce point le texte de la COG reste très imprécis. Il ne définit pas clairement ni les contributions attendues respectivement de l'Etat et de l'assurance maladie, ni le *modus operandi* pour la mise en œuvre des objectifs lorsque la compétence est partagée entre l'Etat et la CNAMTS.

1.2. La COG est trop imprécise sur le partage des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie dans la conduite des actions de gestion du risque

- [23] Les engagements en matière de gestion du risque sont classés en six thèmes. Ils sont au nombre d'une centaine répartis entre chacun des acteurs l'Etat, la CNAMTS ou les deux ensemble.

1.2.1. La COG comprend des engagements trop souvent imprécis

- [24] Le tableau ci après montre le faible nombre d'engagement de l'Etat, et la part relativement importante des actions partagées entre l'Etat et la CNAMTS.

- [25] La COG instaure une ambiguïté sur le partage des responsabilités pour un bon tiers des objectifs. Cette imprécision se caractérise par la formule « *l'Etat et la CNAMTS ...* » qui est très fréquemment utilisée dans les deux thèmes relatifs à l'efficacité des soins et à l'organisation des soins, dans lesquels l'Etat a de larges compétences.

- [26] Le tableau suivant récapitule les thèmes d'engagement et la répartition des acteurs pour chacun de ces thèmes.

Tableau 2 : Répartition par la COG des engagements sur les objectifs de gestion du risque

Thèmes	CNAMTS seule	Etat seul	Compétences partagées	Total des engagements
1. Prévention information des assurés	20 engagements	2 engagements	6 engagements	28
2. Lutte contre la précarité et les inégalités	9 engagements	0 engagement	3 engagements	12
3. Efficience des soins	12 engagements	0 engagement	10 engagements	22
(Dont maîtrise médicalisée)	(1 engagement)	(0 engagement)	(3 engagements)	(4)
(Dont formation professionnels)	(0 engagements)	(0 engagement)	(3 engagements)	(3)
(Dont diffusion bonnes pratiques PS libéraux)	(6 engagements)	(0 engagement)	(0 engagement)	(6)
(Dont diffusion bonnes pratiques PS hospitaliers)	(1 engagement)	(0 engagement)	(4 engagements)	(4)
(Dont diffusion bonnes pratiques PS médico social)	(1 engagement)	(0 engagement)	(0 engagement)	(1)
(Dont Information des assurés)	(5 engagements)	(0 engagement)	(0 engagement)	(5)
4. Organisation des soins	5 engagements	1 engagement	17 engagements	23
5. Périmètre de prise en charge et tarification	5 engagements	1 engagement	2 engagements	8
6. Lutte contre la fraude	11 engagements	1 engagement	4 engagements	16
Total	62	5	42	109

Source : mission

1.2.2. La COG ne précise pas les leviers d'action respectifs de l'Etat et de la CNAMTS dans la gestion du risque

- [27] Les engagements de la COG ne précisent pas les leviers d'action que l'Etat ou la CNAMTS doivent mettre en œuvre pour les tenir. Qu'il s'agisse des conventions avec les professionnels de santé pour la CNAMTS, des lois de financement de la sécurité sociale pour l'Etat, ces leviers devraient être précisés afin de rendre plus opérationnels les engagements.
- [28] Les actions de gestion du risque ont trois sources :
- Certaines relèvent de l'Etat, les leviers d'actions législative ou réglementaire ;
 - Certaines relèvent de la CNAMTS, les leviers des conventions négociées avec les professionnels de santé, et des actions propres (dites hors convention) ;
 - D'autres suppose une action combinée de l'Etat et de l'assurance maladie, réglementation pour l'Etat, financement pour la CNAMTS.

- [29] Les actions de maîtrise médicalisée des dépenses⁸, qui ont été définies dans la convention conclue le 12 janvier 2005 entre l'UNCAM et les syndicats de médecin, sont introduites dans la COG. Elles font partie des engagements propres de la CNAMTS. Pour toutes les autres actions notamment celles relatives à l'hôpital, au déploiement des bonnes pratiques professionnelles et à la formation pour ne citer que quelques exemples, la responsabilité de l'Etat et de la CNAMTS est partagée sans que l'on sache précisément les actions respectives de l'Etat et de la CNAMTS qui sont attendues sur ces points.
- [30] Pourtant, en amont de la préparation de la COG, un document de clarification des compétences respectives entre l'Etat et l'assurance maladie a été soumis au conseil de la CNAMTS.

**Présentation des orientations de la gestion du risque
Document soumis au conseil du 2 juin 2005**

« En ce qui concerne le champ global de compétence de l'Assurance Maladie, il est possible de dresser la typologie suivante :

1/ce qui relève de sa responsabilité propre :

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

2/ce qui relève d'une responsabilité partagée, notamment avec l'Etat, les collectivités territoriales et les instances représentatives des professionnels :

la prévention et l'éducation à la santé ; la répartition des compétences reste dans ce domaine insuffisamment précise ;

la politique du médicament ; après l'intervention d'agences telles que l'AFSSAPS et la Haute autorité de santé, le contrôle du respect des règles de prescription et des indications de remboursement relève principalement de la compétence de l'Assurance Maladie ; la politique des prix est de la responsabilité du CEPS, l'Assurance Maladie obligatoire ayant 3 représentants sur 10 membres.

La politique hospitalière ; l'Assurance Maladie occupe la moitié des sièges des commissions exécutives des ARH et fournit la majeure partie de leurs moyens de fonctionnement ; elle est représentée au comité de l'hospitalisation et dans les CROSS ; enfin, l'Assurance Maladie a un pouvoir de contrôle exercé par le service médical et, en ce qui concerne la tarification, les caisses locales.

Les référentiels de bonne pratique et l'évaluation des professionnels ; si la responsabilité du pilotage de ces sujets n'appartient pas à l'Assurance Maladie, celle-ci a une fonction de support, de propositions, de diffusion et d'incitation au respect des référentiels de bonne pratique.

La démographie médicale et paramédicale ; l'Assurance Maladie a un pouvoir d'avis sur les numerus clausus et elle est coresponsable de la politique d'incitation à une meilleure répartition de l'offre de soins dans le domaine ambulatoire.

La planification de l'offre de soins, par les décisions prises à ce sujet au sein des MRS et des commissions exécutives des ARH. ;

La politique médico-sociale ; l'Etat gère les moyens issus de l'ONDAM, après un avis au niveau local des caisses d'assurance maladie.

3/les domaines qui peuvent donner lieu à propositions :

La formation des professionnels de santé ;

La sécurité sanitaire ;

Et plus globalement, le cadre législatif et réglementaire en cadrant le système de soins et de prévention.

- [31] Le texte de la COG a bien repris l'ensemble des compétences listées dans ce document mais n'a pas pris en compte la répartition de ces compétences pour préciser les conditions de mise en œuvre.

⁸ Ce volet a fait l'objet d'un bilan par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) en juillet 2009.

Recommandation n°23 : Préciser les conditions de mise en œuvre opérationnelle des engagements qui relèvent d'une compétence partagée entre l'Etat et l'assurance maladie. A défaut ne pas contractualiser sur un champ large mais sur le seul champ des compétences propres de la CNAMTS.

1.2.3. La COG n'articule qu'imparfaitement les engagements de gestion du risque avec le respect de l'ONDAM

- [32] Depuis les ordonnances de 1996, la politique de maîtrise des dépenses de santé passe par le respect d'un objectif de dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM fixé annuellement par le Parlement dans les lois de financement de la sécurité sociale.
- [33] La loi donne au directeur général de la CNAMTS un pouvoir en la matière. L'article L. 221-3-1 du CSS dispose que « *Le directeur général prend les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le parlement. Il informe dans les meilleurs délais, outre le conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les commissions compétentes des assemblées, le ministre chargé de la sécurité sociale et le comité d'alerte (...)* ». Cet article n'a pas trouvé son application.
- [34] De plus, le rôle de la contractualisation entre l'Etat et la CNAMTS dans le respect des objectifs de dépenses n'apparaît pas clairement. Les engagements inscrits dans la COG précisent bien les actions à conduire dans tous les domaines de la gestion du risque, mais les résultats attendus de la CNAMTS ne sont quantifiés que pour deux sous objectifs de l'ONDAM, relatifs aux enveloppes « soins de ville » et « produits de santé ». Le suivi de l'ONDAM dans toutes ses composantes se fait hors COG dans des réunions dites de « suivi de l'ONDAM ».
- [35] Enfin, la question de l'articulation de la contractualisation pluriannuelle avec les objectifs annuels se pose. L'adaptation annuelle des engagements pour tenir compte soit des mesures prises dans la LFSS, soit des avenants aux conventions passés par la CNAMTS avec des professionnels de santé n'a pas été réalisée. La loi prévoit des avenants annuels à la COG⁹ qui n'ont pas été mis en œuvre sur la période de contractualisation. Il faut noter que cette logique d'avenants annuels est appliquée par la CNAMTS dans ses relations avec les organismes locaux : les contrats pluriannuels de gestion (CPG) sont modifiés chaque année par avenant sur le seul domaine de la gestion du risque.

1.3. La COG comprend des engagements trop nombreux, ce qui nuit à la qualité du suivi par ailleurs insuffisant tant dans sa régularité que dans sa méthode

1.3.1. Des engagements trop nombreux dont seuls une dizaine font l'objet de suivi

- [36] Le nombre d'engagement souscrits par les parties à la COG en cours est très important. La mission les estime à plus de 200, dont une centaine sur la gestion du risque. La pièce jointe en annexe retrace ces engagements tels que la mission a pu les identifier. Seulement quelques uns font l'objet d'un échéancier, d'objectifs et d'indicateurs de suivi. De sorte que tous les autres relèvent plus d'une déclaration de principe que de la mise en place d'un processus devant déboucher sur leur mise en œuvre.

⁹ L'article L.227-1 dispose « *ces conventions ...déterminent également 1° les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de chaque convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale* »

- [37] Alors que la mission a comptabilisé près de cent engagements sur la gestion du risque, les parties à la convention, l'Etat et CNAMTS n'en retiennent que huit lors de la première réunion de suivi concerté sur la bilan de l'exercice 2006 qui s'est tenue en juin 2007¹⁰, puis onze pour le bilan de l'exercice 2007 lors de la réunion du 5 mai 2008¹¹. Les points ajoutés en 2008 pour le bilan 2007 sont relatifs au contrôle : liquidation médico-administrative, mise sous accord préalable et récupération d'indus.

Tableau 3 : Tableau des engagements du chapitre 1 qui font l'objet d'un suivi concerté

	Engagement COG	responsable	échéances
1	Développer un système d'information sur le système de santé, les caractéristiques de l'offre de soins, prix, qualité	CNAMTS	Par étapes
2	Généraliser le dispositif info soins	CNAMTS	31 12 2006
3	Mettre en œuvre une politique de prévention reposant sur le médecin traitant	CNAMTS	2 ^{ème} semestre 2006
4	Développer les programmes personnalisés de prévention pour les personnes atteintes de pathologie chronique	État CNAMTS	+ 31 12 2007
5	Actualiser l'arrêté du 26 10 95 relatif aux prestations supplémentaires et aux aides versées par les CPAM	État CNAMTS	+ 31 12 2007
6	Mettre en œuvre les programmes de maîtrise médicalisée hospitalière et sur les transports	État CNAMTS	+ 2006
7	Renforcer l'adéquation offre/demande de soins par définition des zones déficitaires	État CNAMTS	+ 2006
8	Conclusion convention CNSA CNAMTS	CNAMTS	31 12 2006
9	Mise en place de l'historique de remboursement	CNAMTS	30 06 2006
10	Annexe à la COG sur les objectifs fixés aux UGECAM	CNAMTS	2 ^{ème} semestre 2006
11	Réviser le dispositif d'entente préalable	État CNAMTS	+ 2 ^{ème} semestre 2007

Source : DSS CNAMTS réunions de suivi de la COG juin 2007 et mai 2008

- [38] Sachant que la COG comprend pour la gestion du risque le suivi de quatorze indicateurs, il est possible de conclure qu'une quinzaine d'engagements sur une centaine sont de portée opérationnelle. Le responsable ou chef de file pour l'action est précisé ainsi que le calendrier pour l'atteinte des résultats et l'indicateur de résultat.

1.3.2. Un suivi défaillant dans sa méthode et dans sa périodicité

- [39] Le chapitre 4. 1 de la COG définit les modalités de suivi et d'évaluation des engagements. « Ce suivi repose sur des indicateurs figurant en annexe et sur tout autre élément permettant d'apprécier la mise en œuvre des engagements ».
- [40] Pour la gestion du risque les indicateurs n'ont fait l'objet que d'un seul point de suivi entre les directions du ministère et la CNAMTS en Juin 2008 sur les exercices 2006 et 2007¹². Ces indicateurs sont les suivants :

¹⁰ Suivi de la COG CNAMTS 2006. Compte rendu des réunions de suivi des objectifs du 4 juin 2007

¹¹ Suivi de la COG CNAMTS 2007. Compte rendu des réunions de suivi des objectifs du 4 mai 2008

¹² Le bilan de l'exercice 2008 n'était pas disponible au moment des investigations de la mission.

Tableau 4 : Indicateurs de suivi des engagements de gestion du risque

Indicateurs globaux	2006		2007	
	objectif	résultat	Objectif	résultat
Evolution de l'ONDAM	+2,4%	+2,6%	+2,5%	+4,1%
Evolution de l'objectif de soins de ville hors produits de santé	+3,2%	+3,6%	+3,2 %	4,0%
Evolution en valeur de l'objectif « produits de santé »	-3,3%	+2,9%	-2,6 %	+5,3%
Prévention				
Nombre de médecins mobilisés par une action de l'AM dans le programme de prévention impliquant les médecins traitants	90,0%	103,0%	90,0%	101,7%
Nombre de programmes de prévention impliquant le médecin traitant ayant atteint l'objectif quantifié de l'indicateur précédent/nombre de programmes de prévention	10,0%	ND	100,0%	67,0%
Iatrogénie				
Part des personnes de plus de 65 ans ayant eu un remboursement de benzodiazépine à demi-vie longue		6,30%		6,10%
Part des personnes de plus de 65 ans ayant eu un remboursement de vasodilatateur		9,10%		8,30%
Nombre d'instaurations de traitements de benzodiazépine à demi-vie longue		466 473		466 570
Pourcentage de patients atteints de maladies chroniques bénéficiant d'un dispositif d'accompagnement	-	-	-	-
Actions de maîtrise médicalisée				
Evolution du nombre de jours indemnisés sur IJ	-3,7%	-3,90%	-2,7%	+1,9 %
Taux de substitution des génériques	70,0%	70,5%	70%	82,20 %
Evolution du ratio OBZ des médecins en ville et à l'hôpital	-2,0%	0,6%	-2,0%	-0,8%
Taux de médecins modifiant leur comportement suite à des actions de la CNAMTS	NB		ND	
Organisation du système de soins				
Taux d'assurés hors CMU ayant désigné un médecin traitant	70,0%	77,2%	90,0%	81,0 0%
Taux de bénéficiaires CMU ayant désigné un médecin traitant	8,0%	68,8%	80,0%	76,6%
Taux d'évolution des prescriptions hospitalières en ville hors rétrocession		+8,8%	-6,5 %	+7,6%
Amélioration des contrôles				
Taux de contrôle des établissements ciblés	90 %	98,9 %	90 %	91,1 %
Evolution du nombre de médecins généralistes gros prescripteurs d'arrêts de travail maladie	-20 %		-40 %	-8,2 %
Taux de récupération des indus				
Taux d'indus constatés sur les processus de production		Invalidité 0.19% PNE 0.41%		Invalidité 0.14% PNE 0.36%
Taux de recouvrement des indus		Invalidité 40.4% PNE 95.17%		Invalidité 72.05% PNE 95.04%

Source : Bilan 2007 de la COG/DSS et CNAMTS

- [41] Ce tableau montre pour les deux exercices concernés, que certains indicateurs n'ont pas été servis (comme le nombre de patients atteints de maladie chronique bénéficiant d'un accompagnement) ou ne sont pas calculés (comme le nombre de médecins ayant modifié leur comportement suite à des actions de la CNAMTS).
- [42] L'article 4.1 de la COG précise en outre que « chaque année, l'Etat et la CNAMTS établissent dans un document commun, le bilan d'étape présenté au conseil de la CNAMTS et au conseil de surveillance ». Intervenant pour l'évaluation de la COG en 2009, la mission n'a pu s'appuyer que sur un seul bilan celui portant sur l'année 2007, première année de mise en œuvre de la convention, qui a été signée en août 2006.

Recommandation n°24 : Réduire le nombre d'objectifs et en assurer un suivi régulier sur toute la durée de la COG. Ceci suppose aussi une mise en cohérence des objectifs à suivre et des indicateurs utiles au suivi.

2. LES EFFECTIFS AFFECTES A LA GESTION DU RISQUE CONNAISSENT UNE NETTE PROGRESSION

[43] Depuis 2005, les organismes de l'Assurance maladie se sont organisés par pôles d'activités. Cette organisation se retrouve avec des spécificités dans chacun des organismes du réseau en charge de la mission de gestion du risque : les CPAM, les CRAM, les DRSM, les URCAM.

[44] Au niveau national, les outils du contrôle de gestion permettent de mesurer la répartition des effectifs selon les activités dans les quatre réseaux de l'assurance maladie selon les fonctions assurées. Celles-ci sont au nombre de quatre : la production, la logistique, la relation clients et la régulation qui recouvre les actions de gestion du risque.

[45] Ces données de comptabilité analytique comportent inévitablement des biais. Elles sont néanmoins retenues pas la mission pour donner des ordres de grandeur sur les moyens humains affectés aux différentes activités de l'assurance maladie dans chaque organisme.

2.1. Les effectifs affectés à la gestion du risque ont augmenté dans un contexte de diminution générale

[46] Alors que les effectifs globaux de l'assurance maladie ont diminué de l'ordre de 5 000 ETP (5 110 exactement si l'on prend en compte les CDI et les CDD) sur la période 2005 à 2008, ceux qui ont été affectés à la gestion du risque ont crû de l'ordre de mille ETP.

Tableau 5 : Evolution des effectifs totaux selon les catégories d'organismes de l'assurance maladie

Organismes	2005	2006	2007	2008	Variation d'effectifs	Evol 05-06	Evol 06-07	Evol 07-08	Evol 05-08
CGSS	1 866,0	1 866,0	1 847,0	1 868,0	2,0	0,0%	-1,0%	1,1%	0,1%
CNAMTS	1 951,0	1 920,0	1 925,0	1 947,0	-4,0	-1,6%	0,3%	1,1%	-0,2%
CPAM	62 854,0	61 185,0	59 554,0	58 906,0	-3 948,0	-2,7%	-2,7%	-1,1%	-6,3%
CRAM	6 218,0	6 113,0	5 943,0	5 858,0	-360,0	-1,7%	-2,8%	-1,4%	-5,8%
CTI	616,0	598,0	589,0	582,0	-34,0	-2,9%	-1,5%	-1,2%	-5,5%
DRSM	9 584,0	9 368,0	9 119,0	8 821,0	-763,0	-2,3%	-2,7%	-3,3%	-8,0%
URCAM	308,0	318,0	312,0	305,0	-3,0	3,2%	-1,9%	-2,2%	-1,0%
Total	83 397,0	81 368,0	79 289,0	78 287,0	-5 110,0	2,4%	-2,6%	-1,3%	-6,1%

Source : CNAMTS effectif en ETP annuels rémunérés

[47] Les CPAM ont vu leurs effectifs diminuer comme la moyenne soit -6,3% contre -6,1% pour l'ensemble de la branche. Ce sont les DRSM qui enregistrent le taux de diminution le plus fort (8%) avec une diminution de 763 ETP.

[48] Concernant la gestion du risque, l'augmentation globale, est concentrée sur les CPAM (+30%). Les effectifs des DRSM et URCAM restent stables alors que ceux des CRAM chutent nettement (-8%).

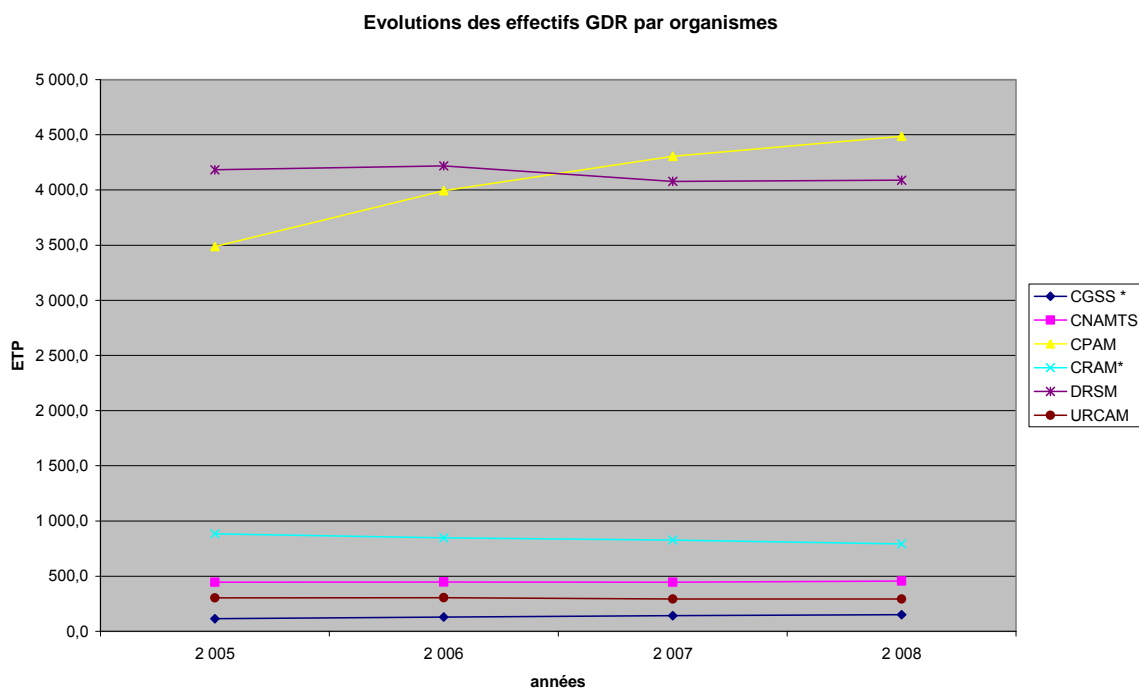
Tableau 6 : Evolution des effectifs affectés à la gestion du risque selon les catégories d'organismes de l'assurance maladie

Organismes	2005	2006	2007	2008	06/05	07/06	08/07	08/05	
CGSS	121,2	138,4	149,0	158,5	17	11	10	37	30,8%
CNAMTS	448,7	451,2	452,4	457,5	2	1	5	9	2,0%
CPAM	3 587,5	4 123,7	4 434,4	4 677,0	536	311	243	1 090	30,4%
CRAM*	885,2	859,8	844,4	812,1	-25	-15	-32	-73	-8,3%
DRSM	4 230,3	4 297,7	4 177,5	4 167,0	67	-120	-10	-63	-1,5%
URCAM	308,0	318,0	312,0	305,0	10	-6	-7	-3	-1,0%
REGULATION total	9 581	10 189	10 370	10 577	608	181	208	996	10,4%

Source : CNAMTS (* CRAM (hors AT-MP et vieillesse))

- [49] Cette évolution recouvre sans doute la mise en place des délégués de l'assurance maladie (DAM) qui ont été affectés dans les CPAM.
- [50] Sur la période, les évolutions respectives des effectifs des CPAM et des DRSM montrent un effet de ciseaux : A partir de 2007, les effectifs des CPAM affectés à la régulation sont supérieurs à ceux qui sont affectés dans les DRSM. Le graphique ci-dessous montre cet effet

Graphique 1 : Evolution des effectifs GDR par organismes



2.2. En structure, le poids de l'activité de gestion du risque est très variable selon les organismes

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

Tableau 7 : Poids des effectifs affectés à la régulation

	Organismes	2005	2006	2007	2008
REGULATION	CGSS	6,49%	7,42%	8,07%	8,48%
	CNAMTS	23,00%	23,50%	23,50%	23,50%
	CPAM	5,71%	6,74%	7,45%	7,94%
	CRAM	14,24%	14,06%	14,21%	13,86%
	DRSM	44,14%	45,88%	45,81%	47,24%
	URCAM	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	REGULATION total		11,57%	12,58%	13,09%

[52] Si l'on examine l'ensemble des activités assurées par chaque type d'organismes, le poids des activités diffère nettement. L'activité de régulation n'est l'activité principale que du réseau des DRSM.

2.2.1. Pour les CPAM, l'activité principale est celle de « production »

[53] Le tableau suivant issu de la comptabilité analytique de la CNAMTS illustre bien le poids des activités de production au sein du réseau des CPAM.

Tableau 8 : Evolution de la répartition des effectifs dans les CPAM

Activités	CPAM 2005	CPAM 2008
Production	55,47	51,47
Fonctions support	22,34	22,38
Relation Clients	16,49	18,22
Régulation	5,71	7,94
	100	100

Source : CNAMTS

2.2.2. Pour les CRAM, l'activité principale est celle des « relations clients »

[54] Le poids des relations clients dans les CRAM, s'explique notamment par le rattachement à cet échelon du service social de la branche qui intervient auprès des assurés au regard des quatre risques gérés : la maladie, la maternité, l'invalidité, et le décès.

Tableau 9 : Evolution de la répartition des effectifs relevant de la branche maladie dans les CRAM

Activités	CRAM 2005	CRAM 2008
Production	7,93	8,09
Fonctions support	21,00	21,53
Relation Clients	56,83	56,52
Régulation	14,24	13,86
	100,00	100,00

Source : CNAMTS

2.2.3. Pour les DRSM, l'activité principale est celle de « régulation »

[55] Les DRSM qui coordonnent au niveau régional l'activité des praticiens conseils du régime général ont bien comme fonction dominante celle de régulation.

Tableau 10 : Evolution de la répartition des effectifs des DRSM

Activités	DRSM 2005	DRSM 2008
Production	18,03	15,80
Fonctions support	31,29	29,34
Relation Clients	6,54	7,62
Régulation	44,14	47,24
	100,00	100,00

Source : CNAMTS

[56] L'analyse par la comptabilité analytique met en évidence la mobilisation d'effectifs selon les différentes fonctions des caisses. Elle montre l'importance en termes d'effectifs de la fonction de production pour les CPAM, celle de relation Clients pour les CRAM et celle de régulation pour les DRSM.

2.3. *Au niveau territorial, une analyse conduite en Rhône-Alpes montre que la mobilisation des CPAM sur la période 2006-2008 est significative*

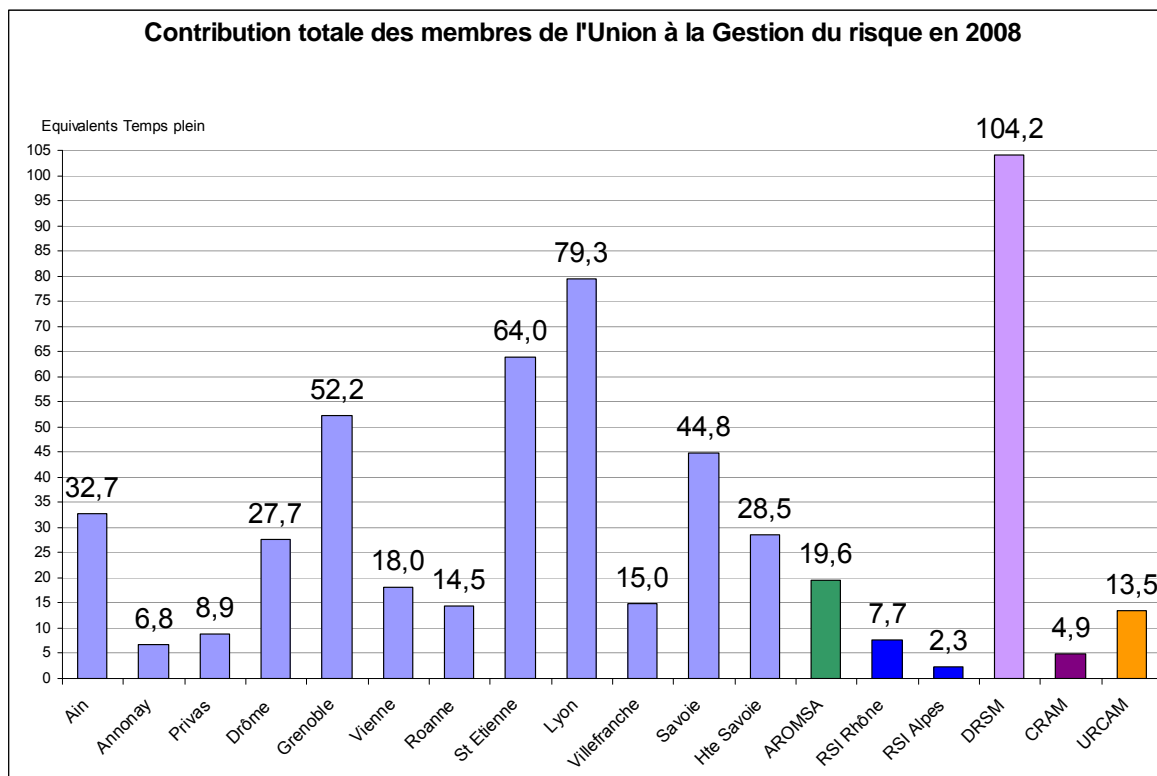
[57] La mission s'est rendue dans deux régions celles du Centre et de Rhône-Alpes pour vérifier les conditions de mise en œuvre des priorités définies au niveau national dans la COG et déclinées par chaque réseau territorial au moyen de contrats pluriannuels de gestion (CPG).

2.3.1. L'hétérogénéité des moyens affectés à la gestion du risque

[58] L'URCAM de la région Rhône Alpes qui est chargée de la coordination de la gestion du risque retrace dans ses rapports d'activités¹³ les moyens affectés par chaque régime et au sein du régime général par chaque organisme. Le tableau ci-dessous retrace les effectifs par organismes pour l'exercice 2008.

¹³ Rapport sur l'activité en gestion du risque des membres de l'union pour 2008.

Graphique 2 : Contribution des organismes des trois régimes aux actions de gestion du risque en Rhône-Alpes en 2008



Source : URCAM Rhône-Alpes

- [59] Ces travaux montrent le faible poids des régimes agricole et indépendant au regard de l'implication du régime général dans la gestion du risque : le régime agricole consacre moins de 20 ETP à la gestion du risque, et le régime des indépendants près de 10 ETP sur l'exercice 2008.
- [60] Ils montrent également, les moyens affectés varient fortement selon les caisses, de 6,8 ETP pour la caisse d'ANNONAY à 79.3 pour la CPAM de LYON, dans la région Rhône-Alpes. Le tableau ci-après décrit la répartition des effectifs par caisse et par type d'action de régulation.

Tableau 11 : Répartition des effectifs au sein des caisses du régime général de la région Rhône-Alpes

TOTAL CPAM effectifs par activités au sein de la fonction « régulation »	Ain	Annonay	Privas	Drôme	Grenoble	Vienne	Roanne	St Etienne	Lyon	Villefranche	Savoie	Hte Savoie
Action vers les assurés 56	3,7	0,6	0,6	3,6	16,5	2,1	1,0	7,8	8,3	0,8	8,1	3,0
Relations avec les professionnels de santé 124	12,2	2,5	2,5	9,7	15,6	5,4	5,8	18,5	25,1	3,5	11,0	12,0
Actions sur l'offre de soins 10	1,5	0,2	0,3	0,7	2,3	0,3	0,3	1,5	1,2	0,3	1,3	0,5
Actions surveillance du système de santé 34	1,9	1,0	1,0	3,6	1,0	2,4	2,3	5,2	4,3	2,3	7,4	2,0
Actions de contrôle et de contentieux 168	13,4	2,5	4,5	10,1	16,8	7,8	5,2	31,0	40,5	8,1	17,0	11,0
Total toutes actions 392,37	32,7	6,8	8,9	27,7	52,2	18,0	14,5	64,0	79,3	15,0	44,8	28,5

Source : URCAM Rhône-Alpes

[61] La faiblesse des effectifs sur certaines activités appelle clairement à une mutualisation entre caisses voir au niveau régional comme l'exerce déjà pour les effectifs médicaux les directions régionales du service médical.

2.3.2. Le poids des CPAM dans les effectifs mobilisés sur les actions de gestion du risque est important et en nette progression

[62] L'ensemble des douze CPAM de la région mobilisent près de 393 ETP pour les actions de gestion du risque en 2008, la DRSM 104 ETP, la CRAM 4,9 et l'URCAM 13,5 ETP. Le tableau ci-dessous récapitule les moyens de chaque organisme du régime général pour l'exercice 2008 dans la région Rhône – Alpes.

Tableau 12 : Evolution des moyens affectés à la gestion du risque par organismes

Années ETP par organismes	Douze CPAM	DRSM	CRAM	URCAM	TOTAL RG
2005	238,3	95,2	10,0	10,0	353,5
2006	314,6	76,5	6,5	12,10	409,7
2007	378,9	83,2	4,9	13,5	480,5
2008	392,4	104,2	4,9	13,5	514,9
évolution 2008/2005 en %	64,7%	9,4%	-51,0%	35,0%	45,7%

Source : URCAM Rhône-Alpes rapport d'activité 2008

- [63] Ces éléments montrent la très forte progression des effectifs mobilisés en Région Rhône-Alpes sur la gestion du risque, progression qui est très nette pour les CPAM, alors que les moyens de la CRAM baissent notablement.

2.3.3. Des axes prioritaires d'intervention variable selon les régimes

- [64] L'état des lieux effectué par l'URCAM sur la région Rhône-Alpes montre des priorités d'actions en matière de gestion du risque différentes selon les régimes.

Tableau 13 : Priorités d'action selon les régimes

ETP par activités au sein de la fonction de régulation	TOTAL RA	%	AROMSA	%	RSI	%	Total RG	%
Actions vers les assurés et la demande de soins	72,1	13,2	11,7	59,7	1,3	26,8	59,2	11,4
Accompagnement des PS et vie conventionnelle	146,3	26,9	0,5	2,6	0,0	0,7	145,7	28,0
Actions sur l'offre de soins	23,8	4,4	1,1	5,6	0,2	4,4	22,5	4,3
Surveillance et suivi du système de santé	40,8	7,5	1,5	7,7	1,1	23,3	38,2	7,3
Actions de contrôle ciblé et de contentieux	261,6	48,0	4,8	24,5	2,1	44,8	254,7	49,0
Année 2008	544,6	100,0	19,6	100,0	4,7	100,0	520,3	100,0

Source : URCAM Rhône-Alpes

- [65] Le régime agricole privilégie nettement les actions vers ses assurés et la demande de soins. Le RSI comme le régime général privilégient les actions de contrôle. Seul le régime général a une action significative envers les professionnels de santé.

2.3.4. Les spécificités des différentes catégories d'organismes du régime général

[66] Les statistiques établies par l'URCAM en 2008 montrent que chaque réseau d'organismes intervient selon des priorités différentes :

- tous les organismes privilégient les actions de contrôle, au premier rang desquels la DRSM ;
- la DRSM privilégie en second rang l'accompagnement des professionnels de santé ;
- la CRAM intervient en second rang sur l'activité relative à l'offre de soins ;
- les CPAM interviennent comme la DRSM en second rang sur l'accompagnement des professionnels de santé et en troisième rang sur l'action envers les assurés.

Tableau 14 : Répartition des effectifs de la gestion du risque selon les catégories d'organismes

Axes	Total RG	%	DRSM	%	CRAM	%	URCAM	%	CPAM	%
Actions vers les assurés et la demande de soins	59,2	11,4	0,9	0,9	0,0	0,0	2,0	14,8	56,3	14,2
Accompagnement des PS et vie conventionnelle	145,7	28,0	18,2	17,5	12,2	12,2	3,0	22,2	123,9	31,2
Actions sur l'offre de soins	22,5	4,3	6,5	6,2	32,7	32,7	4,0	29,6	10,4	2,6
Surveillance et suivi du système de santé	38,2	7,3	1,1	1,0	4,1	4,1	3,0	22,2	33,9	8,5
Actions de contrôle ciblé et de contentieux	254,7	49,0	77,5	74,4	51,0	51,0	1,5	11,1	173,2	43,6
Année 2008	520,3	100,0	104,2	100,0	100,0	100,0	13,5	100,0	397,7	100,0

Source : URCAM Rhône-Alpes

[67] Il faut noter le poids des activités de contrôle, qu'il s'agisse de contrôles ciblés ou contentieux, qui dominent dans tous les organismes avec un poids tout particulièrement important pour la DRSM. Pour les CPAM, c'est l'activité d'accompagnement des professionnels de santé qui mobilise le plus de moyens après le contrôle. Enfin, la CRAM est plus investie dans les activités d'organisation des soins.

[68] Les trois organismes de portée régionale sont spécialisés : l'URCAM sur la coordination, la DRSM sur le contrôle, la CRAM sur l'organisation des soins. Les caisses primaires disposent d'un portefeuille d'activités plus diversifié.

3. LA MISE EN PLACE DE PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE CARACTERISE LA PERIODE 2006 -2009

[69] La mission de l'IGAS a analysé au niveau de la CNAMTS et au niveau de deux régions la conception et la mise en œuvre de plusieurs programmes nationaux. Les constats qu'elle a pu faire montrent que la stratégie affichée dans la COG a été mise en œuvre. Des programmes nationaux conçus par la CNAMTS et correspondants aux objectifs de la COG ont été déclinés dans le réseau.

[70] La mission a concentré son analyse sur les actions de maîtrise médicalisée des dépenses et sur les contrôles de la tarification à l'activité (T2A).

3.1. *Le développement de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé*

- [71] Le concept de maîtrise médicalisée a émergé au début des années 1990 en opposition à celui de simple maîtrise comptable. Ce concept comporte, outre l'idée de la participation à une forme de régulation des dépenses, l'affirmation d'un principe de qualité de la prise en charge des individus. Il a pris une première forme avec les références médicales opposables (RMO) dans les ordonnances de 1996.

Les RMO

Les références médicales opposables ont été, dès leur origine, établies sur des critères scientifiques par les institutions qui ont précédé la HAS (ANDEM puis ANAES à partir de 1997) et par l'AFSSAPS pour les médicaments. Elles avaient pour particularité d'identifier les pratiques de soins inutiles ou dangereuses et constituaient donc des références à incitation négative. Leur libellé commençait souvent par « *Il n'y a pas lieu de...* »).

Ce dispositif a rapidement montré ses limites car si le nombre de médecins qui ne respectaient pas ponctuellement ces références était important, seul un faible nombre (évalué à 2% par des études de la CNAM) dépassaient un ou des seuils d'opposabilité pouvant entraîner des sanctions financières. Au demeurant, les conventions médicales de 1997 qui rendaient opposables ces références ont été annulées par le Conseil d'Etat en 1998.

- [72] Trois leviers ont permis le développement de la maîtrise médicalisée des dépenses sur la période de la COG : la création de la Haute Autorité de Santé (HAS) d'une part, la mise en place par la CNAMTS d'un outil d'information directe des professionnels de santé, enfin la contractualisation individuelle de l'assurance maladie avec les établissements et les professionnels de santé.

3.1.1. **Le rôle central de la Haute Autorité de Santé : l'élaboration de référentiels et l'évaluation des pratiques professionnelles**

- [73] La convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS fonde la maîtrise médicalisée sur l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS). Dans cette perspective, une coordination de l'Etat et de la CNAMTS est instaurée dans le but de permettre à la HAS de prendre en compte leurs demandes d'avis au moment de l'élaboration de son programme annuel.

- [74] La HAS, créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a été mise en place le 1^{er} janvier 2005. Elle est essentiellement chargée d'accompagner la décision publique pour optimiser la gestion du « panier » des biens et services médicaux remboursables et d'appuyer les professionnels de santé dans leur exercice clinique pour prodiguer des soins plus efficaces, plus sûrs et plus efficaces. La HAS programme ses travaux annuels dans le cadre d'une procédure d'identification et de sélection des thèmes de travail qui sont validés ensuite par son collège. Les thèmes proposés émanent de demandeurs ou d'institutions variés qui comprennent notamment le ministre chargé de la santé et ses services (Direction générale de la santé, DHOS, DSS), les institutions de l'assurance maladie (UNCAM, CNAMTS...) des sociétés savantes ou professionnelles, des réseaux de santé ou des associations de malades ou de professionnels de santé. Les activités de la HAS évoquées dans ce rapport ne sont pas exhaustives et ne concernent, compte tenu des investigations de la mission centrées sur la maîtrise médicalisées, que les actions menées dans ce cadre.

[75] La HAS assure une information vers les professionnels de santé et le grand public par la mise à disposition de ses productions sur des sites internet et des publications spécifiques. Ainsi, en 2007, son site internet a fait l'objet de 4 844 visites par jour en moyenne, 603 publications ont été mises à disposition sur ce site et 11 764 téléchargements ont été opérés en moyenne par jour. En outre, la HAS a publié sous son propre timbre des fiches spécifiques et un guide :

- Sur le bon usage du médicament
- De synthèse des recommandations professionnelles
- Sur le bon usage des dispositifs médicaux et des technologies médicales
- sous la forme de guides pour les médecins et les patients en matière d'ALD.

[76] La CNAMTS s'est engagée à assurer la diffusion régulière des bonnes pratiques auprès des professionnels de santé et à en assurer la promotion grâce à l'instrument conventionnel et à ses réseaux administratifs et médical.

3.1.1.1. Une production de référentiels soutenue

[77] L'étude des programmes de travail de la HAS pour les années concernées par la COG montre que dans le domaine de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins la production a été soutenue. A titre d'exemple, on peut noter au titre de l'activité de l'année 2007 l'élaboration de :

- 17 recommandations professionnelles pour la pratique clinique ;
- 22 guides pour les médecins, 4 guides pour les patients concernant les affections de longue durée (ALD) et l'actualisation du guide pour les médecins sur le diabète.

[78] Les demandes de travaux de la CNAMTS (pour lesquels les directions du ministère chargé de la santé sont parfois positionnées en codemandeurs) résultent généralement d'un ciblage de thèmes opéré en fonction des critères suivants :

- impact financier d'un acte important pour les dépenses d'assurance maladie ;
- constatation de pratiques médicales peu rationnelles sur le sujet ;
- comparaisons faisant ressortir des pratiques différentes à l'étranger.

[79] Saisie d'une demande d'avis, la HAS met en œuvre plusieurs méthodologies pour rendre son avis parmi lesquelles figurent l'analyse de la littérature scientifique comprenant les articles français et étrangers et les recommandations des conférences de consensus, la consultation des sociétés savantes et sur un plan général la recherche de toutes les données bibliographiques concernant le sujet traité.

3.1.1.2. La validation de certains référentiels proposés par l'assurance maladie

[80] L'UNCAM ou la CNAMTS peuvent également soumettre des référentiels élaborés par leur service médical à la validation de la HAS en application de l'article L 162-1-7 du code de la santé publique qui prévoit la possibilité d'assortir de conditions particulières certaines prescriptions et notamment, pour les actes réalisés en série de « *préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire* »

[81] La synthèse des commandes de la CNAMTS à la HAS pour l'année 2009 fournie à la mission par la direction générale ne comporte que l'avis défavorable évoqué supra sur la question de la durée de l'arrêt de travail recommandée pour certaines pathologies.

- [82] Il arrive rarement, comme en 2009, que la HAS donne un avis défavorable sur une proposition de la CNAMTS. La demande émanait du directeur général de l'UNCAM (également directeur général de la CNAMTS) et concernait la validation de la durée indicative de la prescription d'arrêt de travail pour des situations cliniques précises (lombalgies communes, canal carpien après intervention chirurgicale, ligaments du genou après intervention chirurgicale). Considérant qu'elle ne disposait pas d'argument scientifique pertinent pour apprécier la validité des durées indiquées, la HAS n'a pas estimé devoir approuver le document.
- [83] Il faut noter que ce cas a mis en évidence les difficultés auxquelles sont confrontées les deux institutions dans leurs relations ; la saisine du directeur général de l'UNCAM sollicitant la validation ne proposait qu'un délai très court à la haute autorité pour rendre son avis (le document est en date du 28 avril 2009 et précise qu'il est envisagé d'adresser le texte validé dans le courant du mois de mai 2009 aux médecins). Le président de la HAS a indiqué dans sa réponse du 14 mai 2009 que celle-ci ne disposait pas d'argument scientifique pour apprécier la validité des durées d'arrêt de travail proposées et que les délais impartis empêchaient la réalisation des investigations scientifiques nécessaires.
- [84] La mission a noté le caractère relativement rare des refus opposés par la HAS aux demandes d'avis ou de validation de l'UNCAM et considère que la crédibilité scientifique de la HAS justifie cette approche méthodologique rigoureuse. Instrument de promotion de la rigueur scientifique dans les pratiques des professionnels de santé, la HAS doit conserver son positionnement indépendant et impartial dans ses activités. Si la mission peut comprendre l'exigence de rapidité de l'UNCAM, elle ne saurait compromettre l'indépendance et la qualité des recommandations sous peine de saper les fondements mêmes de la démarche. Une meilleure organisation des échanges entre les deux institutions serait à la fois le gage d'une mise en œuvre rapide et d'une crédibilité scientifique absolument fondamentale.
- [85] En outre, compte tenu de cette exigence, il apparaît à la mission que les travaux sont réalisés dans des délais satisfaisants. La mission a noté la richesse et l'ampleur des sources bibliographiques exigées par la HAS pour asseoir la validité de ses avis. A titre d'exemple, la HAS a, en deux mois (de février à avril 2007), validé des référentiels proposés par l'UNCAM fixant un seuil à partir duquel la poursuite des soins de masso-kinésithérapie nécessitait le recours à la procédure d'entente préalable pour trois situations cliniques (rééducation dans les suites de la libération du nerf médian, de la reconstruction du ligament croisé antérieur du genou et des entorses externes récentes cheville-pied). Pour cette validation, la HAS a procédé à une analyse de la littérature comprenant les recommandations françaises et celles d'origine anglo-saxonnes. En plus de ces données bibliographiques, onze sollicitations d'avis ont été adressées à l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes et aux sociétés savantes qui ont généré six réponses.

3.1.1.3. L'évaluation des pratiques professionnelles

- [86] L'optimisation des pratiques médicales constitue une action de longue haleine sur laquelle l'assurance maladie s'est particulièrement mobilisée depuis 1995.
- [87] Plusieurs dispositifs incitant les professionnels de santé à rapprocher leur pratique des préconisations et référentiels validés par la HAS et l'AFSSAPS ont été mis en place avec des résultats généralement sensibles mais souvent insuffisants. Ces dispositifs ont en commun de stimuler les motivations des professionnels en combinant dans des proportions variables des mesures incitatives, des contrôles et le cas échéant des sanctions.
- [88] Les mesures incitatives reposent sur les référentiels, l'information délivrée par l'assurance maladie dans le cadre de la maîtrise médicalisée, la formation continue et l'évaluation des pratiques.
- [89] Indépendamment de la création de l'ANAES puis de la HAS, dans la perspective de pouvoir doter le corps médical de données actualisées sur l'évaluation des techniques diagnostiques et thérapeutiques, les ordonnances de 1996 ont rendu obligatoire la formation continue pour les professions médicales.

- [90] Plusieurs rapports de l'IGAS ont constaté les difficultés de mise en place de ce dispositif, qui reposait largement sur la profession elle-même. Le rapport de l'IGAS le plus récent sur le sujet, datant de novembre 2008, n'a pas mis en évidence d'améliorations suffisamment notables pour être en mesure de dresser des perspectives optimistes à court ou moyen terme sur le caractère opérationnel du dispositif.
- [91] La loi du 13 août 2004 a créé, en parallèle aux dispositions sur la formation professionnelle citées ci-dessus et qui restent en vigueur, l'obligation pour les médecins de procéder à une analyse de leur pratique professionnelle « selon une méthode élaborée ou validée par la HAS ».
- [92] La HAS n'a pas retenu une conception du dispositif inspirée d'un modèle d'évaluation individuelle « sanctionnante » mais s'est orientée vers l'agrément ou l'habilitation de personnes ou de structures de formation censées accompagner les professionnels dans une démarche qui concourt à l'amélioration de leur pratique.
- [93] Cette évaluation des pratiques ainsi conçue n'a pas soulevé d'oppositions de la part des organisations représentatives des médecins. Les chiffres des praticiens ayant satisfait à cette obligation ne sont pas connus en raison de l'absence d'installation de la structure chargée de cet enregistrement. En revanche, la HAS est en mesure de préciser que le nombre de médecins impliqués dans des programmes mis en œuvre par des organismes qu'elle a agréé est, en mai 2009, de 17 600.
- [94] **La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 crée la notion de développement professionnel continu.**
- [95] Les objectifs du développement professionnel continu sont précisés dans le nouvel article L. 4133-1 du code de la santé publique : *« l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins »*.
- [96] L'article L. 4133-2 renvoie à un décret en conseil d'Etat le soin de préciser les modalités selon lesquelles les médecins pourront se soumettre à leurs obligations, le rôle de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu et son financement.

3.1.2. Un dispositif d'information des professionnels de santé, les délégués de l'assurance maladie (DAM), a été mis en place en 2003 avec des résultats globalement satisfaisants

- [97] L'information des professionnels de santé sur les politiques de l'assurance maladie en matière de maîtrise médicalisée repose sur des contacts réguliers avec les praticiens conseils et les délégués de l'assurance maladie (DAM).
- [98] Il est apparu au cours du début des années 2000 que les contacts et relations confraternelles que développait le réseau de praticiens conseil en direction des professions de santé avait atteint ses limites. Une délégation de la fonction d'entretiens confraternels à des agents formés sur certaines thématiques médicales et disposant, par ailleurs, d'une aptitude particulière à la communication est alors apparue souhaitable pour démultiplier les efforts d'information du service médical de l'assurance maladie en direction des médecins libéraux.

3.1.2.1. La fonction de DAM a été créée en 2003

Les DAM sont chargés d'assurer une diffusion personnalisée des informations de l'assurance maladie en direction des professions de santé ; cette diffusion d'information personnalisée doit pouvoir, à terme, transformer la perception que peuvent se faire les professionnels de santé de l'assurance maladie et les amener à adhérer à ses objectifs.

[99] Ce nouveau mode d'approche des professions de santé, inspiré par le dispositif de la visite médicale de l'industrie pharmaceutique, nécessitait, outre la formation spécifique des agents affectés à cette mission, la mise au point d'une coordination avec les praticiens conseils qui continuaient à assurer leur mission traditionnelle basée sur les entretiens confraternels.

[100] En règle générale, les échanges entre l'assurance maladie et les professionnels de santé sont répartis entre les praticiens conseils et les DAM en fonction de la difficulté des thèmes abordés. Les praticiens conseils conservent les contacts nécessitant une compétence médicale avérée et se positionnent, par ailleurs, en experts de deuxième niveau pour les DAM.

3.1.2.2. Pour atteindre ses objectifs, la CNAMTS a veillé à encadrer et à sécuriser ce nouveau dispositif

[101] Un référentiel métier a été établi en août 2005. Il précise la mission des DAM : « *le DAM assure auprès des professionnels de santé la promotion de la maîtrise médicalisée au regard des orientations de la politique de santé publique et de la politique du médicament. Il doit les accompagner dans cette démarche en relayant les objectifs issus de la négociation conventionnelle entre l'assurance maladie et les organisations professionnelles ainsi que les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'AFSSAPS* ». Ce référentiel métier a été mis à jour en décembre 2008.

[102] La professionnalisation des DAM a été définie par un certificat de qualification professionnelle reconnu par l'UCANSS dès 2005. La formation est réalisée sur une période de 6 mois et repose sur une alternance de cours théoriques dispensés dans des centres inter régionaux de formation avec des périodes de stage et la présentation d'un mémoire. L'origine professionnelle des DAM est constituée pour une partie par des agents ayant un passé au sein de l'institution (technicien conseils, délégués SESAM VITALE, agents des plates-formes de services, liquidateurs) ou de personnes recrutées à l'extérieur (dont certains anciens visiteurs médicaux de l'industrie pharmaceutique).

[103] Toutefois, probablement en raison de la progression rapide des effectifs de cette nouvelle profession de l'assurance maladie, un retard a été pris dans la certification des DAM par rapport aux objectifs. Ainsi, à la fin de l'année 2008, seule une moitié des effectifs de DAM étaient certifiés par la procédure décrite supra (un peu plus de 500) et un tiers des effectifs (300) étaient en cours de certification avec l'objectif d'une certification de 80 % de l'effectif fin 2008.

3.1.2.3. Une organisation structurée, mais complexe

[104] L'effectif des DAM est passé de 189 agents en 2003 à 1 018 agents fin 2008.

[105] Les DAM sont des agents des CPAM et sont coordonnés dans chaque caisse par un manager DAM. Ces managers DAM exercent un rôle de coordination, d'évaluation de la qualité des visites des DAM, voire de tutorat. Un agent (généralement cadre de direction d'une CPAM) exerce au niveau régional la fonction de coordination régionale des DAM. Enfin, au niveau de la Direction régionale du service médical, un praticien conseil est désigné comme référent médical des DAM. La complexité de cette organisation découle du choix fait de positionner les DAM dans chacune des CPAM ce qui impose une double coordination entre CPAM d'une part et coordination entre les CPAM et la DRSM.

[106] Un outil informatique dénommé GDR-PS (logiciel de Gestion Du Risque et Professionnels de Santé) est partagé par les praticiens conseils et les DAM afin d'articuler leurs interventions et, notamment, d'éviter les doublons ou rendez-vous rapprochés auprès des médecins libéraux.

[107] Les campagnes nationales annuelles sont organisées localement à partir des instructions définies par la CNAMTS et diffusées par une lettre réseau. Ces lettres réseau annuelles définissent les thèmes d'action mais laissent une certaine place aux initiatives régionales. Les régions dans lesquelles la mission a effectué ses déplacements ont su trouver un équilibre intéressant entre les actions d'initiative nationale et celles décidées à l'échelon régional. Au-delà de la lettre réseau, chaque lancement de campagne donne lieu à une réunion nationale à laquelle sont conviés les deux correspondants régionaux des actions concernées : un praticien conseil et un coordinateur des DAM.

[108] Les principes de base concernant les modes de préparation et de suivi des campagnes qui ont été décrites à la mission dans trois régions différentes sont identiques et basés sur quelques principes simples :

- une visite de DAM chez un médecin ne doit, sauf exception, pas dépasser une durée qui pourrait être de nature à perturber l'emploi du temps de ce dernier.
- une visite ne doit permettre d'aborder que quelques thèmes. En général de un à trois avec parfois un thème principal et un ou deux thèmes secondaires.
- chaque thème fait l'objet d'une formation scientifique dispensée par un praticien conseil et d'un entraînement à la conduite de l'entretien.
- plusieurs documents intitulés « déroulé de la visite DAM », apportant à ce dernier une démarche précise lui permettant de mener l'entretien de façon cohérente et comportant les éléments d'argumentation techniques nécessaires, sont mis au point et diffusés par la CNAM.
- les professionnels à visiter font l'objet d'un ciblage national avec une marge de manœuvre locorégionale laissée à l'appréciation des acteurs locaux.

[109] Depuis 2006, l'activité des DAM ne se limite plus au seul champ des médecins et est étendue en direction d'autres professionnels de santé comme les pharmaciens, les chirurgiens dentistes, les infirmier(e)s, les masseurs-kinésithérapeutes ou les ambulanciers.

3.1.2.4. Une activité soutenue qui respecte les objectifs fixés

[110] Le nombre annuel de visites des DAM augmente tous les ans depuis 2005 comme le montre le tableau suivant :

Tableau 15 : Evolution du nombre de visites des DAM

Années	2005	2006	2007	2008
Nombre de visites	151 143	201 119	317 764	350 000*

Source : CNAMTS (*objectif 2008)

[111] Ces objectifs nationaux sont déclinés en objectifs locaux dans les CPG des CPAM. Il faut noter qu'en 2007, seules trois CPAM n'ont pas atteint leur objectif du nombre de visites DAM et que sur ces cinq CPAM, trois ont néanmoins réalisé plus de 90% de leur objectif.

3.1.2.5. Plusieurs études démontrent un retour sur investissement de l'action des DAM

[112] L'action des DAM doit être considérée comme un investissement à long terme qui doit permettre d'impliquer d'avantage les médecins libéraux et hospitaliers dans une démarche de maîtrise médicalisée et de respect de leurs propres engagements conventionnels.

- [113] La CNAMTS a communiqué à la mission les résultats de plusieurs études particulièrement démonstratives sur les conséquences économiques positives des campagnes d'information des DAM et des entretiens confraternels. Ces études sont basées sur la comparaison des comportements de médecins ayant été concernés par les campagnes et de ceux de médecins d'un groupe témoin. Les méthodologies employées pour ces études sont relativement complexes pour tenir compte d'autres facteurs qui pourraient être de nature à en modifier les résultats (évolution des prix de certains des médicaments de la classe thérapeutique étudiée, impact des génériques etc.). L'estimation de l'économie réalisée est calculée à partir de la différence entre l'objectif des montants remboursés par l'assurance maladie et le montant remboursé tendanciel.
- [114] S'agissant du retour sur investissement, les campagnes sur certaines classes thérapeutiques ont permis de dégager des économies sensibles, voire conséquentes : 1,81 € pour 1 € dépensé sur l'action la plus rentable citée par ces études. D'autres actions ont dégagé des bénéfices de 1,35 € par euro dépensé ; de 1,41 € par euro dépensé ; de 1,54 € par euro dépensé.
- [115] Il est intéressant de noter qu'une campagne concernant une classe thérapeutique ne s'est pas soldée par une efficacité comparable aux autres. Ce qui la différencie des autres est que la communauté scientifique n'a pas encore dégagé de consensus sur les indications. Cette expérience montre qu'une action d'information auprès des praticiens prescripteurs ne doit être organisée que lorsque la HAS se trouve en situation de pouvoir valider des recommandations claires sur le sujet.
- [116] En fait, les études sur les effets apportent la démonstration de l'efficacité des campagnes d'information auprès des médecins que la CNAMTS a menées. Elles montrent que la plupart d'entre elles ont permis d'infléchir les tendances des courbes de prescription. En revanche, les effets positifs de ces campagnes ont tendance à s'estomper après un certain temps (souvent de l'ordre d'une année) et une autre campagne sous la même forme ou à partir d'une action différente doit être menée pour maintenir le résultat.
- [117] Les thèmes abordés par les DAM au moment des investigations de la mission portent essentiellement sur la prescription de médicaments anti-ulcéreux (IPP), de médicament luttant contre l'excès de cholestérol (statines), les durées des arrêts de travail, le respect des règles en matière d'affections de longue durée, les traitements de fond de la maladie asthmatique, les prescriptions d'antibiotiques, les traitements du diabète et les campagnes de dépistage organisées des cancers. Cette liste n'est pas exhaustive.

3.1.2.6. L'organisation de la fonction et sa professionnalisation devront faire l'objet de mesures correctives

- [118] Les investigations menées dans plusieurs régions par la mission d'inspection générale et l'étude des documents fournis par la CNAMTS montrent que le dispositif des DAM se heurte à certaines difficultés dont la résolution nécessite une réflexion approfondie.
- [119] La mission a relevé les points suivants qui s'inscrivent dans ce contexte :
- le problème du nombre de refus de contacts avec les DAM de certains professionnels de santé ne trouve non seulement pas de solution mais le phénomène s'accroît puisque la CNAMTS dispose d'études qui procèdent au constat de son doublement entre 2006 et 2008. Ce constat vaut également pour les entretiens confraternels pour lesquels un taux de refus persiste ;
 - une étude sur « L'optimisation de la visite des délégués de l'assurance maladie » datée d'avril 2009, réalisée¹⁴ à partir d'un échantillon de 500 médecins généralistes, fait apparaître une perception défavorable des visites des DAM par les praticiens libéraux alors que les échanges confraternels sont perçus comme une source d'information importante ;
 - la mutualisation inter CPAM qui permet dans certaines régions aux actions d'être menées en cohérence n'est pas opérationnelle partout et le rattachement des DAM à une CPAM ne favorise pas cette démarche ;

¹⁴ Etude réalisée par la société TNS Healthcare

- l'articulation entre l'action des DAM et celle des praticiens conseils n'est pas totalement claire. Le dispositif actuel par ses multiples coordinations manque de simplicité et d'efficacité. Pour assurer l'interface entre les praticiens conseil et les DAM ont été mis en place :

1/une coordination par un manager DAM dans chaque CPAM ;

2/une coordination régionale des DAM qui n'est parfois pas placée auprès du directeur chargé de la gestion du risque de la région ;

3/une coordination avec la direction régionale du service médical.

En outre, il a été signalé à la mission des cas de simultanéité de contacts auprès de professionnels de santé par les DAM et les praticiens conseils malgré le logiciel GDR-PS ;

- l'appartenance des DAM au personnel des CPAM a pour conséquence une forte hétérogénéité dans les organisations locales. Certains DAM restent affectés à des fonctions administratives à temps partiel. Les directeurs de CPAM n'ont, par ailleurs, pas la même conception de leur activité d'un site à l'autre. Il n'est, à titre d'exemple, pas certain que les multiples prises de positions médiatiques du directeur de la CPAM de Carcassonne, considéré comme le précurseur de la mise en place de la fonction de DAM, contribuent à favoriser l'appropriation du concept de maîtrise médicalisée par les professionnels de santé.

Recommandation n°25 : Si la CNAMTS entend dans les années à venir faire du dispositif des DAM son vecteur privilégié de communication auprès des professionnels de santé dans le domaine de la maîtrise médicalisée, il est nécessaire de rattacher les DAM aux DRSM

3.1.3. La contractualisation entre l'assurance maladie et les professionnels de santé

[120] Des formules de contractualisation collectives ou individuelles ont été conçues pour favoriser une évolution vers de meilleures pratiques professionnelles

3.1.3.1. Un exemple de contractualisation collective : les accords de bons usage des soins (Acbus)

[121] Le principe des accords de bon usage des soins (Acbus) consiste à conclure au niveau **collectif** entre les partenaires conventionnels un accord permettant d'améliorer les pratiques sur un thème spécifique dont les objectifs ont été validés par la HAS.

[122] Les Acbus constituent un accord collectif conclu entre les partenaires conventionnels mais ils ont, au moins en théorie, une portée individuelle pour les professionnels puisque ceux d'entre eux qui ne respectent pas les obligations convenues peuvent être convoqués par la commission paritaire locale dont ils relèvent.

Historique des Acbus

En 2001, un premier Acbus relatif à la mammographie dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein a été signé. Il a été actualisé par un deuxième accord en 2006 prenant en compte l'évolution des pratiques radiologiques dans le domaine.

En 2002, les thèmes ont porté sur la moindre prescription d'antibiotiques dans les indications d'angines grâce à l'utilisation d'un test diagnostique rapide (TDR) et à la promotion de la consultation en lieu et place de la visite grâce à un système de prise en charge modulée du remboursement en fonction du caractère justifié du déplacement du médecin à domicile.

En 2003, un Acbus a été conclu sur le thème du bon usage des transports en ambulance

En 2005, un accord visait à ne pas soumettre les patients ayant subi une polypectomie à des coloscopies de contrôle dans des périodicités non validées par la HAS

En 2007, un accord incitait les médecins à prescrire l'aspirine comme antiagrégant plaquettaire dans l'indication de prévention des thromboses.

- [123] Les résultats qui sont imputables aux Acbus sont difficiles à isoler car d'autres programmes de maîtrise médicalisée ont été menés en parallèle avec des indicateurs communs. Ainsi, l'Acbus « angine » préconisant l'utilisation du test de diagnostic rapide s'est accompagné d'une baisse de prescription d'antibiotiques mais l'assurance maladie a mené pendant la même période une campagne sur le thème des antibiotiques.
- [124] La mission souligne néanmoins que si la part imputable à l'Acbus dans le résultat obtenu ne peut être déterminée avec précision, c'est dans tous les cas de figure aux actions de l'assurance maladie que revient le mérite du résultat.
- 3.1.3.2. Une contractualisation individuelle : le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)
- [125] A partir de 2009, un dispositif de contractualisation individuel ne s'inscrivant pas dans le cadre conventionnel a été déployé par la CNAMTS : les CAPI.
- [126] Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) est un contrat conclu entre un médecin conventionné et la CPAM. Il s'agit d'un contrat accepté dans le cadre d'une démarche volontaire par un médecin qui conserve, en outre, la faculté de le résilier. Ce contrat, conforme à un contrat type national, engage le médecin, en contrepartie d'une rémunération versée par la CPAM, à améliorer la prise en charge de sa patientèle au sens collectif du terme. Cette prise en charge recouvre plusieurs champs de l'activité médicale allant de la prévention primaire à la prise en charge des pathologies chroniques et à des efforts de maîtrise médicalisée.
- [127] En réalité, il s'agit d'inciter les médecins à améliorer leurs pratiques y compris dans le domaine de la santé publique mais les contraintes qui leurs sont demandées sont celles que leur fixent déjà leur propres code de déontologie.
- [128] Les CAPI, sur lesquels l'assurance maladie semble fonder de grands espoirs, ont été initiés au printemps 2009 suite à une décision de l'UNCAM de mars 2009. Cette décision d'une ampleur politique certaine s'inscrit dans une démarche de recherche d'efficacité accrue dans le domaine de la maîtrise médicalisée, les dispositifs mis en place antérieurement ayant montré leurs limites. Le maintien de la forte dispersion de la pratique des médecins malgré la diffusion des référentiels de la HAS en constitue un exemple significatif.
- [129] En outre, ce dispositif ne se limite pas à une évolution de la pratique médicale vers le meilleur soin au moindre coût mais se donne pour ambition d'améliorer l'état de santé de la patientèle en incitant certaines catégories d'assurés (diabétiques, personnes âgées..) à se soumettre à des actes de prévention (vaccination contre la grippe par exemple) ou à un meilleur suivi (examens biologiques ou ophtalmologiques chez les diabétiques).
- [130] Le principe technique retenu pour les CAPI consiste à fixer aux médecins des objectifs quantifiés comme un pourcentage de la patientèle de plus de 65 ans vaccinée pour la grippe saisonnière ou le nombre de femmes de 50 à 74 ans participant au programme de dépistage du cancer du sein. Les thèmes relevant de la maîtrise médicalisée sont, pour partie, ceux qui ont figuré dans des programmes antérieurs (prescription d'IPP, IEC/Sartans..).
- [131] L'élément nouveau dans le programme CAPI par rapport aux dispositifs antérieurs réside dans la rémunération en proportion de l'atteinte des objectifs ciblés.
- [132] Ce dispositif a suscité des réserves, voire des oppositions, dont la plus notable est celle du Conseil de l'Ordre des médecins qui, dans un avis adopté en décembre 2008, déclare inacceptable le principe d'une rémunération liée à des décisions médicales qui pourraient, selon lui, affecter la relation de confiance entre le médecin et le malade « *qui pourrait se demander si le médecin n'a pas agi en fonction de cet intéressement* ». Le Conseil de l'Ordre demande qu'au minimum une information des patients soit donnée à ce sujet.

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

Recommandation n°26 : La mission souligne que la CNAMTS devra pour le développement du CAPI établir un lien avec le dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles conduit par la HAS. Ce point mérite de faire l'objet d'une discussion approfondie entre la HAS et la CNAMTS.

3.2. La maîtrise médicalisée s'est développée en ambulatoire et dans les établissements de santé

- [134] La maîtrise médicalisée passe par une amélioration des pratiques professionnelles. Celle-ci ne peut faire l'objet d'actions de promotions efficaces qu'à la condition qu'existent deux types d'outils qui permettent d'en asseoir la crédibilité :

- des références techniques reconnues et validées par la communauté scientifique ;
- la connaissance des pratiques individuelles des professionnels de santé.

- [135] Ces outils ont été créés et leur niveau de fiabilité est aujourd'hui reconnu.

- [136] Les références de la HAS sont progressivement publiées et couvrent une grande partie des thèmes de la pratique médicale courante. L'AFSSAPS contribue également à la diffusion de recommandations de bonnes pratiques dans le domaine des produits de santé.

- [137] Quant à la connaissance des comportements des professionnels, ils peuvent actuellement être connus en raison des progrès accomplis au niveau du système d'information de l'assurance maladie. Ce système constitue la traduction d'une évolution de la conception de la maîtrise médicalisée qui, assise sur un mode de régulation collective à partir des années 90, est désormais fondée sur l'analyse des comportements individuels.

- [138] Le SNIIR-AM permet d'accéder aux données de consommations remboursées de façon exhaustive. Ces données sont individualisées par rapport aux bénéficiaires et médicalisées grâce au système de codage (médicaments, dispositifs médicaux, actes cliniques et médico techniques, actes de biologie). Le SNIIR-AM comporte encore quelques limites puisque les diagnostics ne figurent pas dans les données accessibles à partir d'un codage des pathologies. En revanche, pour les patients qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur (ETM) en raison d'une affection de longue durée (ALD), un codage permet de mettre en relation les consommations médicales avec les ALD correspondantes.

- [139] Les mécanismes du parcours de soins coordonné issu de la loi du 13 août 2004, facilitant la reconstitution par l'assurance maladie du chaînage des événements médicaux et des prescriptions conséquentes, permet une meilleure connaissance des pratiques individuelles des professionnels.

- [140] En outre, un échantillon de bénéficiaires au 1/100 (dénommé EPIB) a été constitué. Il permet de suivre et d'analyser les consommations de 500 000 assurés sociaux et de mettre notamment en évidence les résultats et l'impact des actions entreprises par l'assurance maladie en matière de maîtrise médicalisée.

3.2.1. Les résultats de la maîtrise médicalisée des soins de ville sont significatifs, même si les objectifs ne sont pas atteints

- [141] Les objectifs de la maîtrise sont fixés par un pourcentage de baisse des dépenses au regard de la tendance du poste de dépenses. Chaque caisse et service de la branche contribue à l'atteinte de cet objectif global. (CF. point 4113 *infra*)

Tableau 16 : Objectifs et résultats de la maîtrise médicalisée pour les années 2006 et 2007

Thème	Montant objectif économies 2006	Montant objectif atteint en 2006	Taux d'atteinte de l'objectif	Montant objectif économies 2007	Montant objectif atteint en 2007	Taux d'atteinte de l'objectif
Antibiotiques	63 M€	46 M€	73 %	40 M€	27 M€	67 %
Statines	93 M€	135 M€	145 %	95 M€	131 M€	138 %
Psychotropes	13 M€	20 M€	153 %	13 M€	8 M€	61 %
Arrêts travail	190 M€	262 M€	138 %	80 M€	0	0 %
Transports	38 M€	0	0 %	30 M€	24 M€	80 %
IPP	28 M€	13 Me	46 %	20 M€	27 M€	135 %
ALD	292 M€	80 M€	27 %	136 M€	73 M€	53 %
Génériques	25 M€	25 M€	100 %	20 M€	107 M€	535 %
ACBUS Anti-agrégants et Coloscopies	59 M€	0	0 %	59 M€	24 M€	40,6 %
IEC/sartans				80 M€	64 Me	81 %
Dispositifs médicaux				20 Me	0	0 %
TOTAL	791 M€	581 M€	73 %	623 M€	509 M€	81,9 %

Source : CNAMTS Retraitement IGAS

Tableau 17 : Résultats des actions de maîtrise médicalisées de l'année 2008

Thèmes	Economies en M€
Antibiotiques	56
Statines	55
Anxiolytiques-hypnotiques	5
IPP	71
IEC/Sartans	25
Anti agrégant plaquettaire	15
Arrêts de travail	0
Transports	105
Utilisation de l'ordonnance bi-zone	44
Antres (actes, stents)	17
Total prescripteur	394
Génériques	101
TOTAL	495

Source : CNAMTS

3.2.1.1. Les résultats des actions sont variables

Il ressort de ces deux tableaux que les résultats des actions de maîtrise médicalisée sont très variables d'un thème à l'autre.

- Certaines actions ont donné des résultats encourageants :
 - **L'action sur les génériques** obtient des résultats encourageants depuis 2004. Ces résultats présentent la caractéristique de se maintenir dans le temps. Il faut noter que cette action a fait l'objet de plusieurs mesures agissant en synergie (visites des prescripteurs et des pharmaciens, opération tiers payant contre générique, extension du répertoire etc..).
 - **Les actions sur les statines, les IPP et les antibiotiques** démontrent également une modification sensible des courbes de dépenses et de volumes remboursés avec des

inflexions notables correspondant aux lancements des campagnes de l'assurance maladie.

- **L'action sur la prescription des antihypertenseurs** visant à favoriser la prescription en première intention des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) est largement justifiée puisque les comparaisons internationales (avec le Royaume Uni, l'Espagne, l'Allemagne et l'Italie) identifient clairement la spécificité française de prescription plus fréquente des Sartans que des IEC. L'action de l'assurance maladie ne peut produire des effets que sur le moyen et le long terme car il paraît difficile de modifier les traitements des patients déjà pris en charge pour hypertension avec un IEC. L'action ne peut concerner pour l'essentiel que les nouveaux patients. Pour autant, les économies fixées en objectif en 2007 ont été réalisées à 80 % et celles pour 2008 ont été quasiment atteintes.

3.2.1.2. Le cas particulier des arrêts de travail illustre le caractère nécessaire des actions dont les résultats sont probablement brouillés par le contexte macroéconomique

[142] Les résultats de l'action sur les arrêts de travail sont relativement décevants puisque les objectifs n'ont été atteints ni en 2007 ni en 2008. Il s'agit d'un problème difficile sur lequel la CNAMTS a réalisé des études dont la mission a pris connaissance. Tous risques confondus, le nombre d'IJ a baissé d'environ 0,8 % par an de 2003 à 2006. A partir de 2007, le nombre d'IJ a repris sa croissance avec une accélération en 2008 de 5,3 % en volume. La croissance semble provenir des arrêts longs en 2008 (arrêts de plus de 30 jours). L'action sur les prescriptions des arrêts de travail est probablement aléatoire en raison du fait que l'évolution du nombre des arrêts de travail ainsi que leur durée sont en relation avec des phénomènes d'évolution de l'emploi et des classes d'âge des salariés. La CNAMTS ne dispose donc pas de la maîtrise de ces phénomènes.

[143] En outre, la réalisation de référentiels médicaux sur cet aspect de la pratique médicale n'est pas aisée. Dans un premier temps, L'assurance maladie a identifié les médecins généralistes forts prescripteurs en la matière et des échanges confraternels et des visites de délégués de l'assurance maladie ont été réalisés pour ramener ces praticiens dans des pratiques professionnelles plus proches de celles de leurs confrères. Ensuite, les médecins maintenant leur pratique déviante ont fait l'objet de la procédure de mise sous entente préalable. Dans un deuxième temps, en 2009, L'assurance maladie propose aux médecins des outils d'aide au dialogue avec leurs patients portant sur 5 pathologies (lombalgie, syndromes anxieux, pathologie type grippe, arrêts de travail post interventionnel dans deux affections musculo-squelettiques).

[144] Enfin, des actions nouvelles sont entreprises en 2009 sous forme d'interventions auprès de certains employeurs et de l'initiation d'un plan de contrôle des assurés sociaux.

3.2.2. La maîtrise des dépenses relatives aux Affections de Longue Durée n'est pas assurée

[145] Le rapport concernant les propositions de l'assurance maladie sur les charges et les produits pour l'année 2010 fait état d'une poursuite de la progression du nombre de patients pris en charge en ALD, à l'exception de la psychiatrie :

Tableau 18 : Evolution en 2008 du nombre de prises en charge en ALD selon certaines pathologies

Affection cardio vasculaires/diabète	+ 1,1 %
Asthme/BPCO	+0,4 %
Psychiatrie et troubles mentaux	-1,7 %
Cancers	+4,9 %
Maladies d'Alzheimer et neurologiques	+4,1 %

Source : échantillon généraliste de bénéficiaires, traitement CNAMTS
Ce tableau donne au problème des affections ALD une acuité particulière.

- [146] La question des affections de longue durée (ALD) est cruciale compte tenu de leur poids dans les dépenses. Ce poste a fait l'objet d'actions de régulation pluriannuelles dans le cadre de la COG et de propositions de réforme réglementaires de la part de la HAS et de la CNAMTS, qui ne sont pas arbitrées à ce jour ;
- [147] Les ALD constituent un enjeu considérable pour la CNAMTS puisqu'en juin 2007, 7,7 millions de personnes bénéficiaient d'une reconnaissance en ALD à 100 %, et que 64 % du total des remboursements d'assurance maladie étaient en lien avec cette reconnaissance contre 50 % en 1992. En outre, 14 % des patients en ALD concentrent 64 % de la dépense.
- [148] Les quatre principaux groupes de maladies à l'origine d'une reconnaissance en ALD sont constitués :
- des maladies cardio-vasculaires pour 2,1 millions de personnes
 - des cancers pour 1,4 millions de personnes
 - des diabètes pour 1,2 millions de personnes
 - des affections psychiatriques pour 0,8 millions de personnes.
- [149] Soixante-dix pour cent des patients en ALD remboursés à 100 % correspondent à ces quatre pathologies.
- [150] Le nombre de personnes en ALD augmente plus rapidement que la population globale puisqu'il augmente de 4 % sur les deux dernières années alors que le total des bénéficiaires n'augmente que de moins de 1 %. 60 % de cette croissance du nombre de reconnaissance d'ALD provient d'une augmentation de la prévalence des ALD à un âge donné ; le reste de l'augmentation s'explique par le vieillissement de la population et son augmentation numérique.
- [151] L'avenant 23 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 12 janvier 2005 signé le 29 mars 2007 réaffirme comme une priorité de l'assurance maladie l'objectif d'une meilleure prise en charge des pathologies les plus lourdes impliquant de veiller au respect des conditions de remboursement afin que seules les prescriptions en relation avec l'ALD soient remboursées à 100 %.
- [152] Un meilleur respect des règles d'utilisation de l'ordonnance bizona attendu pour les années 2007 et 2008 était susceptible de générer des économies sensibles par diminution du ratio des dépenses en rapport avec une ALD relativement à l'ensemble des dépenses. En outre, une simplification des supports d'échange, et notamment du protocole de soins des patients en ALD est engagée.

3.2.2.1. Les actions de régulation engagées par la CNAMTS

- [153] Un certain nombre d'initiatives de la CNAMTS sur le sujet des ALD ont donc été prises au cours des années 2005 et suivantes :
- en décembre 2005, une lettre réseau signée du directeur général de la CNAMTS présentait les modalités de mise en œuvre du nouveau formulaire de protocole de soins. Une lettre réseau d'avril 2006 précisait ces informations ;
 - en juillet 2006, une lettre réseau signée du médecin conseil national et adressée aux médecins conseils leur apportait des éléments d'argumentation pour apprécier les principales classes de médicaments prescrites dans le cadre de 6 ALD exonérantes (diabète types 1 et 2, HTA sévère, artériopathie avec manifestations ischémiques, certaines pathologies cardiaques, maladie coronaire, insuffisance respiratoire chronique grave). Pour chacune des pathologies, une fiche précisait les médicaments en rapport direct avec l'ALD, ceux sans rapport avec l'ALD et ceux dont le rapport avec l'ALD devait être apprécié au cas par cas ;
 - en avril 2007, une lettre réseau signée du directeur général élargissait le dispositif des fiches d'aide à l'utilisation de l'ordonnance bizona à 8 pathologies fréquentes. Les 8 fiches ont été validées par la HAS et avaient vocation à être diffusées aux professionnels de santé ;

- en juin 2007, une lettre réseau signée du médecin conseil national, du directeur délégué aux opérations et du directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins décrivait les mesures de simplification des relations entre les professionnels de santé et les services médicaux de l'assurance maladie en matière d'ALD et de demandes de renseignements complémentaires pour les protocoles de soins. Les principes généraux retenus consistaient à rester sur des arguments déclaratifs, contrôler à posteriori pour sécuriser le dispositif, privilégier le contact par téléphone avec les médecins libéraux et alléger le remplissage du protocole ;
- en juillet 2007, une lettre réseau du directeur général présentait l'élargissement du dispositif d'aide à l'utilisation de l'ordonnance bizona aux dispositifs médicaux, produits et prestations de la liste des produits et prestations (LPP) pour huit ALD fréquentes. Elle indiquait également les modalités de diffusion aux professionnels de santé des fiches et rappelait quelles étaient également disponibles sur le site WWW.ameli.fr ;
- en avril 2008, une lettre réseau présentait l'élargissement des fiches à la biologie pour les 8 ALD fréquentes concernées par la lettre de juillet 2007 ;
- en outre, le thème des ALD comportant en particulier la sensibilisation permanente des médecins généralistes au respect des règles de l'ordonnance bizona figure en permanence dans les actions que les praticiens conseil et les délégués de l'assurance maladie conduisent depuis avril 2006 (lettre réseau du 12 avril 2006).

3.2.2.2. Le travail de la HAS sur la période 2006-2009

- [154] En matière d'affections de Longue durée, la loi a confié à la HAS trois missions : donner un avis sur la liste des affections de longue durée ; proposer les critères médicaux de l'admission en ALD ; recommander les actes et prestations nécessaires pour la prise en charge de chacune des affections figurant sur la liste.
- Les missions assignées par la loi
- [155] Depuis mai 2006, la HAS a mis au point une liste d'actes et de prestations pour chacune des ALD en commençant par le diabète et l'hépatite C.
- [156] La HAS a, en parallèle, réalisé des guides pour les médecins et les patients sur le thème de chaque ALD et, en mai 2009, ce travail est pratiquement achevé pour l'ensemble des ALD avec la disponibilité de 50 guides médecins et 24 guides patients. Ces guides intègrent les derniers éléments scientifiques disponibles, telles que la définition des stratégies thérapeutiques à mettre en œuvre en première ou deuxième intention, le choix des stratégies à mettre en œuvre à efficacité équivalente mais traitent également de la dimension prévention et lutte contre les facteurs de risque.
- Les propositions de la HAS pour l'évolution du dispositif ALD
- [157] Dans un avis daté de décembre 2007, la HAS a apporté sa contribution au débat sur la pertinence du dispositif actuel de prise en charge des ALD.
- [158] Le constat établi par la HAS au cours de ses travaux sur l'actualisation des référentiels ALD entrepris en 2006 met en évidence une incohérence du système qui se trouve en décalage avec l'évolution des techniques médicales, le vieillissement de la population qui génère des polyopathologies et la notion peu encadrée de « soins particulièrement coûteux ». Cette incohérence est illustrée, dans l'avis de la HAS, par l'exemple des maladies cardio-vasculaires pour lesquelles certains facteurs de risque médicalement contrôlables sont pris en charge en ALD (comme le diabète), d'autres ne le sont que dans certaines conditions (comme l'hypertension artérielle sévère) et d'autres ne le sont jamais (comme les dyslipidémies isolées). L'autre incohérence notable dans l'exemple proposé réside dans le fait que le parcours de soins de certains malades atteints d'une affection cardio-vasculaire, comme une hypertension avec hypercholestérol bien contrôlé n'est pas pris en charge en ALD alors que celui des malades diabétiques non insulino-dépendants l'est. Pour autant, le coût du traitement de la première affection est supérieur à celui de la seconde.

- [159] Il apparaît donc à la HAS qu'il est difficile, voire impossible, de fixer des critères médicaux correspondant de façon adéquate aux coûts exposés. La HAS propose trois scénarios pour éclairer le choix des autorités.

Les scénarios de réforme du régime des ALD proposés par la HAS

Le scénario 1 : la simple actualisation médicale des critères actuels

Ce scénario consiste à actualiser les ALD en définissant de façon plus précise les durées d'exonération en tenant compte des durées de traitement prévisibles et à renforcer la pertinence médicale des intitulés de certaines maladies. Cette actualisation simple permet de prendre en compte l'évolution des pratiques médicales et des modes actuels de prise en charge des maladies. Elle ne modifie pas fondamentalement le système des ALD et maintient les incohérences du dispositif.

Le scénario 2 : la refonte partielle de la liste et la révision des critères pour certaines affections

Ce scénario consiste à retirer de la liste certaines affections rares comme la tuberculose, la lèpre et la bilharziose compliquée et à ne retenir dans la liste que les maladies constituées en excluant les états qui ne sont que des facteurs de risque (comme l'hypertension artérielle par exemple).

Ce scénario retient pour les affections cardio-vasculaires (AVC, maladie coronarienne, diabète ou néphropathie chronique) une notion, dite option 2, qui ne prendrait en charge que les situations de gravité clinique avérée. L'objectif consisterait donc à mieux faire coïncider l'exonération avec la phase de la maladie qui génère des restes à charges importants pour le patient.

Ce scénario présente l'inconvénient majeur de se trouver en contradiction avec les politiques de santé publique qui se donnent pour objectif de favoriser le suivi aussi précoce que possible des maladies et facteurs de risque afin d'éviter les complications graves et coûteuses pour la collectivité. Il n'est pas envisageable tant que les dispositifs de prise en charge du suivi médical des patients concernés ne sont pas organisés.

Le scénario 3 : Le maintien en l'état des critères dans l'attente d'une refonte du dispositif

Cette réforme devrait prendre en compte les deux aspects aujourd'hui intriqués du problème des ALD : le volet social qui ne correspondrait plus à des situations définies par des critères de nature médicale mais à une mesure des coûts supportés par l'assuré ; le volet médical qui reposerait sur l'amélioration de la qualité de prise en charge et de suivi des malades chroniques. Le volet social aurait pour objectif de neutraliser pour les assurés les restes à charge et reposerait sur une étude au cas par cas des coûts supportés. Il s'agirait donc d'un véritable « bouclier sanitaire » qui pourrait s'appliquer dans un champ plus large que celui des ALD

- [160] La CNAMTS a émis des réserves sur ce scénario 3 de « bouclier sanitaire ». Elles sont clairement exprimées dans le rapport sur les propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2010¹⁵ :

« L'analyse des facteurs explicatifs de l'évolution des dépenses montre que cette voie ne doit pas être surestimée : une telle réforme pourrait éventuellement obéir à d'autres objectifs (une distribution différente des restes à charge) mais elle n'apporte pas de réponse à la question de la dynamique de la dépense.....

Ainsi, le bouclier sanitaire ne saurait constituer, en lui-même, une solution de rééquilibrage structurel.

Des simulations d'impact de cette réforme montrent que le taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie serait sur le moyen terme strictement identique à celui qui résulterait des mêmes dynamiques avec les règles du remboursement actuel.

L'instrument financier que constitue le bouclier sanitaire ne permet donc pas de remédier au dynamisme tendanciel des dépenses observé dans le système actuel : il conduirait à mettre en œuvre une réassurance financière, un « top-loss » éventuellement variable en fonction du revenu, à l'opposé du système ALD qui met en œuvre une réassurance fondée sur la sinistralité, c'est-à-dire sur la pathologie ».

¹⁵ « Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2010 ». CNAMTS. Juillet 2009.

3.2.2.3. Les résultats obtenus par la CNAMTS sur la maîtrise de l'évolution des ALD sont sensibles mais en retrait par rapport à ses objectifs

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

Tableau 19 : Résultats des actions sur le respect des règles de l'ordonnance bi-zone dans la convention de 2005 et ses avenants

Années	Objectifs de baisse du ratio bizona	Réalisés
2005	- 5 points	-1,3 point
2006	-4 points	-1,1 point
2007	-2 points	-1 point
2008	-2,5 points	-0,7 point

Source : CNAMTS

[162] L'évolution du ratio bizona (qui mesure la part des dépenses à 100% dans le total des dépenses des bénéficiaires en ALD constaté sur la période de la COG) reste très en deçà des objectifs.

3.2.3. La maîtrise médicalisée à l'hôpital s'est élargie des prescriptions aux activités

[163] La maîtrise médicalisée à l'hôpital a connu des développements importants à partir de l'année 2006.

[164] Auparavant, le secteur hospitalier public avait été l'objet de mesures de sensibilisation en direction des praticiens sur les enjeux de la gestion du risque et certains dispositifs avaient été mis en place dès le début des années 2000 comme les Comités Régionaux du Médicament et des Dispositifs Médicaux. Ces comités avaient pour objectif de promouvoir, outre des actions innovantes en matière de gestion, une approche de recherche d'efficacité dans les prescriptions des praticiens hospitaliers.

[165] La mission a pris connaissance de travaux réalisés par ces commissions dans les régions où elle s'est déplacée. Les bilans dont elle a disposé montrent une certaine efficacité de ces comités sur le sujet de l'amélioration du circuit du médicament et des produits au sein des structures hospitalières avec en particulier, une accélération des mises en place de la traçabilité des médicaments dérivés du sang, des anticancéreux et des dispositifs médicaux.

[166] A partir de 2008, les comités régionaux (devenus les Observatoires Régionaux des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques) ont initié un encadrement des prescriptions de médicaments facturés en sus de la tarification des groupes homogènes de séjours (GHS).

[167] Il s'agissait de s'assurer que ces médicaments étaient prescrits conformément aux référentiels lorsqu'ils existaient. A titre d'exemple, en région CENTRE, 38 établissements sur 53 avaient mis en place une telle procédure en 2008 pour les médicaments. En revanche, seulement un tiers de ces établissements avaient mis en place la procédure pour les dispositifs médicaux.

3.2.3.1. La maîtrise des prescriptions hospitalières a donné des résultats inégaux

- [168] A partir de 2006, la CNAMTS a souhaité donner un développement particulier à une politique de maîtrise médicalisée à l'hôpital concernant les prescriptions exécutées en ville en raison d'un triple constat :
- l'hôpital est devenu, grâce à ses consultations externes et ses services d'accueil des urgences notamment, un producteur de soins externes dont les prescriptions sont délivrées en ville et prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe ville :
 - l'hôpital est le lieu privilégié de formation des médecins futurs prescripteurs.
 - une partie des prescriptions des traitements des maladies chroniques sont initiées par les spécialistes médicaux des hôpitaux et sont ensuite reconduites en l'état par les médecins libéraux.
- [169] Ainsi, la CNAMTS a décidé d'étendre aux prescripteurs hospitaliers certaines actions qui avaient jusqu'alors concerné les professionnels de médecine de ville par le biais de la convention médicale. Six thèmes prioritaires ont été définis :
- 3 concernant des médicaments (statines, antibiotiques et médicaments génériques),
 - 3 thèmes d'action (respect des règles de l'ordonnancier bizonne, transports sanitaires, arrêts de travail).
- [170] Les modes opératoires à mettre en œuvre reposaient sur l'organisation d'un accompagnement des praticiens hospitaliers comparable à celui dont bénéficiaient leurs confrères libéraux et à l'établissement d'un accord cadre national d'amélioration des bonnes pratiques hospitalières décrit par la loi du 13 août 2004. Des contacts ont donc été pris par les praticiens conseils et les directeurs des CPAM avec les instances hospitalières : Commissions d'Etablissement, Commissions de l'Activité Libérale des hôpitaux, réunions d'internes, Commissions du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles.
- [171] L'assurance maladie a, dans un premier temps, adressé aux établissements leur profil de prescription complété ensuite par des éléments comparatifs et des échanges ont été menés entre responsables médicaux. Ces actions lancées en 2006 se sont poursuivies en 2007 et 2008. Ainsi, à titre d'exemple, en 2008, 2 100 visites ont été faites par les responsables locaux de l'assurance maladie (directeur de la CPAM et médecin chef de l'échelon local) dans les hôpitaux. La procédure utilisée pour encadrer les prescriptions de produits de santé remboursés en sus des prestations hospitalières consistait à faire signer aux établissements de santé des contrats de bon usage.
- [172] Le bilan de ce dispositif met en évidence des résultats hétérogènes au niveau national. Au 31 décembre 2008, seulement 57 % des établissements publics et participants au service public hospitalier (PSPH) avaient signé un contrat de bonne pratique hospitalière portant sur au moins deux thèmes concernant les médicaments. En revanche, plus de 75% des mêmes établissements avaient signé un accord de bonne pratique sur le thème de la maîtrise des dépenses de transport.
- [173] Devant l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie au titre des produits de santé facturés en sus des prestations hospitalières la LFSS pour 2009 a donc instauré un dispositif de maîtrise médicalisée qui vient renforcer les engagements existants souscrits dans les contrats de bon usage.
- [174] La circulaire de la Ministre de la santé et des sports aux ARH du 16 juin 2009 décline cette nouvelle disposition en complétant le dispositif des contrats de bon usage par un mécanisme de régulation.
- [175] Alors que les contrats de bon usage traitent l'ensemble des problématiques du médicament et des dispositifs médicaux à l'hôpital (sécurisation des circuits des produits de santé, respect des bonnes pratiques de prescriptions), le nouveau dispositif de régulation issu de la LFSS pour 2009 s'attache à mobiliser les acteurs locaux sur l'évolution des dépenses des produits de santé remboursés en sus des prestations hospitalières en proposant un outil juridique de contractualisation spécifique visant à corriger les évolutions des prescriptions non justifiées.

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

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

Recommandation n°27 : La mission préconise que les dispositions soient rapidement prises pour que puissent être produits les profils de prescriptions par service, voire par praticien hospitalier, car le bénéfice de la connaissance du seul profil d'un établissement de santé dans son ensemble est nettement insuffisant en la matière.

3.2.3.2. A partir de mai 2007, la maîtrise médicalisée à l'hôpital a embrassé l'activité de chirurgie ambulatoire

[178] L'ensemble des 1 300 établissements dits ex-dotation globale et ex-objectif quantifié national ont été concernés par des actions de maîtrise médicalisée sur quatre thèmes :

- la chirurgie ambulatoire
- externalisation des médicaments et LPP en ville
- internalisation en hospitalisation de jour de prises en charge réalisables en ville ou en soins externes
- GHS les plus dynamiques

[179] Des accords d'amélioration des pratiques hospitalières (accord cadre antibiotiques, accords d'initiatives locales transport, engagements réciproques prescription DCI...) ont été signés à partir de 2006 et dans les régions dans lesquelles la mission s'est rendue, la quasi totalité des établissements avaient signé des accords sur un ou plusieurs des thèmes cités ci-dessus.

[180] Sur le plan national, sur 2006-2007-2008 1 335 engagements ont été signés dont 60 % concernaient des accords locaux sur les antibiotiques, 27 % des accords d'initiative locale sur les transports et 13 % des accords sur les génériques et les statines.

[181] Les statistiques d'activité des établissements publics et privés français ont montré depuis une vingtaine d'année un retard au développement de la chirurgie ambulatoire en comparaison d'autres pays comparables. Ainsi, en 2008, l'opération de la cataracte, qui se prête particulièrement à ce type de chirurgie, n'était réalisée en ambulatoire que dans 63 % des cas dans le secteur public et 70 % dans le secteur privé. Les extractions dentaires n'étaient réalisées en ambulatoire que dans 65 % des cas dans le secteur public et 77 % dans le privé.

[182] De nombreux échanges ont eu lieu entre les responsables de l'assurance maladie et ceux des établissements de santé au cours des années 2007 et 2008 pour rechercher une évolution des pratiques sur ce sujet.

[183] Cette politique d'accompagnement s'est traduite par une progression de la chirurgie ambulatoire de 8 % dans le secteur public pour les cinq actes énumérés ci-dessous et de 4 % dans le secteur privé.

[184] Afin d'accélérer la réalisation des objectifs en la matière, 248 établissements (157 publics et 91 privés) ont été mis sous accord préalable à partir de mai 2008 pour la réalisation en hospitalisation complète des cinq interventions suivantes :

- arthroscopie du genou (diagnostique et thérapeutique)
- extraction dentaire
- chirurgie de la cataracte
- chirurgie des varices

➤ adénoïdectomies, amygdalectomie

- [185] Les 6 769 demandes traitées de mai 2008 à février 2009 ont reçu dans 98 % des cas un avis favorable du service médical et correspondent donc à des situations qui justifiaient, à titre exceptionnel une prise en charge en hospitalisation complète. Il faut noter qu'en février 2009, il n'y avait pas eu de recours émanant d'assuré sociaux.
- [186] En 2009, d'autres interventions chirurgicales ont été rajoutées à cette première liste.

3.3. Les contrôles des professionnels et des établissements s'est renforcé

3.3.1. La mise sous accord préalable de prescriptions de certains professionnels de santé (MSAP)

- [187] Au-delà de ces différentes mesures incitatives, des mesures plus contraignantes ont été mises en œuvre depuis 2005 auprès de professionnels de santé exerçant en ville.
- [188] L'article 162-1-15 du code de la sécurité sociale permet aux directeurs de caisse d'assurance maladie de subordonner le versement des indemnités journalières à l'accord préalable du service du contrôle médical.
- [189] La loi de financement de la sécurité sociale de 2008 a étendu ce dispositif à d'autres prescriptions. Il a été utilisé dans le cas de médecins dont les pratiques professionnelles s'écartaient notablement des comportements standards (médecins prescrivant des volumes cumulés d'arrêts de travail quatre fois supérieurs à la moyenne, forts prescripteurs de transports en ambulance ou en actes de masso-kinésithérapie).
- [190] Dès la première année de mise en vigueur de ces mesures d'accord préalable, 46 praticiens ont été concernés. Ils avaient fait auparavant et sans succès, l'objet de mesures incitatives leur permettant de réintégrer leur pratique dans les standards habituels (échanges confraternels avec des praticiens conseils, courriers de mise en garde etc..).
- [191] En 2008, ce sont 450 professionnels qui ont été mis sous accord préalable pour leurs prescriptions d'arrêts de travail, de transports sanitaires ou d'actes de masso-kinésithérapie.

3.3.2. Le contrôle de la tarification à l'activité (T2A)

- [192] Le contrôle T2A concerne l'ensemble des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. Le nombre d'établissements concernés est d'environ 1 400 dont la moitié sont des établissements financés antérieurement par dotation globale (dits Ex-DG) et l'autre moitié des établissements financés antérieurement dans le cadre de l'objectif quantifié national (dits Ex-OQN).
- [193] Les modalités du programme de contrôle contentieux sont définies par une lettre réseau. Il s'agit, à partir des données de l'activité de l'année $n - 1$:
- de cibler les établissements de santé les plus déviants en matière de coût pour l'assurance maladie ;
 - d'analyser sur site les dossiers retenus ; Cette analyse est réalisée par des praticiens conseils en raison des données médicales qui doivent être étudiées ;
 - de notifier les indus sur le fondement de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale aux établissements dont les facturations sont erronées ;
 - d'assurer le suivi des contentieux ultérieurs éventuels.
- [194] Ces contrôles T2A sont pilotés dans les régions par une Unité de Coordination Régionale (UCR) placée auprès de la commission exécutive de l'ARH.

- [195] Les praticiens conseils qui réalisent les analyses de dossiers médicaux pour vérifier la cohérence des soins reçus par le patient avec son Résumé de Sortie Standardisé (RSS) ont, en théorie, reçu une formation spécifique dans cette perspective. La mission a noté que dans les régions où elle s'est rendue, une partie de ces praticiens avaient reçu une formation à Dijon qui leur a été présentée comme une référence. En revanche, d'autres praticiens conseils ont été formés en fonction d'initiatives locales de la DRSM dont ils relèvent (formation assurée par des médecins de départements d'information médicale des hôpitaux.). Certains praticiens conseils n'ont bénéficié que d'une formation pratique dispensée sur le terrain par un de leurs collègues (forme de tutorat).
- [196] La mission a pris connaissance de plusieurs résultats de ces contrôles qui démontrent une nette insuffisance de la vigilance des départements d'information médicale (DIM) concernant la validation des RSS qu'ils sont amenés à valider.
- [197] Les deux types majeurs de dérives observées sont :
- la facturation de séjours en hospitalisation à temps partiel pour des actes relevant de consultations externes,
 - la facturation de suppléments par des établissements non autorisés à réaliser les activités concernées.
- [198] Ainsi, en région Rhône-Alpes les contrôles effectués en 2007 sur l'activité 2006 ont donné les résultats suivants :

Tableau 20 : Résultats des contrôles T2A en région Rhône - Alpes

Nombre d'établissements	Ex-DGF	9
	Ex-OQN	13
Nombre de séjours contrôlés	Ex-DGF	2 497
	Ex-OQN	19 198
Nombre de séjours à recalculer (RSS injustifiés ou indus)	Ex-DGF	2 057
	Ex-OQN	15 523
Montants notifiés (indus hors supplément)	Ex-DGF	411 468 €
	Ex-OQN	3 155 181€
Montant des sanctions proposées par l'UCR	Ex-DGF	Néant
	Ex-OQN	Néant

Source : CRAM Rhône-Alpes.

- [199] Les résultats des contrôles opérés en 2007 par la CPAM du Loiret sur l'année 2006 montrent, dans des proportions différentes, un taux important d'anomalies :

Tableau 21 : Résultats des contrôles T2A dans le département du Loiret

Etablissement	Nombre dossiers contrôlés	Nombre d'anomalies	% d'anomalies	Montant indu (en €)
A	91	26	28,5 %	7 565
B	371	180	48,5 %	42 734
C	128	84	65,6 %	28 339
D	37	8	21,6 %	10 530
E	37	11	29,7 %	3 430
F	64	9	14 %	2 051
G	275	126	45,8 %	38 187
H	313	220	70,2 %	75 323

Source : CPAM Loiret

- [200] Certains établissements ont initié des recours contentieux contre la décision de recouvrement d'indu qui leur était notifiée.
- [201] Afin d'harmoniser les analyses et de fournir des argumentaires type aux services du contentieux des CPAM concernées, La CNAMTS a mis en place un groupe de travail chargé de répertorier et d'analyser les contentieux dès l'année 2007.
- [202] Dans certaines régions, dont la région CENTRE visitée par la mission, les 6 CPAM ont signé une convention de mutualisation des contentieux T2A qui sont ainsi pris en charge par une d'entre elles. Les procédures de recouvrement des indus et des éventuelles sanctions financières restent à la charge des CPAM concernées. En revanche, la réponse aux observations des établissements suite aux notifications, la préparation des argumentaires et des mises en demeure, la gestion des contentieux et la représentation des CPAM devant les juridictions sont prises en charge par la caisse de TOURS en collaboration avec la Direction Régionale du Service Médical.
- [203] S'agissant des décisions de sanction qui peuvent être prises à l'encontre des établissements, une circulaire de la ministre de la santé en date du 31 juillet 2007 en fixe la procédure. Cette circulaire de la DHOS rappelle que l'année 2007 est la première année de déroulement des contrôles T2A avec possibilité de sanction financière. La procédure préconisée est la suivante :
- inscription de l'établissement dans le programme régional à l'issue du ciblage par l'UCR (programme validé par la COMEX) ;
 - réalisation du contrôle et production du rapport ;
 - instruction par l'UCR du rapport de contrôle et élaboration d'un rapport de synthèse ;
 - instruction par la COMEX.
- [204] La circulaire précise que si le rapport comporte une proposition de sanction, la COMEX statue et engage une procédure contradictoire avec l'établissement, qui dispose d'un mois pour présenter ses observations. Il faut noter que en cas de désaccord entre l'établissement et les contrôleurs, une procédure de saisine de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est mise en place. La COMEX prend ensuite une décision définitive.
- [205] En 2007, le bilan des contrôles T2A réalisé par la CNAMTS montre de fortes disparités régionales sur les modalités d'exercice de cette nouvelle activité :
- neuf UCR ont proposé des sanctions financières à la COMEX de leur ARH et dans les 15 autres régions aucun contrôle ne figurait dans les programmes régionaux de contrôle,
 - l'UCR d'Ile-de-France n'a proposé aucune sanction alors que celle d'Aquitaine en a proposé dix-neuf.
- [206] Les acteurs de terrain rencontrés par la mission dans les régions où elle s'est rendue ont exprimé leur déception sur les suites des propositions de sanction formulées par les UCR. Les COMEX des ARH ont tendance à prendre en compte la situation déficitaire de certains établissements hospitaliers publics pour prendre des décisions relativement indulgentes en matière de sanction. A titre d'exemple, dans une région, la COMEX de l'ARH a réduit de moitié toutes les sanctions proposées par l'UCR.
- [207] Outre le caractère assez démotivant de ce constat pour les agents de l'assurance maladie pour qui la lourdeur des contrôles T2A suppose un investissement personnel important, cette situation présente l'inconvénient majeur de laisser se pérenniser des comportements abusifs dont les conséquences financières sont défavorables pour l'assurance maladie. Enfin, l'inégalité de traitement entre établissements publics et privés qui résulte des faits évoqués comporte des risques politiques qui ne doivent pas être sous-estimés.

Recommandation n°28 : Il convient d'harmoniser les pratiques de sanction entre les ARH. Il est également souhaitable que les hôpitaux se dotent d'un dispositif de contrôle interne de la facturation afin de réduire le risque de sanction.

4. UN PILOTAGE PAR OBJECTIFS QUI EST AFFALIBLI PAR LA COMPLEXITE DE L'ORGANISATION TERRITORIALE

[208] Pour mettre en œuvre les engagements de la COG, la CNAMTS a conçu un mode de pilotage qui donne la priorité à la mise en œuvre de programmes nationaux de gestion du risque. Ce n'est que dans le champ du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude que la CNAMTS a prévu une articulation entre des objectifs nationaux et des objectifs territoriaux réunis dans un programme locorégional.

[209] Le pilotage du réseau, qui s'appuie sur le dispositif des contrats pluriannuels de gestion (CPG), accorde une attention importante à la gestion du risque¹⁶, et au sein de la gestion du risque aux objectifs de maîtrise médicalisée au détriment des autres tels que les contrôles en général (contentieux ou de régularité). Ce nouveau mode de pilotage rencontre des difficultés techniques qui peuvent être facilement surmontées et des difficultés plus structurelles liées à l'éclatement des fonctions de régulation entre quatre réseaux d'organismes mal articulés entre eux.

4.1. *Le pilotage par objectifs constitue un acquis à préserver mais à améliorer sur certains points*

[210] La Caisse nationale assure le déploiement de son action sur le terrain par le moyen des contrats pluriannuels de gestion (CPG). Pour chaque organisme des quatre réseaux de l'assurance maladie : CPAM, CRAM, DRSM, pour le régime général, et l'URCAM au titre de l'inter régime, un contrat est conclu pour la durée de la COG sur la période 2006-2009. En matière de gestion du risque, des avenants annuels sont conclus pour tenir compte des évolutions des objectifs. Pour les trois réseaux du régime général, des objectifs communs de gestion du risque sont définis. Enfin, pour ce qui concerne les URCAM qui n'ont pas de responsabilité opérationnelle mais de coordination, un suivi spécifique est contractualisé par le moyen de conventions de gestion inter régime (COGIR).

4.1.1. **Un pilotage du réseau par objectifs qui s'est affirmé pour la mise en œuvre des programmes nationaux**

4.1.1.1. Une contractualisation profondément renouvelée

[211] La contractualisation a connu une nette amélioration au regard des observations qui avaient été faites par l'IGAS dans l'évaluation de la précédente COG¹⁷. Les avancées sont au nombre de trois :

- La finalité des CPG a changé ;
- Le contenu des CPG s'est considérablement enrichi ;
- Le champ de contractualisation s'est élargi aux DRSM.

[212] En revanche, la contractualisation avec les CRAM ne s'est pas développée, marquant une mise à l'écart des enjeux jugés prioritaires par la CNAMTS notamment ceux de maîtrise médicalisée à l'hôpital, alors même que les CRAM disposent de compétences affirmées dans le domaine de l'hospitalisation et plus généralement de l'organisation des soins.

- La finalité des CPG a changé

¹⁶ Les objectifs de gestion du risque représentent 40% du score total.

¹⁷ Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 signée entre l'Etat et la CNAMTS et propositions pour la future convention. Rapport IGAS n° 2003-096 de juillet 2003.

[213] En matière de gestion du risque, la contractualisation est passée d'une logique remontante à une logique descendante. Sous l'empire de la précédente COG, le CPG ne contenait pas d'objectifs sur la régulation, ceux-ci étant renvoyés à des négociations annuelles au niveau des CPAM, des CRAM et des URCAM. Ces négociations avaient pour but implicite de « *diminuer le nombre d'actions de gestion du risque menées de façon autonome par les CPAM*¹⁸ ». D'où une procédure de contractualisation remontante permettant à la CNAMTS de valider les actions locales de régulation après un avis de l'URCAM, nécessaire pour assurer la conformité des actions au plan régional de l'assurance maladie (PRAM). **Dans le cadre actuel, les CPG sont des outils de contractualisation descendants permettant à la CNAMTS de faire appliquer par son réseau des programmes nationaux de gestion du risque.**

➤ Le contenu des CPG s'est considérablement enrichi.

[214] Au-delà du changement de terme entre « régulation » et « gestion du risque », les CPG constituent bien une déclinaison des engagements pris au niveau national dans la COG. Des objectifs précis sont établis dans un contrat pluriannuel pour la durée de la COG correspondant aux six orientations arrêtées par le Conseil. Cette pluri annualité s'accompagne de mises à jour annuelles particulièrement importantes en ce qui concerne la gestion du risque. **La précision des objectifs, assortis d'une valorisation en points permettant de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs ainsi que le lien assuré avec l'intéressement permettent à la CNAMTS de piloter son réseau.**

➤ Le champ de contractualisation s'est élargi aux DRSM.

Dans la précédente COG, le pilotage du Service médical était assuré par un tableau de bord national d'activités des échelons régionaux et locaux. Le service médical étant sous l'autorité hiérarchique du directeur de la CNAMTS, la définition et le suivi des objectifs et de la démarche qualité étaient mis en œuvre sans procédure formelle de contrat. **La création de CPG entre la CNAMTS et les DRSM aboutit à la généralisation du pilotage par objectifs dans les organismes territoriaux de la CNAMTS, quel que soit le statut de rattachement à l'Etablissement public national.**

➤ La contractualisation avec les CRAM sur l'hospitalisation associe les CPAM pour la mise en œuvre

[215] La contractualisation avec les CRAM s'est élargie aux actions de maîtrise médicalisée dans les établissements de santé. Mais ce sont les directeurs de CPAM, associés aux médecins chefs de leur échelon local qui ont conduit les entretiens avec les responsables hospitaliers pour négocier les contrats de bonnes pratiques sur les prescriptions.

[216] Dans le cadre de la COG précédente, les négociations annuelles portaient sur la validation des programmes de gestion du risque hospitalier qui devaient s'articuler avec les programmes de travail des ARH. Sur ce point l'IGAS recommandait de mettre fin à ce dispositif au profit d'une association de la CNAMTS au pilotage des ARH. La mise en place des ARS règle cette question.

¹⁸ Rapport IGAS précité page 20.

4.1.1.2. Une contractualisation qui valorise de façon privilégiée la mise en œuvre des programmes nationaux de gestion du risque

[217] La contractualisation est structurée sur des objectifs qui correspondent aux trois domaines de la COG : la gestion du risque, le service et le management-pilotage. Pour la gestion du risque, les objectifs recouvrent la mise en œuvre de programmes nationaux conçus par la CNAMTS. La cotation des objectifs donne clairement une priorité à la gestion du risque au détriment des autres domaines tels que la qualité de service ou la productivité. De plus, au sein de la GDR la cotation privilégie les actions de maîtrise médicalisée.

- Le pilotage accorde une place importante à la GDR, parfois disproportionnée par rapport à son poids réel dans l'activité des organismes

Tableau 22 : Structuration de la cotation au regard des effectifs de chaque organisme territorial

Axe des CPG et effectifs en 2008	CPAM	CRAM	DRSM	URCAM
Régulation/gestion du risque en nombre de points	400	400	800	600
%dans le total des 1000 points des CPG	40%	40%	80%	60%
Effectifs de l'organise affectés à l'axe en ETP rémunérés	4 677	812	4 167	305
Effectifs totaux rémunérés	58 906	5 858	8 821	305
% des effectifs de GDR dans le total de l'organisme	8%	14%	47%	100%

Source : Mission IGAS à partir des données CNAMTS

[218] La contractualisation donne un cadrage au niveau national qui ne correspond pas aux effectifs déployés sur le terrain. Au regard des effectifs rémunérés dans les différents réseaux, la mise sous tension est nettement plus forte pour les CPAM, dont la mission première est le service des prestations et qui voient une cotation sur la GDR survalorisée au regard des moyens humains disponibles. Au delà de cette approche quantitative, la question qui se pose est celle de l'adéquation entre les objectifs et les moyens des organismes du réseau du régime général selon les niveaux d'organisation administrative : la région ou le département.

Tableau 23 : Effectifs affectés à la GDR selon le niveau d'organisation (hors CGSS)

Niveau d'organisation	Régional (1)	Local (2)	Total
Effectifs affectés en ETP en 2008	5284	4677	9961
Poids des niveaux dans l'effectif total	53 %	47 %	100 %

(1) Effectifs affectés à la GDR dans les CRAM, DRSM, URCAM

(2) Effectifs affectés à la GDR dans les CPAM

Source : Mission à partir des données CNAMTS

[219] Si l'on s'en tient aux seuls chiffres, le poids des deux niveaux régional et local est relativement équilibré.

- Une priorité donnée à la maîtrise médicalisée au sein de la GDR

Tableau 24 : Structuration des objectifs de la gestion du risque

Types d'actions	2006	2007		2008		2009	
		En points	En %	En points	En %	En points	En %
ALD	50	40	11 %	40	14 %		
Feux rouges	20	20	6 %				
Arrêts de travail	60	60	17 %	40	14 %	50	17 %
Génériques	60	45	13 %				
Statines	40	40	11 %	20	7 %	35	12 %
Antibiotiques	40	30	9 %	20	7 %	20	7 %
IPP		20	6 %	30	11 %	30	10 %
HTA (Sartans)				20	7 %	30	10 %
Chirurgie ambulatoire				40	14 %	35	12 %
EHPAD				10	4 %	20	7 %
Transports		25	7 %	15	5 %	30	10 %
Lits médicalisés		20	6 %	10	4 %		
CAPi						30	10 %
Visites des professionnels de santé libéraux par les délégués de l'assurance maladie (DAM)	100	50	14 %	40	14 %	20	7 %
Sous total Maîtrise médicalisée	370	350	100 %	285	100 %	300	100 %
Sous total maîtrise médicalisée	370	350	87,5%	285	71,2 %	300	75%
Qualité du ciblage des contrôles T2A	30			30		20	
Recouvrement des indus		30		35		30	
Sous total Contrôle	30	neutralisé	-	65	16,2 %	50	12,5 %
Recours contre tiers		20	5,0 %	20	5,0 %	20	5,0 %
Dépistage cancer du sein	-	-	-	15		10	
Examen bucco dentaire	-	-	-	15		10	
Vaccination contre la grippe	-	-	-	-	-	10	
Sous total prévention	-	-	-	30	7,5%	30	7,5%
TOTAL des points	400	400		400		400	

Source : Mission à partir des données CNAMTS

- [220] Ce tableau montre que les objectifs de maîtrise médicalisée ont évolué sur la période de la COG. La maîtrise médicalisée, au départ centrée sur des objectifs conventionnels relatifs aux soins de ville, s'est élargie aux établissements : EHPAD et EPS (contrôles T2A), puis en 2009 à un objectif individuel non conventionnel : le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPi).
- [221] Il faut également noter que des objectifs relatifs à la prévention ne sont retenus dans les CPG qu'en 2008, soit lors de la troisième année de la COG.
- [222] Il montre aussi que le poids des actions de maîtrise médicalisée s'est relativement réduit au regard des autres objectifs : ceux du contrôle et de la prévention.

Tableau 25 : Evolution des domaines d'action dans la contractualisation

Poids de la cotation par thèmes	2006	2007	2008	2009
Maîtrise médicalisée	93 %	88 %	71 %	75 %
Contrôle	7 %	8 % (neutralisé)	16 %	13 %
Recours contre tiers (RCT)	0	5 %	7 %	5 %
Prévention	0	0	8 %	8 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : Mission à partir des données CNAMTS

[223] Entre 2006 et 2009, le poids de la maîtrise médicalisée se restreint passant de 93 à 75% au profit du développement dans la cotation du contrôle qui passe de 7 à 13 %, et de la prévention qui atteint un poids de 8 % dans la cotation générale pour 2009.

4.1.1.3. Une contractualisation qui repose sur des objectifs nationaux déclinés localement et assortis de sanctions positives

[224] Les objectifs annuels en matière de gestion du risque ont deux sources :

- les conventions et avenants conventionnels conclus entre l'UNCAM et les professionnels de santé en ce qui concerne la maîtrise médicalisée¹⁹ ;
- les décisions propres à la CNAMTS sur des postes de dépenses qui évoluent fortement.

[225] Ces objectifs sont conçus à partir du calcul d'une tendance d'évolution de dépenses sur des postes qui dépassent 1 milliard de €. Un objectif de baisse est ensuite déterminé au niveau national, par exemple -5% pour les prescriptions d'antibiotiques en 2008. Cet objectif national est décliné par organisme en tenant compte du niveau de la dépense dans la circonscription et du nombre de bénéficiaires consommant.

Tableau 26 : Exemple d'objectifs CPG pour les prescriptions d'antibiotiques en 2008

% d'évolution des montants d'antibiotiques remboursés	Poids	2008
Objectif national		-5%
Objectif régional	40%	-4,6%
Objectif local (caisse)	60%	-4,3%
Socle de performance régional		+1%
Socle de performance local		-2,6%

Source : CPG CPAM

[226] Ces objectifs font l'objet à la CNAMTS d'un suivi mensuel à destination du coordonnateur régional de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude. Ponctuellement si un thème dérive, une sélection de caisses est réalisée et une note d'alerte est adressée aux directeurs d'organisme.

[227] L'atteinte des objectifs déclenche l'intéressement collectif après une pondération de 60% pour l'objectif de l'organisme (local) et 40 % pour l'atteinte de l'objectif de la région (régional). Chaque action est assortie d'un objectif quantifié au niveau local et régional comprenant deux niveaux :

- un niveau minimum dit «socle de performance» qui lorsqu'il est atteint déclenche l'intéressement collectif,

¹⁹ Convention nationale médicale article 3-3 (février 2006) et ses avenants 12 (mars 2006) et 23 (mai 2007)

- un niveau d'objectif à atteindre qui majore l'intéressement de 30% au maximum par rapport au socle de performance.

[228] A l'occasion de ses déplacements en région, la mission a pu constater que les objectifs faisaient bien l'objet de la part de responsables d'organismes d'un suivi des résultats mensuels. En cas de dérapage des analyses sont conduites et des actions correctives engagées. Au niveau régional, le coordonnateur du risque suit les indicateurs et anime l'action des différents organismes impliqués dans la GDR.

[229] Le rôle du DRSM est important car c'est lui qui en fonction du suivi des résultats peut affecter des moyens humains complémentaires, soit sur une action donnée, soit sur une caisse précise. La fonction de mutualisation des ressources médicales au niveau régional facilite une atteint des objectifs sur tout le territoire régional

4.1.1.4. Un suivi des résultats au niveau national. qui montre une performance variable selon le type d'organisme

[230] Chaque année à l'automne, les résultats des CPG sont présentés pour tous les organismes devant la commission de l'animation du réseau et des moyens. Les organismes font l'objet d'un classement selon leur taux de réussite selon les axes de contractualisation. Les résultats obtenus par chaque type d'organisme sont présentés devant la Commission de l'animation du réseau et des moyens²⁰. Pour 2007, les résultats sont les suivants :

- Concernant les CPAM, la dispersion des résultats selon les objectifs de gestion du risque est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 27 : Performance des CPAM sur l'axe gestion du risque en 2007

Objectifs	Résultat national 2007	Objectifs 2007	Nombre de CPAM ayant atteint leur objectif en 2007	Résultat national 2008*
ALD	- 0,31 point	- 1,3 point	0	+ 0,09 point
ALD-feux rouges	-0,05 point	- 3 points	0	-
Nombre d'IJ	3,3 %	- 2,5 %	0	+5,3 %
Génériques	81,7 %	75,4 %	101	-
Statines	- 4,1 %	0 %	126	+4,6%
Antibiotiques	-3,3 %	- 5 %	29	-9%
Inhibiteur de la Pompe à Protons (IPP)	- 1,91 %	- 3,7 %	14	-6,6%
Transports	7,09 %	5 %	19	+3,9%
Lits médicalisés	3,63 %	1,8 %	93	-
Visites DAM	311 433	300 000	123	-
Recours contre tiers (RCT)	19,37 €	22,01€	17	-

Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008) *pour 2008 résultats provisoires

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

²⁰ Pour les résultats 2007 réunion du 11 septembre 2008

- Concernant les CRAM, les résultats sont plus homogènes :

Tableau 28 : Performance des CRAM sur l'axe gestion du risque

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

Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008)

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

- Concernant les DRSM, les résultats sont très homogènes à l'exception de l'objectif relatif aux IJ pour lequel seules 4 DRSM atteignent leur objectif.

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

Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008)

- Enfin, concernant les URCAM, les indicateurs de prévention donnent les résultats suivants :

Tableau 29 : Performance des URCAM sur les indicateurs de prévention

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

Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008)

- [233] Il faut noter une dispersion des résultats entre organismes sur l'objectif relatif au taux de vaccination contre la grippe pour lequel seuls deux organismes atteignent leurs objectifs.

4.1.1.5. Une contractualisation fondée sur des objectifs communs

- Sur deux objectifs de prévention

- [234] A partir des scores obtenus par organisme, la mission a rapproché les objectifs communs en matière d'action de prévention des CPAM (128) et des URCAM (19) sur deux objectifs : la progression du taux de dépistage du cancer du sein et la réalisation d'examens bucco-dentaires chez les jeunes.

Tableau 30 : Dispersion des résultats sur deux objectifs de prévention

	CPAM 2008		URCAM 2008	
	Dépistage cancer du sein	examens bucco-dentaires	Dépistage cancer sein	examens bucco-dentaires
Plage	23	41	11	29
Minimum	-12	-6	-5	0
Maximum	11	36	6	28
Moyenne	0	10	0	10
Écart-type	4	7	3	6
Dispersion (écart type/moyenne)				

Source : Mission IGAS à partir de données CNAMTS

- [235] La dispersion entre organismes est très importante, plus forte pour les examens bucco-dentaires que pour le dépistage du cancer du sein. Au niveau régional les écarts se réduisent mais restent notables.

- Sur le développement de la chirurgie ambulatoire

- [236] En revanche sur l'objectif de croissance de l'activité de chirurgie ambulatoire, qui est un objectif commun entre les CRAM, CPAM, DRSM et URCAM, la dispersion des résultats est nettement plus réduite.

Tableau 31 : Dispersion des résultats sur la chirurgie ambulatoire en 2008

Chirurgie ambulatoire	DRSM	CRAM	CPAM	URCAM
Plage	28%	30%	28%	32%
Minimum	46%	46%	46%	42%
Maximum	74%	76%	74%	74%
Moyenne	62%	62%	61%	60%
Écart-type	8%	9%	7%	8%

Source : Mission IGAS à partir de données CNAMTS

- Sur trois objectifs de maîtrise médicalisée, communs entre les CPAM, les DRSM et les URCAM, les résultats sont les suivants :

Tableau 32 : Dispersion des résultats sur les évolutions de prescriptions

Organismes	CPAM 2008		DRSM 2008		URCAM 2008	
	HTA	Antibiotiques	HTA	Antibiotiques	HTA	Antibiotiques
Plage	5,4%	9,8%	3,5%	10,5%	1,8%	4,5%
Minimum	2,9%	-14,2%	4,7%	-11,4%	4,7%	-11,6%
Maximum	8,3%	-4,4%	8,2%	-1,0%	6,6%	-7,1%
Moyenne	5,8%	-9,2%	5,8%	-8,6%	5,8%	-9,1%
Écart-type	1,0%	1,9%	0,7%	2,1%	0,4%	1,1%

Source : Mission IGAS à partir de données CNAMTS

- [237] La comparaison des résultats donne des dispersions plus fortes pour la réduction des prescriptions d'antibiotiques que pour les Sartans (HTA). Il faut également noter une plus faible dispersion au niveau des URCAM qu'à celui des DRSM pour la prescription d'antibiotiques.

4.1.2. Un pilotage qui mérite d'être amélioré sur plusieurs points

- [238] Si la mise en place d'un dispositif complet et fortement structuré de gestion par objectifs en matière de gestion du risque constitue un progrès important enregistré sur la période de la COG, des améliorations pourraient être apportées.

Recommandation n°29 : Instaurer un dialogue de gestion plus nourri pour prendre en compte des spécificités ou actions régionales

- [239] Les objectifs relevant de programmes nationaux sont déclinés de façon descendante sans que puissent être valorisés, ni les spécificités de la circonscription, ni les résultats obtenus l'année précédente. La mission a pu constater que dans certaines régions, le délai pris par la CNAMTS pour notifier les objectifs de l'année en cours était mis à profit par les organismes pour appliquer leurs propres actions. Cette marge de manœuvre non voulue, puisque issue de retard dans la notification par la CNAMTS des objectifs de l'année, est qualifiée dans une région visitée de « fond d'écran », une sorte de programmation qui prend le dessus lorsque les objectifs nationaux ne sont pas connus. Ces constats conduisent à recommander l'instauration d'un dialogue de gestion qui permette d'intégrer dans les objectifs des contrats des actions régionales en complément des actions nationales.

Recommandation n°30 : Rendre plus visibles les actions de portée pluriannuelle

- [240] Dans la contractualisation, les actions issues de la convention médicale de 2005 avaient clairement une portée pluriannuelle puisque des objectifs quantifiés avaient été négociés pour 2005 en prévoyant des avenants pour 2006, 2007 et 2008. En revanche, les actions autres que celles qui ont été visées par la convention n'ont pas forcément un caractère pluriannuel.

- [241] Il est nécessaire de donner une visibilité aux organismes en précisant la durée de validité des actions. Au delà de celles qui seront contractualisées sur la durée de la COG, on peut imaginer la mise en œuvre par avenant soit d'action ponctuelle sur un an, soit d'actions pluriannuelles dont la durée devrait être donnée dès l'origine.

Recommandation n°31 : Modifier les règles de classement des organismes

- [242] Les taux de réussite conduisent à des classements relativement valorisés au sein du réseau alors qu'ils peuvent varier fortement d'une année sur l'autre. Une caisse primaire peut ainsi en un exercice passer du premier tiers au dernier tiers du classement selon les objectifs. Une des raisons de ces variations s'explique par la mise à zéro des objectifs quel que soit l'effort engagé l'année précédente et les résultats obtenus. La cotation devrait tenir compte des efforts engagés et des résultats sur la durée par exemple celle de la COG.

Recommandation n°32 : Rendre plus discriminants les objectifs

- [243] La mission a pu constater que les objectifs étaient paramétrés pour que le socle qui déclenche l'intéressement puisse être atteint par toutes les caisses. Ce caractère peu discriminant était acceptable dans une phase de construction du dispositif où l'appropriation était un facteur essentiel. Il semble désormais nécessaire de discriminer plus nettement entre les organismes selon les taux de réussite et d'être plus sélectif dans les sanctions positives.

Recommandation n°33 : Clarifier la mise en œuvre des objectifs communs aux organismes locaux

- [244] Plusieurs objectifs de maîtrise médicalisée sont communs à plusieurs organismes du réseau : CPAM et DRSM ou CRAM et DRSM ou encore CPAM, CRAM et DRSM. Dans ces cas d'objectifs partagés, il n'est pas possible de distinguer ce qui relève de chacun des organismes impliqués dans l'action. Dans ces cas, il serait sans doute nécessaire de raffiner les objectifs en distinguant un objectif de résultat partagé et des objectifs de mobilisation de moyens tels que les visites des DAM pour les CPAM, ou les échanges confraternels pour les DRSM.

4.2. Une organisation territoriale qui reste complexe

- [245] L'organisation territoriale de la fonction de régulation au sein de l'assurance maladie se caractérise par une pluralité d'organismes :

- Trois pour le régime général :
 - 1/ Les CPAM qui ont des circonscriptions infra départementales ou départementales,
 - 2/ Les CRAM qui ont une circonscription régionale et des compétences tournées vers le monde hospitalier et l'organisation du système de soins ;
 - 3/ Les DRSM services déconcentrés de la CNAMTS qui sont situées auprès des CRAM et qui ont un pouvoir hiérarchique sur les praticiens conseils localisés auprès des caisses primaires
- et un réseau inter-régimes et de portée régionale, les URCAM.

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

- [246] L'existence de deux niveaux territoriaux, le niveau départemental et le niveau régional d'une part, et l'existence de structures administratives et médicales séparées d'autre part, posent question. Le maintien de la structuration du réseau entre trois catégories d'organismes a conduit à la mise en place de fonctions de coordination.

- [247] Deux fonctions de coordination ont été mises en œuvre, d'une part la désignation en 2006 de coordonnateurs régionaux de la gestion du risque, d'autre part la fonction de coordonnateur des DAM.

[248] Cette superposition de coordinations-- coordination de portée stratégique pour la gestion du risque, coordination de moyens pour les DAM-- respecte la spécificité des différents organismes. Mais ce dispositif comporte une fragilité, celle de reposer sur les bonnes volontés de coopération entre les organismes. Alors qu'au niveau de l'établissement public, une réorganisation a été mise en œuvre pour articuler les compétences administratives et médicales, cette réorganisation n'a pas été engagée au niveau territorial. La mise en place des ARS pousse en quelque sorte à cette réorganisation.

4.2.1.1. La coordination du risque : un choix fonctionnel plutôt qu'organique

[249] La mission a pu relever que les organismes du régime général étaient relativement bien spécialisés et présents aux deux niveaux du département et de la région. L'évaluation de la précédente COG avait déjà pointé la question de l'organisation du réseau et prôné plusieurs évolutions notamment une régionalisation du réseau rendue nécessaire par la perspective de la mise en place des ARS.

[250] Ces orientations n'ont pas été suivies et la CNAMTS a opéré en 2005 un choix fonctionnel par la mise en place d'une fonction de coordination de la gestion du risque à laquelle a été ensuite rattachée la lutte contre la fraude.

[251] Le rôle de coordonnateur aurait dû revenir organiquement aux URCAM qui ont de par la loi la mission de coordonner les actions entre les régimes. Dans les faits, le poids de l'inter régime est faible et les URCAM sont devenues des instances de coordination du seul régime général. La note d'orientation du conseil sur l'organisation du réseau de mars 2006 indique bien que « conformément aux dispositions de la loi du 13 août 2004, les fonctions de coordonnateur du risque et celle de directeur de l'URCAM ont vocation à être agrégées ».

4.2.1.2. Une coordination à géométrie variable

[252] Mais, cette orientation n'a pas eu de suite. Les coordonnateurs ont été désignés en tenant compte d'éléments conjoncturels, mais aussi par souci d'équilibre entre les différents réseaux : ainsi deux DRSM ont été désignés coordonnateurs du risque, deux directeurs de CRAM, onze directeurs d'URCAM dont six sont directeurs d'URCAM et cinq à la fois directeurs d'URCAM et de CPAM, et trois directeurs de CPAM. Chaque réseau d'organismes a pu ainsi exercer cette fonction.

[253] La mission a pu examiner trois organisations différentes de coordination du risque. La première est une coordination qui peut être qualifiée « d'éclatée », la deuxième est une coordination classique telle que prévue par les textes, donc assurée par l'URCAM ; enfin, la troisième est une coordination « médicale » assurée par la DRSM.

➤ La région Centre est caractérisée par des coordinations éclatées :

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

➤ La région Rhône –Alpes présente une coordination confiée à l'URCAM et à une CPAM :

[255] Dans cette région, la coordination de la gestion du risque est assurée par le directeur de l'URCAM qui est ensuite devenu aussi directeur de la CPAM de LYON. La dimension de la coordination inter régime est présente. Le cumul de fonction entre direction d'URCAM et de CPAM est porteur de synergie. Enfin le lieu unique de localisation au chef-lieu de région est source de gains de temps et d'énergie.

➤ La région Nord Pas de Calais bénéficie d'une coordination par la DRSM :

[256] La DRSM a pu prendre cette fonction, par voie de consensus entre les directeurs des CPAM. Il est apparu à la mission que cette formule de coordination permettait d'instaurer une liaison plus directe entre les analyses et les actions à mettre en œuvre. Le cumul de la fonction de mutualisation des ressources médicales et celle de coordination du risque présente une synergie évidente.

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

[257] L'établissement public a fait l'objet d'une profonde réorganisation à l'initiative du directeur général. Cette réorganisation a permis d'articuler les compétences médicales au sein des différentes directions. Une direction du réseau (la direction déléguée aux opérations) a été créée pour assurer la mise en œuvre de toutes les actions dans le réseau quelle que soit leur portée, administrative et/ou médicale.

[258] Le médecin conseil national est devenu le conseiller du directeur et l'échelon national du service médical qui existait auparavant a été supprimé. Les praticiens conseils sont en revanche répartis au sein des chacune des directions pour faire valoir les compétences médicales.

[259] Ce type de réforme n'a pas été conduit dans le réseau. Les praticiens conseils restent affectés dans des échelons locaux ou régionaux. Ils sont sous l'autorité hiérarchique du médecin conseil régional qui assure la gestion du service médical dans la région. Les DRSM ne constituent pas un organisme local mais un service déconcentré de la CNAMTS. Les caisses sont en revanche dotées d'une autonomie juridique.

[260] Le statut juridique constitue une source de difficulté certaine qui n'existait pas au niveau national.

[261] La question de l'articulation entre le niveau géographique et les compétences médicales et administratives se repose avec la création des ARS. Il est prévu que les personnels des CRAM et URCAM, soient intégrés dans les ARS, mais que s'agissant des DRSM seuls les services chargés de la prévention et de l'organisation des soins y soient intégrés.

[262] Les CPAM d'une part et les DRSM d'autre part, constitueront le réseau de l'assurance maladie. Dans cette configuration la responsabilité de conduire les actions de gestion du risque reste partagée entre la DRSM qui mutualise au niveau régional les compétences médicales et les CPAM qui détiennent les compétences administratives.

Deux options sont ouvertes :

[263] - celle de donner aux DRSM la responsabilité de la conduite des programmes de gestion du risque et d'y rattacher les DAM ; cette formule a le mérite de donner la compétence à un service déconcentré de la CNAMTS et d'afficher encore plus nettement le caractère médicalisé de ces actions d'accompagnement et de contrôle ; elle présente l'inconvénient de cliver fortement les organismes en recentrant le rôle des CPAM sur la qualité de service et l'efficacité de la production ; cette option a la faveur de la mission en ce qu'elle organise plus efficacement l'articulation entre compétences médicale et administrative. Ce point est essentiel lorsque l'action a comme cible les professionnels de santé.

[264] - celle de poursuivre dans la voie de coordinations entre organisme ; un des directeurs de CPAM ou de DRSM pourrait être nommé coordonnateur de la gestion du risque ; cette formule serait plus facile à mettre en œuvre parce qu'elle est le prolongement des choix déjà opérés.

Annexe 1-2 : Bilan de la lutte contre la fraude et les abus

- [265] Dans un contexte de modifications législatives (volet « fraudes » des dernières lois de financement de la sécurité sociale) et institutionnelles (création de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude) importantes, témoignant de la priorité assignée à cet enjeu, la lutte contre la fraude s'est imposée depuis 2005 comme un axe important de l'action de l'assurance maladie.
- [266] Initiée à compter de 2005 (création d'une mission « fraudes », mise en place de référents régionaux et lancement d'une communication sur ce thème), la nouvelle approche de l'assurance maladie en matière de lutte contre la fraude et les abus a été précisée dans un plan, annoncé le 23 février 2006, puis dans la convention d'objectifs et de gestion.
- [267] La COG définit précisément la distinction à opérer entre les fraudes (« actes intentionnels visant à obtenir un avantage illégal » tels que des actes fictifs, des cartes Vitale prêtées ou volées, des actes de chirurgie esthétique présentés au remboursement ou de fausses déclarations de salaires) et les abus, qui relèvent de comportements laxistes au regard d'impératifs de maîtrise médicalisée. La convention d'objectifs et de gestion fait en effet de la lutte contre les abus un levier essentiel de la gestion du risque, qui est elle-même un des axes stratégiques assignés à la CNAMTS.
- [268] Le texte de la COG est particulièrement précis quant aux engagements assignés tant à l'Etat qu'à l'assurance maladie. Outre la novation résultant de l'adoption d'un plan annuel de contrôle, révisable (cf. *infra*), la COG prévoit notamment de développer les actions de contrôle dans les champs de l'offre de soins autres que le domaine ambulatoire. Ainsi, dans le domaine hospitalier, l'Etat et la CNAMTS se sont engagés à mettre en œuvre le contrôle de l'application de la T2A et, dans le champ médico-social, à renforcer le contrôle des dépenses.
- [269] Concernant les procédures et outils, l'Etat s'est engagé dans le cadre de la COG à renforcer le dispositif juridique visant à subordonner l'ouverture des droits aux prestations en nature à condition de résidence, ce qui a été fait, et, de manière plus générale, à proposer toute amélioration du dispositif. Pour sa part, la CNAMTS s'est engagée à être particulièrement attentive à l'ouverture et à la gestion des droits. Surtout, la COG prévoit que l'assurance maladie renove ses procédures de contrôle :
- par le développement d'actions mieux ciblées à partir de critères objectifs, quantifiés et indiscutables ;
 - par l'adoption de méthodes harmonisées sur le territoire afin d'accroître l'efficacité globale des actions et garantir un traitement équitable des assurés et professionnels de santé ;
 - par une action plus déterminée en matière de suites données aux contrôles (mesures administratives, actions contentieuses, communication).
- [270] L'adoption d'une stratégie offensive, dont le déploiement s'est appuyé sur de nouveaux outils et une organisation adaptée, a produit de premiers résultats encourageants.

1. UNE ACTION AMBITIEUSE

1.1. *Le plan annuel de contrôle structure l'action de la branche en matière de lutte contre la fraude et les abus*

[271] L'assurance maladie s'est dotée, en application de la COG, d'un plan de contrôles, qui est modifié chaque année en fonction des résultats ou des priorités nouvelles définies par la LFSS ou les conventions avec les professionnels de santé.

1.1.1. La construction et le suivi du plan sont précisés par la COG

[272] Le plan annuel de contrôle définit des priorités nationales, complétées d'orientations régionales et locales, et est mis en œuvre au niveau régional et local. Il comprend deux volets : la lutte contre les abus, dans le cadre plus général de la gestion du risque, et la lutte contre les fraudes.

[273] Le volet relatif aux abus cible les principaux postes de dépense en lien avec la maîtrise médicalisée. Pour 2006, sont ainsi ciblés l'ordonnancier bizone, les indemnités journalières, les transports sanitaires et la facturation T2A

[274] Le volet relatif aux fraudes comprend des actions nationales et régionales/locales. Les premières comprennent le contrôle de l'ouverture des droits (condition de résidence, droits à CMU, ALD), la gestion de la carte Vitale et des soins réalisés à l'étranger. Les secondes sont laissées à l'initiative des organismes en fonction des spécificités locales (par exemple, fraudes à l'identité, à la déclaration de ressources ou de résidence et plus généralement gestion des droits) et contribuent à la répression des pratiques dangereuses pour la santé de patients²¹. Les actions nationales peuvent être intégrées, si elles présentent un caractère structurel, dans le plan de maîtrise socle²².

[275] Le plan de contrôle voit son dispositif de suivi précisé par la COG. Les résultats des contrôles doivent faire l'objet de points d'information réguliers, notamment en matière de contrôles hospitaliers. Un tableau de bord de suivi semestriel des contrôles d'actes frauduleux doit rappeler les actions contentieuses, les suites données à contrôle et les montants en jeu.

[276] De surcroît, la caisse nationale transmet chaque année aux ministres en charge de la sécurité sociale, en application de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, un bilan des actions menées par les organismes.

1.1.2. Les domaines de contrôle sont davantage ciblés et hiérarchisés

[277] Les principaux programmes ont pour l'essentiel été lancés dès 2005. Il s'agit notamment :

- du contrôle des règles de prise en charge à 100% sur l'ordonnancier bizone ;
- du contrôle de la tarification à l'activité dans les établissements ;
- des contrôles sur les « mégaconsommants » ;
- du contrôle des abus de facturation de certains actes de biologie (clairance de la créatinine) ;
- et, naturellement, des contrôles des arrêts de travail.

[278] Ils se sont progressivement enrichis de nouveaux champs d'action.

²¹ Ces pratiques dangereuses qui mettent en péril la santé des patients sont définies par l'article 223-1 du code pénal : « le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Cf lettre circulaire 30/06 du 20 juin 2006

²² Cf. Annexe n°2 : Efficience et productivité

- [279] Des programmes supplémentaires portant sur les escroqueries organisées ont ainsi été mis en place au cours de l'année 2006 : répression de fraudes aux prestations en espèces et trafic de médicaments.
- [280] En 2007, le contrôle du respect des règles de prise en charge à 100% a été élargi aux praticiens hospitaliers et la CNAMTS a élargi les thèmes de contrôle à la chirurgie esthétique, au respect des règles de prescription et de facturation par les professions prescrites (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, laboratoires, transporteurs sanitaires), aux soins inopinés effectués à l'étranger. Enfin, la fraude aux indemnités journalières a été combattue par une intervention plus précoce pour les arrêts de longue durée (à partir de 45^{ème} jour au lieu du 60^{ème} auparavant).
- [281] En 2008, ont été encore intégrés de nouveaux thèmes :
- la facturation des laboratoires de biologie (facturation d'actes non prescrits, facturation d'actes plus onéreux que ceux qui ont été effectivement prescrits et réalisés),
 - les professionnels de santé ayant un volume d'activité totalement aberrant (lutte contre les actes fictifs),
 - et les indemnités journalières liées au risque professionnel par des contrôles croisés des entreprises et des salariés (lutte contre les complicités entre employeurs et salariés²³).
- [282] La croissance des programmes de contrôle a conduit à préciser les priorités, en liaison étroite avec les nouveaux outils proposés par les lois de financement de la sécurité sociale. Ainsi, l'extension du champ de la mise sous accord préalable et la forte croissance des dépenses de transports sanitaires ont-elles conduit à donner pour priorité la détection et la répression des fraudes à la facturation des transporteurs²⁴ et des prescriptions abusives de transports. De même, l'extension en LFSS de la procédure de pénalités financières aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes s'est-elle traduite par des contrôles accrus sur les EHPAD. Enfin, à la suite de la LFSS pour 2006, des échanges informatiques avec la direction générale des finances publiques (DGFIP) ont permis de mieux vérifier la résidence en France des bénéficiaires, ainsi que les ressources pour les bénéficiaires de la CMU, dans le cadre d'une prévention des fraudes possibles.
- [283] Pour 2009, le plan prévoit encore l'intégration de thématiques supplémentaires, notamment :
- l'hospitalisation à domicile (vérification de la facturation et de la réalité des soins effectués) ;
 - la rétrocession des médicaments et la facturation de médicaments et de produits de la Liste des Produits et Prestations (LPP) pour le champ hospitalier ;
 - les prescriptions excessives d'actes de masseurs-kinésithérapeutes ;
 - les actes facturés à tort à l'assurance maladie et devant être pris en charge par les sociétés d'assurance
 - les pensions d'invalidité ou rentes d'accidents de travail pour le champ des prestations en espèces.

1.2. Les structures et les moyens consacrés à la lutte contre la fraude et les abus ont été adaptés

- [284] Pour renforcer l'efficacité de sa répression des fraudes, la branche a mis en place une nouvelle organisation et modernisé ses procédures de travail.

²³ Par exemple, montants de rémunération artificiellement "gonflés" pour disposer d'une indemnité supérieure, déclaration d'un accident de la vie courante au lieu d'un accident du travail.

²⁴ Transports réalisés en véhicule sanitaire léger (VSL) facturés aux tarifs des transports en ambulance, transports facturés à partir de fausses prescriptions médicales de transports en ambulance, transports simultanés de plusieurs patients sans abattement sur les factures...

1.2.1. Une nouvelle organisation a été mise en place, fondée notamment sur une direction dédiée

- [285] Au niveau national, une Direction du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes (DDCCRF), a été créée au sein de la CNAMTS. Auparavant, le contrôle contentieux était suivi par plusieurs services en fonction de la nature des fraudes. Cette direction est chargée de proposer les orientations annuelles en matière de répression des fraudes, de définir les actions à mettre en place pour atteindre les objectifs fixés (méthodes), d'évaluer les résultats et de capitaliser les savoir-faire. En outre, elle peut proposer les évolutions législatives ou réglementaires susceptibles d'accroître son efficacité.
- [286] En outre, la direction des finances et de la comptabilité pilote un dispositif de prévention des fraudes grâce à un plan annuel de prévention, le déploiement d'outils automatisés (cf infra) et une veille technologique. Elle propose aux organismes des référentiels de contrôle et de maîtrise des risques ainsi que les outils correspondants (tableaux de bord, indicateurs, requêtes nationales).
- [287] Les pouvoirs de ces directions ont été renforcés par l'article 109 de la LFSS pour 2008 qui habilite notamment les caisses nationales à demander aux organismes locaux de traiter et d'exploiter des requêtes définies au plan national.
- [288] Au plan local, le volet loco-régional de la lutte contre la fraude et les abus s'est progressivement étoffé.
- [289] Le dispositif institutionnel est précisé par la lettre réseau du 28 janvier 2008. Il associe un niveau décisionnel, qui est celui du comité de coordination de la gestion du risque, piloté par le directeur coordonnateur, et un niveau opérationnel, constitué des référents fraudes des organismes et également piloté par le directeur coordonnateur. Le rôle de ce directeur est déterminant : il doit coordonner le plan régional, veiller à la rigueur des méthodes utilisées (détection, investigation, instruction), coordonner les partenariats et animer l'action des organismes. Sans doute, à terme, serait-il souhaitable que les agents exerçant la fonction de directeur coordonnateur s'y consacrent pleinement.
- [290] Les caisses locales auditées par la mission ont également réorganisé leurs services de contrôle et largement utilisé la palette d'outils mis à leur disposition par le niveau national, sans cependant que puisse être garantie en la matière une application uniforme sur le territoire.

1.2.2. Les moyens humains ont été renforcés

- [291] Dans le cadre de la COG, la CNAMTS s'est engagée à doter de moyens informatiques et humains les actions de contrôle et à encourager des contrôles mutualisés avec les autres branches et régimes.
- [292] Le renforcement des moyens s'est notamment traduit par la création en 2008 d'une cellule spécialisée sur les pharmacies, composée d'experts, dans le cadre des actions de contrôle menées notamment sur les pharmacies d'officine.
- [293] D'autre part, des actions de formation ont été conduites en faveur des personnels administratifs et médicaux assurant des missions de contrôle (notamment formation au PMSI et à la T2A pour les praticiens conseils). Des formations de sensibilisation dans le cadre de la formation initiale, des formations professionnalisées ou continues ont aussi été mises en œuvre.
- [294] L'Etat et l'assurance maladie ont enfin mis en place le dispositif d'assermentation des praticiens conseils prévu par l'article L. 114-10 du code et qui leur permet de « procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles ».

1.3. De nouveaux outils juridiques et contentieux sont mobilisés

1.3.1. De nouvelles procédures de travail ont été mises au point

- [295] Le dispositif de contrôle interne s'est progressivement articulé avec les actions en matière de contrôle et de lutte contre la fraude, par exemple via la diffusion d'un catalogue de requêtes
- [296] Des guides de bonne pratique par thème et des méthodologies ont été diffusés à l'ensemble des organismes, des instructions nombreuses étant diffusées par lettre réseau.
- [297] Désormais, toutes les fraudes repérées sont recensées chaque trimestre au niveau national par remontée d'information, en plus des signalements réalisés traditionnellement par les caisses locales au cas par cas.
- [298] Ce système contribue au recueil d'informations rendu nécessaire par l'article L 1169 (synthèse adressée aux ministres) et permet surtout à la CNAMTS de suivre les champs d'action non couverts par les plans nationaux et de piloter l'action de son réseau (définition des objectifs et estimation du niveau de performance au travers des deux indicateurs de nombre de fraudes à détecter et de montant théorique du préjudice subi).
- [299] Les fraudes détectées font l'objet d'une analyse approfondie au niveau local et national qui peut donner lieu à un plan de prévention spécifique : modification d'un logiciel pour y inclure le repérage automatisé d'anomalies recensées comme caractéristiques de fraudes, nouvelles procédures de contrôle spécifique, etc. En 2009 a été déployé un logiciel de gestion des signalements de fraude permettant une gestion plus homogène des signalements, un historique des signalements de dossiers, une transmission de ces informations aux partenaires.
- [300] Les méthodes de contrôle ont été affinées. A titre d'exemple, pour les contrôles systématiques, l'effort est porté sur la vérification de la cohérence entre la demande de paiement et les données du fichier (droit à la prise en charge à 100 % au titre d'une ALD ou non, bénéficiaire d'une rente « accident du travail » ou non...), la vérification du statut du professionnel de santé et des cotations. La détection de facturations multiples repose sur des contrôles a priori automatisés, associés à des contrôles a posteriori fondés sur des requêtes informatiques. Le contrôle de la réalité et de la justification des actes doit être approfondi notamment au regard du risque de double facturation

1.3.2. Les nouveaux outils issus de la loi relative à l'assurance maladie ont été largement utilisés

- [301] Il s'agit notamment de la mise sous accord préalable de certains praticiens et du dispositif de pénalités financières.
- [302] L'article 25 de la loi du 13 août 2004 (art. 162-1-15 du Code de la Sécurité Sociale) instaure une procédure administrative qui permet de vérifier toutes les prescriptions d'arrêts de travail faites par un médecin avant leur paiement et pendant une durée déterminée. Le seuil à partir duquel la pratique de prescription est présumée abusive est déterminé au niveau national. Les médecins qui ont été mis sous accord préalable pour leurs arrêts de travail sont ceux qui prescrivaient plus de quatre fois et demie plus que leurs confrères (soit environ 10 000 prescriptions/an).
- [303] L'article 23 de la loi du 13 août 2004 (art. 162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale) prévoit que le directeur d'une caisse d'assurance maladie peut prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un assuré, un employeur, un professionnel de santé ou un établissement de santé.
- [304] Un décret pris en Conseil d'Etat le 25 août 2005 a fixé les modalités d'application de cet article et c'est en 2006 que le dispositif a vraiment commencé à donner des résultats. Il a été renforcé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 : le champ d'application des pénalités est élargi tandis que leur plafond est considérablement augmenté et proportionnel à la gravité des faits.

[305] Les résultats de ces procédures sont précisés *infra*.

1.3.3. Des coopérations accrues sont engagées avec les autres organismes et les services publics

[306] Le protocole d'accord entre la CNAMTS la police nationale et la gendarmerie nationale du 16 janvier 2007 pose les bases d'une collaboration fondée sur :

- Les échanges d'expérience en matière de fraudes et de trafics (identification des principaux mécanismes de fraude et définition de typologies).
- la mise en place de procédures d'alerte et de circuits d'information formalisés. Dans ce cadre ont été relevés des fraudes de pharmaciens ou un trafic francilien de traitements substitutifs aux opiacés (Subutex)²⁵. En cas d'arrestations de personnes en possession de faux papiers, les cartes Vitales sont retournées à l'Assurance Maladie pour analyse et destruction.
- un partage de compétences en matière de formation et de conseil. La police nationale et la gendarmerie nationale doivent apporter leur savoir-faire dans la formation à la détection des faux papiers que l'Assurance Maladie prévoit d'assurer pour une partie de son personnel.

[307] Une collaboration est en cours avec les services fiscaux pour fiabiliser le service des prestations sous condition de résidence et de ressources et avec les URSSAF pour les déclarations préalables à l'embauche et échanges de PV de travail dissimulé

[308] Une concertation a été mise en place entre la CNAMTS et les assureurs complémentaires afin de définir les procédures permettant d'informer l'assureur des fraudes affectant le régime de base.

[309] La création de la délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF) doit permettre d'accroître et de renforcer ces coopérations. Dans le cadre de la délégation, l'assurance maladie participe à des groupes de travail sur la mise en œuvre de programmes de formation et d'information, les échanges d'information entre organismes, l'amélioration du taux de recouvrement des indus. De même, au niveau local, les organismes participent aux comités locaux de lutte contre la fraude existants.

1.3.4. Des suites plus nombreuses sont données aux contrôles

[310] Ces suites peuvent être :

- des sanctions et pénalités (la CNAMTS s'engageant à mettre en œuvre les sanctions civiles, pénales et ordinales adaptées et à user des pénalités et sanctions relevant du code de la sécurité sociale)
- la communication au public de ces actions. Dans le cadre de la COG, la CNAMTS s'est engagée à rendre publiques les actions de contrôle et les sanctions appliquées. A ce titre, l'assurance maladie a notamment mené des campagnes sur son plan annuel, sur le contrôle de la tarification à l'activité et sur les trafics de médicaments à l'exportation.

En outre, mais sur un champ plus large que celui des fraudes et abus, la COG prévoit que la récupération des indus soit systématique, en priorisant cependant les indus les plus importants. Les montants recouverts croissent ainsi progressivement sur la période : 2004 727,0 M€ (2004), 715,6 M€ (2005,) 773,9M€ (2006), 832,0 M€(2007), soit +14,4% en quatre ans.

²⁵ Au cours du premier semestre 2007, plusieurs personnes ont été mises en examen dans le cadre du trafic de Subutex: 10 médecins, 14 pharmaciens et 5 personnes soupçonnées d'être à la tête du trafic.

Réponse de l'organisme : *Une erreur semble exister dans la dernière phrase de ce paragraphe : "Les montants recouverts croissent cependant modérément : 727,0 M€ (2004), 715,6 M€ (2005), 773,9 M€ (2006), 832,0 (2007) soit + 6,8% en 4 ans." Les montants recouverts croissent, en fait, de + 14,4% [(832-727)/727] en 4 ans intervalles inclus (2004-2007) et non de + 6,8%.*

Observation de la mission : *Chiffre corrigé.*

2. DES RESULTATS PROBANTS A CONFORTER

2.1. Les économies générées

- [311] Selon les données collectées par la CNAMTS, le montant des fraudes et abus détectés s'est élevé au titre de 2006, à 117,9M€, et au titre de 2007 à 143,2M€, les données relatives aux années précédentes n'étaient pas quantifiées (fourchette de 8 à 15 M€)²⁶. D'autre part la CNAMTS évalue les économies réalisées à 90,56M€ en 2006, à 125,5 M€ en 2007 et à 131,7 millions d'euros en 2008 (pour un objectif fixé à 110 M€).
- [312] Au total, depuis le lancement du programme national en 2005, ce sont environ 360 millions d'euros qui ont été économisés.
- [313] Doit en outre être pris en compte l'effet indirect des mesures, notamment de celles qui conduisent à modifier les pratiques par peur des contrôles ou prise de conscience des prescripteurs (ordonnancier bi-zone, mise sous entente préalable des prescriptions d'arrêt de travail...) : elles contribuent à infléchir la croissance tendancielle de dépenses de l'assurance maladie.

²⁶ Le bilan prévu à l'article L. 114-9 CSS n'étant pas disponible pour 2008 au moment des investigations, les chiffres présentés pour cette année ne sont que partiels et résultent du point d'information du 5 mars 2009 de la CNAMTS

Niveau	Thèmes	Montant des fraudes, fautes, abus détectés					Economies directes constatées (en M€)													
		Objectif 2006	résultats 2006	objectifs 2007	résultats 2007	2007 / 2006	préjudice évité		montant des indus notifiés		montant des transactions		Montant des pénalités financières		Montant des condamnations judiciaires		Total			
							2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
national	Contrôles T2A	15	35	48	56,6	61,7%	9,0	17,6	9,0	34,5	5,9	3,0					23,9	55,1	130,5%	
	Mise sous accord préalable IJ	30	23,1	15	11,3	-51,1%	23,1	11,3									23,1	11,3	-51,1%	
	Ordonnancier bi- zone	15	18	10	7,5	-58,3%	18,0	7,5		0,0			0,0	0,1			18,0	7,6	-58,0%	
	cotation clearance créatinine	2	1				1,0		0,5		1,4						2,9			
	Chirurgie esthétique	10	10	10	10,9	9,0%	2,7	10,9									2,7	10,9	303,7%	
	Méga- consommants	1	3	1	1,2	-60,0%	1,2			0,0							1,2	0,0	-99,5%	
	Traitement de substitution aux opiacés	1,4	4,1	1	8,5	107,3%	1,1	5,0									1,1	5,0	354,5%	
	contrôle ordonnancier bizone (hôpital)	2	2	2						0,0									0,0	
	pratiques frauduleuses des pharmacies d'officine	10		5	0,4					0,1									0,1	
	SS-Total	86,4	96,2	92	96,4	0,2%	56,1	52,3	9,5	34,6	7,3	3,0	0,0	0,1		0,0	72,9	89,9	23,3%	
loco- régional	Thèmes d'initiative locale	15	20,3	20	31,5	55,2%	3,9	6,9	8,4	15,6	0,6	1,6	0,1	0,3	3,3	2,4	16,3	26,8	64,9%	
	Fraudes en bande organisée sur les IJ	sans objet	1,4				1,4										1,4			
	Autres				15,3			8,1			0,7							8,7		
Total	101,4	117,9	112	143,2	21,5%	61,4	67,3	17,9	50,2	7,9	5,3	0,1	0,4	3,3	2,4	90,6	125,5	38,6%		

- [314] L'examen des programmes nationaux permet d'apporter les précisions suivantes :
- **en ce qui concerne l'ordonnancier bi-zone**, 1 990 contrôles de médecins ont été réalisés sur 2006 et 2007 pour un non respect manifeste des règles de la prise en charge à 100%, générant 25,5 millions d'euros d'économies. Le rendement a été plus élevé en 2006 (18 M€), en raison d'un effet dissuasif supérieur du programme sur 2007 ou d'un moindre nombre de médecins contrôlés (lié au fait que le nombre de médecins ciblés pour une suspicion de prescriptions excessives à 100 % a diminué de 5% en un an). C'est pourquoi le montant détecté pour ce type de faute a nettement diminué : 1,3 M€ en 2008, contre 7,5 M€ en 2007 et 20 M€ en 2006. En 2008, 278 médecins ont été identifiés et 169 pénalités financières prononcées.
 - **pour les contrôles de la tarification à l'activité**, les économies ont crû de 24 millions d'euros en 2006 à 46,7 millions d'euros en 2007 dans le cadre du contrôle de 1027 établissements. 458 nouveaux établissements ont été ciblés en 2008 et 32,6 millions d'euros économisés.
 - **pour le contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**, l'année 2008 s'est caractérisée par le lancement d'un programme national presque exhaustif de contrôle des EHPAD: 4 689 sur un total de 5 551. 15,4 millions d'euros d'infractions ont été détectés. Ce programme ayant débuté au cours de l'année, 4,5 millions d'euros ont été économisés en 2008, les procédures étant encore en cours.
 - **le programme relatif aux « mégaconsommateurs »** montre une forte baisse des effectifs d'une année sur l'autre, le nombre de personnes ciblées selon les mêmes critères de consommation de soins (consultations et médicaments) étant passé de 4 175 en 2006 à 2457 en 2007 et 1 800 en 2008. Le montant financier en jeu était de 3 millions d'euros de fraudes détectées en 2006. Pour les personnes contrôlées, les réponses vont de l'engagement de procédures pénales à la suspension de prise en charge de traitement ou à un suivi médical plus encadré.
 - pour les arrêts de travail, existent d'abord des **contrôles systématiques sur les arrêts de longue durée**. Depuis 2005, tous les assurés ayant un arrêt maladie de plus de deux mois sont systématiquement contrôlés. Depuis août 2007, les arrêts de travail sont contrôlés à compter du 45ème jour au lieu du 60ème jour jusqu'alors. En outre, interviennent **des contrôles ciblés des arrêts de travail de courte durée**. Ils concernent les personnes qui ont eu plusieurs arrêts de courte durée au cours des douze derniers mois.
- [315] En 2008, les services médicaux de l'Assurance Maladie ont contrôlé au total plus d'1 million d'arrêts maladie (contre 900 000 en 2007 et 700 000 en 2006).
- [316] Enfin, les prescripteurs excessifs d'indemnités journalières peuvent être **mis sous accord préalable**. Ces contrôles ne concernent toujours qu'un petit nombre de médecins : en 2007, 136 médecins généralistes (sur une population de 54 000) et 30 médecins spécialistes, pour une économie de 11,3 millions d'euros. En 2008, 146 médecins généralistes pour une économie de 13,3 millions d'euros. Les sommes sont moins importantes qu'en 2006 (23 M€) car les prescripteurs les plus excessifs (plus de dix fois la moyenne nationale) avaient déjà été ciblés en 2006.
- le **contrôle de la chirurgie esthétique** a consisté à vérifier systématiquement toutes les demandes d'ententes préalables reçues par les services du contrôle médical, après concertation avec les instances représentatives des chirurgiens plasticiens (sociétés savantes et syndicats). 21 000 ententes préalables ont été reçues et contrôlées en 2008 par les médecins-conseils de l'Assurance Maladie pour s'assurer que les interventions relèvent bien de la chirurgie réparatrice (prise en charge) et non esthétique (non remboursée). Le taux de refus de prise en charge sur l'année s'élève à plus de 20%, près de 10,8 millions d'euros d'économies ont été enregistrés (24 M€ depuis 2006).

- pour le contrôle des traitements substitutifs aux opiacés, l'analyse des données montre une baisse très sensible du montant des fraudes détectées à méthode de ciblage identique : 3,9 millions d'euros en 2008 contre 7,1 M€ et 9,7 M€ en 2006 et 2007. Ce résultat témoigne de l'impact des actions menées par l'Assurance Maladie en étroite collaboration avec les services de police.
- le programme national de contrôle des transports sanitaires a débuté en 2008. Plus de 400 sociétés de transports ont été contrôlées de manière détaillée : facturations (vérification des prescriptions de transports, de la réalité des transports réalisés, surfacturations éventuelles, etc.) et conditions d'exercice (autorisation des véhicules, diplômes des personnels,...). Parallèlement, le dispositif de mise sous accord préalable de médecins, prescripteurs excessifs de transports sanitaires, initié en cours d'année, a concerné 140 professionnels.
- pour les actes de **masso-kinésithérapie**, l'extension du dispositif de mise sous accord préalable a conduit à placer 150 médecins libéraux sous accord préalable. Et parallèlement une action dédiée a été développée afin de repérer les activités potentiellement frauduleuses ou infractions de certains masseurs-kinésithérapeutes

[317] Les actions propres des caisses ont également connu un fort développement en cours de COG. Les actions d'initiative locale enregistrent plus de 60 millions d'euros d'économies en 2008, contre 27 M€ en 2007 et 16 M€ en 2006.

2.2. *Les sanctions*

[318] Le dispositif de **mise sous accord préalable** de médecins, utilisé jusqu'ici pour les arrêts de travail uniquement, a été élargi en 2008 aux prescriptions de transports sanitaires et d'actes de masso-kinésithérapie. Près de 450 médecins libéraux ont été concernés par ce dispositif en 2008 contre 120 en 2007.

[319] En 2006, les caisses d'Assurance Maladie ont déclenché 1291 procédures de **pénalités financières** qui ont débouché sur l'envoi de lettres de mise en garde à 1049 professionnels de santé, 239 assurés et 3 employeurs. 48 pénalités financières ont également été prononcées dans le même temps, à l'encontre de 36 assurés (dont la moitié des dossiers concernait des fausses déclarations de ressources pour obtenir des Fonds de solidarité invalidité (FSI), 11 professionnels de santé (dont 8 se rapportaient au programme national de contrôle sur les prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizonne) et un employeur (production d'une fausse attestation de salaire). En 2007 l'Assurance Maladie a prononcé 150 pénalités financières, et en 2008 521, pour un montant moyen de 1 500 € avec un maximum à 5 400 €.

[320] La loi de financement de la sécurité sociale 2009 a renforcé ce dispositif afin de dissuader toujours plus les fraudeurs éventuels et d'adapter le montant des pénalités financières à la nature de l'infraction commise : leur champ d'application est élargi tandis que leur plafond est considérablement augmenté et proportionnel à la gravité des faits. Le

[321] En 2006, 422 nouvelles **actions ordinaires** ont été engagées. Au cours de l'année, 351 interdictions de donner des soins aux assurés sociaux ont été prononcées à l'encontre de professionnels de santé par les Conseils des Ordres professionnels (contre 285 en 2005), dont :

- 29 interdictions de donner des soins de plus d'un an (soit 21% de plus que l'année précédente) ;
- 33 interdictions de donner des soins entre 6 mois et un an (+ 13,8%) ;
- 221 interdictions entre 1 et 6 mois (+35%) ;
- 68 interdictions inférieures à 1 mois.

[322] Deux médecins ont fait l'objet d'une suspension d'exercice pour activité dangereuse au terme d'une procédure préfectorale engagée par le service du contrôle médical.

- [323] En 2008 les instances ordinales ont prononcé **près de 300 interdictions d'exercer** à l'encontre de professionnels de santé, suite aux plaintes déposées par l'Assurance Maladie (78% des décisions prises aboutissent à des interdictions de donner des soins).
- [324] Concernant les actions civiles, 223 ont été engagées en 2006. Les condamnations financières prononcées par les juridictions civiles et administratives s'élèvent à 925 000 euros en 2006, soit 3 fois plus qu'en 2005 (305 000 euros). En 2008, le total des condamnations s'élève à 3,5 millions €.
- [325] Enfin, 1 616 **procédures pénales** ont été engagées en 2006 par les caisses d'Assurance Maladie. Les personnes poursuivies risquent de la prison (ferme ou avec sursis) ou des condamnations financières. 143 personnes ont été condamnées à des peines de prison avec ou sans sursis (118 en 2005, soit une augmentation de 21,2%). Sur les 30 000 journées de prison prononcées en 2006, 79 % le sont avec sursis. En 2008, les actions engagées par les Caisses ont abouti à 230 condamnations pénales : les peines de prison sont d'une durée moyenne de 8 mois soit près de 49 000 journées de prison, dont plus de 15 000 pour la prison ferme. Le nombre de journées de prison ferme a été multiplié par 3 depuis 2005.

Annexe 1-3 : Fiche : Cadre juridique de la convention d'objectifs et de gestion

- [326] Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) ont été créées par les ordonnances de 1996. Comportant des engagements réciproques entre l'Etat et les caisses, elles déterminent les objectifs pluri-annuels de gestion assignés aux caisses, ainsi que leurs moyens de fonctionnement et les actions à mettre en œuvre. Une annexe annuelle au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) présente ces objectifs et, pour le dernier résultat clos, les résultats atteints.
- [327] En raison de l'originalité des missions de l'assurance maladie, qui ne se résument pas au service de prestations, la COG de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) revêt par nature une dimension particulière, qui se traduit d'ailleurs par des dispositions légales spécifiques à la branche.
- [328] La COG 2006-2009 a ainsi pris en compte la réforme de l'assurance maladie introduite par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui a renforcé le rôle de la CNAMTS et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) dans la régulation du système de santé (I).
- [329] La prochaine COG devra quant à elle tirer les conséquences des réformes introduites par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (II).

1. LA COG 2006-2009 S'INSCRIT DANS LE CONTEXTE DE L'EXTENSION DES COMPETENCES DE L'ASSURANCE MALADIE ORGANISEE PAR LA LOI DU 13 AOUT 2004

1.1. La réforme de l'assurance maladie a précisé les compétences de la branche et doté le directeur général de la CNAMTS de pouvoirs nouveaux, assis sur une légitimité renforcée

1.1.1. L'articulation des compétences entre l'Etat et l'assurance maladie a été précisée par la loi du 13 août 2004

- [330] En matière d'**articulation des politiques de santé et d'assurance maladie**, l'article L. 111-2-2 du code de la sécurité sociale (CSS) a précisé qu'en partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie « veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat ».
- [331] L'article L. 161-28-1 CSS dispose que le SNIIRAM contribue « à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé publique » (art 24 de la loi). L'article L 183-1 CSS prévoit depuis 1996 que les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) veillent à la « mise en œuvre par chacune des caisses des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional ».
- [332] Dans le champ strict de l'**assurance maladie**, les prérogatives de l'assurance maladie ont été renforcées, notamment par des transferts de compétence au profit de l'UNCAM dont les trois principaux sont les suivants :
- L'UNCAM s'est vue reconnaître la responsabilité de fixer les différents **niveaux de ticket modérateur** dans le cadre de fourchettes définies par le pouvoir réglementaire (R. 322-1

CSS). Le ministre chargé de la santé ne peut s'y opposer que par décision motivée pour des motifs de santé publique ;

- L'UNCAM s'est vue reconnaître la responsabilité principale de la **gestion de la nomenclature** des actes des professionnels de santé dans le cadre des évaluations scientifiques de la haute autorité (L 162-1-7 CSS). Ainsi, les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'UNCAM, après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Union nationale des organismes d'assurances maladie complémentaires (UNOCAM). Les actes ou prestations sont inscrits sur la liste au vu de leur service attendu qui prend en compte l'intérêt diagnostique ou thérapeutique de cet acte ou de cette prestation et son intérêt de santé publique. Les ministres compétents peuvent s'opposer aux décisions de l'UNCAM dans un délai de quarante cinq jours: cette opposition est motivée et notifiée. Passé ce délai, la décision est réputée approuvée. Le ministre chargé de la santé garde la possibilité de procéder d'office, par arrêt pris après avis de la HAS à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique ;
- L'UNCAM a enfin la responsabilité de **négoier et signer les accords conventionnels** avec les professionnels de santé. Le champ conventionnel a été élargi, notamment à la définition des avantages sociaux des professionnels de santé et aux dispositifs d'aide à l'installation (L. 162-14-1 CSS). En outre, l'assurance maladie peut désormais signer des conventions interprofessionnelles.

[333] Les compétences ont enfin été accrues dans les domaines du **médicament et des établissements de santé**, par une participation renforcée des régimes aux instances concourant à la définition des politiques en ces domaines :

- l'assurance maladie est désormais associée à la définition de la politique de financement des établissements de santé et des objectifs de dépenses en la matière dans le cadre d'un conseil de l'hospitalisation (L. 162-21-2)²⁷ et au suivi des dépenses relatives aux frais d'hospitalisations dans le cadre de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée créé par la LFSS pour 2007 (L. 162-21-3)²⁸.
- le comité économique des produits de santé comprend désormais trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie : deux désignés par le directeur général de la CNAMTS et l'autre désigné conjointement par le directeur de la Caisse nationale du RSI et le directeur de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

[334] A côté de ces compétences inter-régimes, l'article L 211-1 CSS précise que la CNAMTS, au titre du régime général, a notamment pour rôle :

- « de promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses régionales et les caisses primaires d'assurance maladie », dans le cadre des programmes prioritaires nationaux déclinés par la COG ;
- d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses régionales et des caisses primaires d'assurance maladie, sur lesquelles elle exerce un pouvoir de contrôle ;
- d'organiser et de diriger le contrôle médical ;
- de mettre en œuvre les actions conventionnelles ».

²⁷ L'assurance maladie y est représentée par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant et un représentant des organismes nationaux d'assurance maladie désigné par le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (arrêté du 7 mai 2007 pris en application de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale et fixant la composition et les modalités de fonctionnement du conseil de l'hospitalisation).

²⁸ L'assurance maladie y est représentée par cinq représentants désignés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Art D. 162-17 CSS issu du décret du 15 mai 2007 relatif à la composition et aux modalités de fonctionnement de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée). D'ici 2012, il sera procédé à une évaluation du fonctionnement de cet observatoire ; celle-ci devra se prononcer sur l'opportunité de le voir poursuivre son activité de façon autonome ou de le fusionner avec le conseil de l'hospitalisation.

1.1.2. La nouvelle gouvernance a renforcé les pouvoirs du directeur général de la CNAMTS

[335] La loi portant réforme de l'assurance maladie a réformé la gouvernance de l'assurance maladie et doté le directeur général de la CNAMTS de pouvoirs nouveaux - et distincts de ceux accordés aux autres directeurs de caisses nationales -, tant en matière de gestion de son réseau que de définition des politiques de santé et d'assurance maladie.

1.1.2.1. Le statut personnel du directeur général de la CNAMTS renforce sa légitimité

[336] Cette légitimité trouve sa source dans trois dispositions :

- dans les autres caisses nationales de sécurité sociale, le directeur est nommé par l'autorité compétente de l'Etat après avis du président du conseil d'administration. Pour la CNAMTS, le directeur général est nommé par décret pour une durée fixe de cinq ans, qui lui assure une relative stabilité dans ses fonctions : en effet, avant ce terme, il ne peut être mis fin à ses fonctions qu'après avis favorable du conseil à la majorité des 2/3. Le conseil (qui n'est plus « d'administration ») peut s'opposer à la proposition de nomination avec la même règle de majorité (L 221-3-1 CSS) ;
- le conseil d'administration de la CNAMTS est devenu un conseil. Ses missions sont définies à l'article L. 221-3 CSS sans qu'une parfaite cohérence existe entre les missions confiées à la CNAMTS et à l'UNCAM d'une part, au conseil de la CNAMTS et au conseil de l'UNCAM d'autre part. Le conseil de la CNAMTS détermine, sur la base de propositions du directeur général, les orientations de la politique de gestion du risque et les budgets nationaux de gestion et d'intervention. Le conseil peut demander, sur la base d'un avis motivé un second projet auquel il ne peut s'opposer qu'à la majorité des 2/3. En outre, le conseil détermine :
 - les orientations relatives à la contribution de l'assurance maladie à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, y compris les établissements de santé, et au bon usage de la prévention et des soins,
 - les orientations de la COG,
 - les principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes,
 - les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur,
 - les axes de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé, dans le respect des guides de bon usage des soins et de bonne pratique établis par la Haute Autorité de santé,
 - les orientations d'organisation du réseau des organismes régionaux, locaux et de leurs groupements ou unions.
- le directeur général de la CNAMTS est statutairement directeur général de l'UNCAM, la structure inter-régimes qui exerce les compétences de l'assurance maladie en matière de gestion du risque (L 182-2-2 CSS) et notamment les principaux pouvoirs délégués (convention, ticket modérateur, nomenclature). Si le conseil de l'UNCAM délibère sur les orientations de son domaine de compétence, c'est le directeur général de l'union qui est en première ligne. En effet, si le conseil adopte les mesures sur la participation des assurés (et peut demander un deuxième projet au collège des directeurs et s'opposer à celui-ci à la majorité des 2/3), il est simplement tenu informé de la mise en œuvre par le collège des trois directeurs des orientations sur la nomenclature. Le directeur général a

même mandat des directeurs des deux autres caisses nationales pour négocier et signer les conventions avec les professionnels de santé, dont le conseil est là aussi simplement « tenu informé ».

1.1.2.2. Le directeur général exerce un pilotage renforcé sur son réseau

[337] La réforme a accru les prérogatives du directeur général à un double point de vue :
-concernant la procédure de nomination des agents de direction de la branche maladie, le directeur général nomme le directeur ou l'agent comptable après avis du comité des carrières. Il doit cependant informer préalablement le conseil de l'organisme local ou régional, qui peut s'y opposer à la majorité des 2/3. En outre, il peut librement mettre fin aux fonctions du directeur local sous les seules garanties prévues par la convention collective (L. 217-3-1 CSS).

[338] Dans les autres branches, le directeur national ne pouvait jusqu'à présent que proposer au conseil d'administration régional ou local une liste de trois noms, établie après avis du comité des carrières. L'article 121 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a cependant prévu l'extension aux autres branches des dispositions propres à la CNAMTS en matière de nomination des directeurs locaux.

- le directeur général est chargé de prendre toutes les mesures nécessaires à l'organisation et au pilotage du réseau des caisses du régime général : il peut notamment définir les circonscriptions d'intervention des organismes locaux et confier à certains organismes (à l'échelon national, inter-régional, régional, ou départemental) la charge d'assumer certaines missions (gestion, service des prestations ...).

[339] Comme les autres directeurs nationaux, il peut prescrire aux organismes de bases toutes mesures tendant à améliorer leur gestion ou à garantir le respect de leurs budgets ou à assurer la compatibilité des initiatives informatiques locales avec les schémas nationaux. En cas de carence, il peut les mettre en demeure de prendre les mesures de redressement nécessaires voire se substituer à elles s'il le juge nécessaire.

1.2. *Le dispositif juridique prévu pour les COG ne paraît pas adapté aux responsabilités confiées à l'assurance maladie*

1.2.1.1. Les textes prévoient certaines modalités propres à la branche maladie ...

[340] Pour toutes les caisses concernées, les COG comportent des dispositions relatives aux objectifs d'amélioration de la qualité de service aux usagers ou de la productivité du réseau, ainsi que des objectifs concernant l'action sociale ou la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires régissant la gestion du risque ou le service des prestations.

[341] En outre, elles déterminent les conditions de conclusions d'avenants, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés. La COG de la CNAMTS 2006-2009 prévoit ainsi (chapitre 4.1) que chaque année l'Etat et la CNAMTS procèdent à une évaluation contradictoire de la convention qui donne lieu à un rapport au conseil de la CNAMTS. Elles peuvent prévoir des indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

[342] Enfin, un conseil de surveillance, composé notamment de parlementaires (et dans le cas de la CNAMTS de professions et établissements de santé) doit se réunir au moins deux fois par pour examiner les conditions de mise en œuvre de la COG et rendre un avis au Parlement sur celle-ci – exigence qui n'a pas été remplie.

[343] Concernant la branche maladie, plusieurs dispositions spécifiques existent :

- le conseil de la CNAMTS a pour rôle de déterminer les orientations de la COG. Si le président du conseil et le DG signent la COG (L. 221-3 CSS), la loi prévoit plus explicitement que le DG « négocie et signe » celle-ci (L. 221-3-1) ;
- Pour les organismes de la branche maladie autres que les caisses régionales, les CPG sont négociés signés par le directeur général de la CNAMTS et le directeur local – et non par les présidents et les directeurs comme pour les autres branches. Par ce biais, il exerce aussi une tutelle sur les délibérations des conseils. De fait le CPG est moins un contrat librement signé entre parties égales qu'un contrat d'objectifs assigné par un supérieur hiérarchique à une instance qui lui est subordonnée. Le DG peut aussi suspendre ou annuler toute délibération ou décision d'un organisme local qui méconnaîtrait les dispositions de la COG ou du CPG (L. 221-3-1) ;
- les articles L 162-1-8 et L. 227-1 CSS prévoyaient en outre une procédure d'avenant annuel tenant compte de l'ONDAM. Tombées en désuétude, ces dispositions ont été abrogées par une récente loi de simplification²⁹.

1.2.1.2. ...mais demeurent perfectibles en matière d'objectifs de dépenses

[344] Les outils nouveaux créés par la LAM avaient pour but de permettre à l'assurance maladie d'être davantage en mesure que par le passé de faire respecter les objectifs de dépenses fixés par le Parlement. Cette responsabilité financière apparaît en de multiples dispositions³⁰ :

- l'article L 161-28 précise que les caisses nationales d'assurance maladie ont pour mission de participer à la maîtrise de l'évolution des dépenses et prennent à cet effet toutes mesures d'organisation et de coordination, notamment pour la collecte, la vérification et la sécurité des informations sur les bénéficiaires et leurs prestations ;
- l'article L. 221-3-1 précise que le DG « prend les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement. Il informe dans les meilleurs délais, outre le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les commissions compétentes des assemblées, le ministre chargé de la sécurité sociale et le comité d'alerte des circonstances imprévues susceptibles d'entraîner un dépassement de ces objectifs »

[345] Au schéma initial, relativement clair, se sont cependant greffés de nouveaux dispositifs.

- L'assurance maladie est ainsi amenée à présenter chaque année des prévisions de dépenses et recettes et des propositions de mesures, tenant compte des objectifs de santé publique, permettant d'atteindre l'équilibre prévu dans un cadre pluri-annuel en amont de la préparation par le gouvernement du projet de loi de financement de la sécurité sociale (L 111-11 CSS). Depuis la LFSS 2006, ce rapport charges / produits est réalisé par l'UNCAM et transmis avant le 15 juin aux ministres et au Parlement après avoir été soumis pour avis au conseil. La LFSS pour 2009 a précisé qu'il devait inclure un bilan détaillé de la mise en œuvre et de l'impact financier des mesures proposées l'année précédente et adoptées par le Parlement, ainsi que des négociations conventionnelles ;
- Parallèlement, un comité d'alerte composé d'experts est chargé d'évaluer les risques de dépassement de l'ONDAM et de les rendre publics (L. 114-4-1 CSS). L'avis est transmis au gouvernement, au parlement et aux caisses nationales. Celles-ci doivent alors proposer des mesures de redressement dont l'impact financier est évalué par le comité.

²⁹ Loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures

³⁰ On notera que la loi HPST précise que les ARS « contribuent au respect de l'ONDAM » et que le projet régional de santé « se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et la loi de financement de la sécurité sociale » (art 118)

Des mesures peuvent aussi être prises par l'Etat, sans que cette faculté revête le caractère d'une obligation ;

- en matière de nomenclature, le conseil de l'UNCAM délibère « sur la base des principes généraux définis annuellement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » (L 182-2-3). A la connaissance de la mission, une seule lettre ministérielle datée du 23 mai 2005 a été adressée au DG. La mise en œuvre de cette lettre s'est en réalité effectuée de manière pluri-annuelle ; des décisions ont été prise par ailleurs soit dans le cadre de l'alerte en 2007, soit arbitrées dans le cadre des ONDAM successifs, soit prises ponctuellement, ce qui expliquerait le faible succès de cette disposition.
- En matière d'hospitalisation, l'assurance maladie est membre de deux structures qui jouent un rôle dans la construction de l'ONDAM, sans qu'elle soit ici en première ligne.

[346] Le décret du 7 mai 2007 relatif aux missions du conseil de l'hospitalisation a prévu qu'en vu de la préparation du PLFSS, le conseil de l'hospitalisation transmet chaque année, au plus tard le 15 juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale une proposition sur le montant des sous-objectifs de l'ONDAM relatifs aux dépenses des établissements de santé. Il a également prévu que ce conseil formule des recommandations sur les décisions, arrêtées par l'Etat, en matière d'objectifs de dépenses, de dotations nationales ou régionales (MIGAC notamment), de tarification prises en application de la LFSS

[347] Concernant l'observatoire économique de l'hospitalisation économique et privée, un décret du 15 mai 2007 précise qu'il remet aux ministres et au Parlement i) au plus tard le 30 mai, un rapport portant notamment sur les charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre de l'année précédente, ii) au plus tard le 15 octobre, un rapport portant notamment sur « les données d'activité de soins et les charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre du premier semestre de l'année en cours.» Lorsqu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM (alerte), l'avis de l'observatoire est requis avant que l'Etat modifie les tarifs applicables aux établissements en psychiatrie, soins de suite et réadaptation (L. 162-22-3) ou MCO (L. 162-22-10).

[348] Au bilan, il apparaît clairement que les mécanismes associant l'assurance maladie à la détermination et au suivi des objectifs de dépenses se sont développés hors du cadre contractuel de la COG, ce que démontrent in fine l'abrogation par la loi de simplification des dispositions systématisant un avenant annuel ou la non mise en œuvre de la disposition permettant de prendre des avenants en fonction de la LFSS.

2. LA NOUVELLE CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION DEVRA TENIR COMPTE DES MODIFICATIONS INTRODUITES PAR LA LOI HPST

[349] L'ARS sera chargée de la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Au-delà des missions précises qui lui sont assignées (autorisations, financements), leur action s'intégrera dans le cadre d'un projet régional de santé, constitué

- d'un plan stratégique, fixant orientations et objectifs de santé,
- de schémas régionaux en matière de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale,
- et de programmes déclinant ces schémas.

[350] Un programme pluri-annuel régional de gestion du risque comprenant les actions nationales définies dans le nouveau cadre Etat-UNCAM et des actions locales complémentaires, sera également intégré au PRS.

[351] La loi HPST a naturellement de fortes conséquences organisationnelles pour l'assurance maladie (suppression des URCAM et de la partie sanitaire des CRAM, transfert de personnels), qui peuvent être surmontées en cas de définition précise des répartitions de compétences. Des ambiguïtés persistent cependant, en l'attente de la promulgation de la loi et de ses décrets d'application.

2.1. Les responsabilités en matière de gestion du risque sont profondément affectées par la création de programmes pluriannuels régionaux de gestion du risque

2.1.1. La loi HPST crée un programme pluri-annuel régional de gestion du risque et un contrat entre l'Etat et l'UNCAM relatif aux objectifs pluriannuels de gestion du risque des trois régimes

[352] L'ARS a pour mission de définir et de mettre en œuvre avec l'assurance maladie les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des offreurs de soins.

[353] Le **programme pluri-annuel régional a donc deux composantes ; un volet national et un volet complémentaire tenant compte des spécificités régionales**. Les actions régionales sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'ARS, après concertation avec les représentants au niveau régional des régimes. Le programme (dans ses deux composantes, régionale et nationale) fait l'objet d'un contrat entre l'ARS et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort. Les CPG déclinent, outre le programme national, le programme régional.

[354] Indépendamment de la régionalisation opérée avec la création des ARS, le projet de loi prévoit de créer un **contrat liant l'Etat à l'UNCAM** qui ne serait pas une COG mais un contrat déterminant « les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'UNCAM visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins ». Comme pour les COG, ce contrat déterminera les conditions de conclusion d'avenants, notamment en fonction des LFSS. Il sera négocié et signé par le directeur général de l'UNCAM, sur mandat des deux autres directeurs de caisses nationales

Dans le droit positif actuel, un tel programme national de GDR existe de fait, mais sans avoir de réelle base légale, sauf au niveau régional.

En effet, l'article L 183-2-3 dispose qu'un contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion inter-régimes est conclu entre chaque URCAM et l'UNCAM. Ce contrat met en œuvre au plan régional les objectifs quantifiés d'amélioration de l'efficacité des soins, d'amélioration des pratiques et de bon usage, et précise les indicateurs associés à ces objectifs, les modalités d'évaluation des résultats des unions régionales et de mise en œuvre de la modulation des ressources notamment en fonction de ces résultats. Cette disposition permettait de garantir un pilotage national pour l'action des URCAM qui sont chargées en application du L 183-1 de définir dans leur ressort territorial une politique commune de gestion du risque, notamment dans le domaine des dépenses de soins de ville, et de veiller à sa mise en œuvre. Cette politique commune se traduit dans un programme régional commun à l'ensemble des organismes d'assurance maladie qui fait l'objet d'une actualisation annuelle.

Le contrat précise par ailleurs les moyens que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie estime nécessaires à la réalisation des objectifs fixés à chaque union régionale. Le suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion conclus avec les unions régionales fait l'objet d'une synthèse annuelle établie par l'union nationale.

[355] Ce schéma pose plusieurs questions

2.1.2. L'articulation entre l'UNCAM et le conseil national de pilotage des ARS doit être précisée

- [356] Les objectifs des directeurs généraux des ARS sont fixés dans le cadre d'un contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens signé par les ministres et le directeur général. Le texte de la loi HPST (article 118 – L. 1433-1 CSP nouveau) précise que ce conseil national de pilotage des ARS donne des directives aux ARS pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé et qu'il veille à la cohérence des politiques mises en œuvre en matière de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale **et de gestion du risque**. Le conseil valide toutes les instructions données aux ARS et « conduit l'animation du réseau de celles-ci ».
- [357] Dans le droit antérieur, il s'agissait d'une mission du directeur général de la CNAMTS (R221-10 : le DG assure la coordination et l'homogénéité de la gestion du risque sur l'ensemble du territoire).
- [358] Délicate est la question de la prise en compte par le contrat pluri-annuel d'objectifs de l'ARS des initiatives prises par l'assurance maladie en matière de gestion du risque ; la logique aurait pu plaider pour un contrat ARS-UNCAM. Dans le texte de la loi, et faute d'avoir retenu ce choix, l'inclusion du programme national de GDR dans le contrat liant les directeurs généraux d'ARS ministres paraît devoir être retenue.
- [359] On aboutit ainsi au **schéma suivant**
- volet national, faisant l'objet d'un contrat Etat-UNCAM, décliné dans le réseau AM par les CPG, inclus par l'ARS dans le programme régional ;
 - volet complémentaire, établi unilatéralement par l'ARS, décliné dans le réseau AM par le contrat ARS/organisme et inclus dans les CPG.

2.1.3. L'articulation du contrat Etat-UNCAM et de la COG de la CNAMTS peut être opérée de diverses manières

- [360] La bonne mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009 dépendra des choix, notamment en matière de calendrier, qui seront opérés:
- pour le **cadre national de contractualisation** entre l'Etat et la CNAMTS.
 - pour le **cadre territorial**. Les CPG assument avec la loi du 21 juillet un double rôle : décliner les priorités nationales de la CNAMTS (en tous domaines) et décliner les priorités régionales arrêtées par l'ARS (en matière de gestion du risque). En conséquence, l'outil de pilotage de la CNAMTS devient d'une certaine manière un outil partagé avec les ARS, ce qui requiert qu'une grande précision soit apportée aux modes coopératifs et contractuels.
- [361] L'existence de deux niveaux de contractualisation avec les mêmes acteurs³¹ pose une série de questions. La première concerne l'articulation des négociations et leur enjeu respectif. La seconde est celle de l'opérationnalité du dispositif. L'enchaînement de deux contrats coordonnés entre eux sur la gestion du risque présente le danger de retarder à l'excès la négociation des moyens qui reste le fondement des COG.
- [362] Un **premier scénario consiste à consacrer le monopole du contrat Etat-UNCAM en matière de gestion du risque** : il consisterait à distinguer nettement les rôles joués par chaque outil.
- [363] Il s'agirait de négocier au niveau du contrat Etat-UNCAM les objectifs (des actions nationales et des actions régionales complémentaires) et les effectifs affectés à la gestion du risque (praticiens conseils et administratifs) pour chacun des trois grands régimes. La COG Etat-CNAMTS ne comprendrait plus alors aucun engagement relatif à la gestion du risque, sauf les moyens de fonctionnement courant. Les directives adressées aux réseaux prendraient la forme ordinaire des lettres réseau plutôt que celle d'une contractualisation sur le mode des CPG.

³¹ Si les conseils sont différents, le DG de l'UNCAM est par définition DG de la CNAMTS.

- [364] **Un deuxième scénario consiste à distinguer niveaux stratégiques et opérationnels.** Le contrat Etat-UNCAM serait dans cette hypothèse un texte de portée stratégique dont les orientations seraient déclinées dans les COG qui ne porteraient que les objectifs opérationnels, assortis de la définition des moyens en effectifs et budgets.
- [365] Dans tous les cas, la **complexité de la contractualisation** pose des difficultés de calendrier
- **Au plan national**, les COG devant décliner les actions nationales définies dans le contrat UNCAM, elles sont automatiquement postérieures à ce dernier. La recommandation de négocier en parallèle des deux contrats permet de gagner du temps en terme de délais mais n'exclut pas qu'en cas de difficultés à conclure le contrat UNCAM, les COG soit repoussées. Ce report pose problème pour la négociation des moyens budgétaires pluriannuels.
 - Pour remédier à ce risque potentiel, il serait possible d'envisager une négociation en parallèle et, en cas de difficultés, une dissociation des outils. La COG serait négociée sur les aspects de la qualité de service et les moyens pluriannuels hors action de gestion du risque, lequel domaine ferait l'objet d'un avenant à la COG une fois signé le contrat en entre l'Etat et l'UNCAM. La situation calendaire particulière de la CCMSA (échéance 2010) et du RSI (échéance 2011) devra être prise en compte.
 - La question du séquençage des contrats au niveau national n'est donc pas problématique, la mise en place des CPG qui déclinent les priorités nationales peut être confrontée à des difficultés pendant la période de montée en charge des ARS.
 - En effet, **au plan local**, le bouclage dans les CPG du programme pluriannuel régional de gestion du risque qui comprend la déclinaison des actions nationales et les actions complémentaires demande une adaptation pendant la phase transitoire de montée en charge des ARS.
- [366] Comme le programme de gestion du risque est intégré dans le projet régional de santé, un délai de préparation de ce projet stratégique pour les actions des ARS sera nécessaire. Il faudra alors définir les modalités opérationnelles permettant au dispositif contractuel de continuer à fonctionner normalement, notamment sur la partie relative aux autres missions et moyens des organismes.
- Une première solution est de dissocier le programme pluriannuel régional de gestion du risque et le projet régional de santé.
 - Les deux programmes et projet sont en ce cas préparés en parallèle mais, dès que le programme pluriannuel régional de gestion du risque est prêt, il est mis en œuvre dans les CPG sans attendre formellement l'adoption du projet régional de santé. Le programme de gestion du risque appelle une concertation avec le représentant des régimes d'assurance maladie dans la région, formalité plus simple que l'adoption du projet régional de santé. Par ailleurs les CPG déclinent les objectifs concernant la gestion de l'entreprise et la gestion du risque. Sans CPG, il n'y a plus de pilotage du réseau par la caisse nationale.
 - S'il fallait du temps pour caler l'ensemble des actions régionales, il serait possible d'envisager un scénario dégradé.
 - Pendant une phase transitoire, les CPG ne déclinaient que les objectifs de productivité et de service ainsi que les programmes nationaux de gestion du risque. Par avenant, les CPG pourraient intégrer le volet régional de gestion du risque dès qu'il aura été arrêté par l'ARS.

2.2. *La coordination des interventions de l'ARS et de l'assurance maladie en matière de relations avec les professionnels de santé conventionnés devra également être prise en compte*

2.2.1. En termes d'organisation des soins

[367] La loi HPST confie à l'ARS le soin de « réguler, orienter et organiser l'offre de services de santé, afin de répondre aux besoins en matière de santé et de garantir l'efficacité du système de santé ». A ce titre, elles devront « veiller à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins en santé de la population » dans le cadre d'un SROS (art 188- L 1431-1 CSP nouveau).

[368] Le SROS devra indiquer, par territoire de santé, les besoins en implantation des offreurs de soins libéraux (y/c centres de santé, maisons de santé, réseaux). Il déterminera les zones de mise en œuvre des incitations à l'installation prévues par **les conventions**³² ou résultant du refus du contrat de solidarité (Art 43 HPST).

2.2.2. En termes d'aides à l'installation

[369] Les ARS devront également « contribuer à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ». Or les conventions des différentes professions définissent (L 162-14-1) :

[370] « 4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du présent code ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. »

[371] L'ARS devra donc piloter un travail commun CPAM-Ordres professionnels-collectivités locales.

2.2.3. En termes de permanence des soins

[372] Enfin, l'ARS organisera la mission de service public de la permanence des soins et déterminera la rémunération spécifique des PS pour leur participation à la PDS.

[373] Or le CSS dispose (L 162-5 – 16°) que la convention des médecins prévoit « les modes de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant autres que le paiement à l'acte, de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins »

³² Pour les médecins, la convention détermine (L. 162-5 20°) « les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

2.2.4. En termes de contractualisation

[374] Les conventions ont un domaine de compétence large et sans cesse croissant. Elles déterminent les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, ainsi que les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés et une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique.

En particulier, la convention des médecins a compétence pour déterminer (L 162-5 - 12°):

12° a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés.

[375] La loi HPST (art 118) prévoit que l'ARS conclue des CPOM avec les établissements de santé, les réseaux, pôles de santé, maisons de santé. En outre, elle **pourra proposer aux professionnels de santé et établissements d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins.**

[376] Ces contrats fixeront des engagements et des contreparties financières, financées sur le FIQCS et les MIGAC. Ils seront conformes à un contrat type national, adopté par les parties conventionnelles (UNCAM/professionnels) pour les libéraux, par l'UNCAM et les ministres pour les établissements. En l'absence de contrat-type national, l'ARS pourra proposer un contrat-type régional.

[377] L'articulation avec les contrats de bon usage des soins (162-12-17), les contrats de bonne pratique (L. 162-12-18), les contrats de santé publique (L. 162-12-20), les CAPI (L 162-12-21), le contrat exercice regroupé (L 183-1-2)³³ devra être précisée. La convention médicale a déjà compétence (L. 162-5 -6°) pour les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent.

2.2.5. En termes de coopération entre professionnels de santé

[378] La loi HPST vise à favoriser les coopérations entre professionnels de santé afin d'opérer des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient (art 51). Dans la procédure retenue, les professionnels soumettront à l'ARS des protocoles de coopération, l'agence vérifiant qu'ils répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional et les soumettant à la HAS, qui pourra le cas échéant les étendre à tout le territoire national.

[379] Cette mesure doit s'articuler avec le domaine conventionnel qui, sur la coordination des soins notamment, a des compétences proches.

³³ « Les unions régionales des caisses d'assurance maladie peuvent conclure des contrats avec des professionnels de santé libéraux dans le but de les inciter à un exercice regroupé, notamment dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Ces contrats prévoient des engagements des professionnels concernés portant notamment sur l'amélioration des pratiques et, le cas échéant, les dépenses d'assurance maladie prescrites par ces professionnels, ainsi que les modalités d'évaluation du respect de ces engagements »

2.3. *Les projets en matière de suivi des patients ne devront pas être redondants*

- [380] La loi HPST propose une définition de l'éducation thérapeutique du patient (article 84). Celle-ci a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Cette éducation thérapeutique comprend plusieurs volets :
- les programmes d'éducation thérapeutique qui sont mis en œuvre au plan local, par décision de l'ARS et sur la base d'un cahier des charges national. Ils sont évalués par la HAS
 - les actions d'accompagnement, qui ont pour objet d'apporter assistance et soutien aux malades et à leurs entourages. Elles sont conformes à un cahier des charges national
 - les programmes d'apprentissage qui ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant. Ils sont soumis à autorisation délivrée par l'Afssaps.
- [381] En outre, la loi HPST confie à l'ARS le soin de « définir et financer des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie » (art 188- L 1431-1 CSP nouveau)
- [382] Enfin, elles ont pour mission de « veiller à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion » (art 188- L 1431-1 CSP nouveau)
- [383] La bonne coordination de ces dispositifs avec la mission générale de l'assurance maladie de « veiller à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés », avec la mission de la CNAMTS de « promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants » devra être assurée.
- [384] En effet, l'article L 162-1-11 en particulier dispose que « les caisses peuvent également mettre en œuvre des services de conseils administratifs ou d'orientation. Ces services doivent permettre aux assurés de disposer des informations nécessaires pour accéder à la prévention et aux soins dans les meilleures conditions (...) Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé ».
- [385] Il est déjà prévu dans la loi qu'au titre de leur mission de prévention, les ARS attribueront, dans des conditions fixées par les COG de la CNAMTS, de la MSA et du RSI, des crédits provenant des fonds de prévention (FNPEIS pour la CNAMTS) et destinés à financer des actions de prévention d'éducation et d'information sanitaires. Un arrêté fixera la contribution de chaque caisse nationale aux actions de prévention de l'ARS.
- [386] On notera qu'entre dans le champ de la convention des médecins (L 162-5 – 5°) les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales.

Sommaire - Annexe 2

ANNEXE 2 : EFFICIENCE ET PRODUCTIVITE DE LA BRANCHE.....	83
1. LES OBJECTIFS GLOBAUX SONT ATTEINTS MAIS LES RESULTATS ENTRE LES CAISSES RESTENT TRES DISPERSES ET ON N’OBSERVE PAS DE RENDEMENTS CROISSANTS	83
1.1. <i>Le cœur de métier des caisses restent le service des prestations.....</i>	83
1.2. <i>Les outils de suivi de la productivité et des coûts ont une précision parfois insuffisante et une adéquation à l’activité très imparfaite.....</i>	84
1.3. <i>L’activité de production croit et la productivité globale s’améliore de manière constante</i>	87
1.4. <i>Le potentiel d’amélioration lié à la dématérialisation reste important.....</i>	95
1.5. <i>La réduction des écarts de productivité, l’organisation du réseau et de la répartition des activités sont beaucoup moins avancés</i>	99
2. LES BESOINS EN EFFECTIFS DE LA BRANCHE MALADIE POUR FAIRE FACE A SON ACTIVITE FUTURE	110
2.1. <i>Une activité qui va continuer de croître</i>	110
2.2. <i>Les besoins de la branche selon plusieurs scénarios d’évolution de la productivité</i>	111
2.3. <i>L’évolution des effectifs doit concourir de manière significative à l’amélioration de la productivité.....</i>	120
ANNEXE 2.1 : ANALYSE DU PROCESSUS DROITS DE BASE ET OPTIONNEL	123
1. DONNEES GENERALES	123
2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D’ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008	124
2.1. <i>Pour l’ensemble des caisses</i>	124
2.2. <i>Avec un retraitement simplifié.....</i>	125
ANNEXE 2.2 : ANALYSE DU PROCESSUS CMU.....	127
1. DONNEES GENERALES	127
2. ANALYSE DE LA RELATION ENTRE VOLUME D’ACTIVITE ET PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008	128
2.1. <i>Pour l’ensemble des caisses</i>	128
2.2. <i>Avec un retraitement simplifié.....</i>	129
ANNEXE 2.3 : ANALYSE DU PROCESSUS FSP MANUEL.....	131
1. DONNEES GENERALES.....	131
2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D’ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2006 ET 2008.....	132
2.1. <i>Pour l’ensemble des caisses</i>	132
2.2. <i>Avec retraitement simplifié.....</i>	133
ANNEXE 2.4 : ANALYSE DU PROCESSUS FSE + B2	135
1. DONNEES GENERALES	135

2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008	136
2.1. Pour l'ensemble des caisses	136
2.2. Avec un retraitement simplifié.....	137
ANNEXE 2.5 : ANALYSE DU PROCESSUS FSP SCAN	139
1. DONNEES GENERALES.....	139
2. ANALYSE DE LA RELATTION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008	140
2.1. Pour toutes les caisses	140
2.2. Avec un retraitement simplifié.....	141
ANNEXE 2.6 : ANALYSE DU PROCESSUS IJ MALADIE, MATERNITE, PATERNITE..	143
1. DONNEES GENERALES	143
2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2006 ET 2008	144
2.1. Pour l'ensemble des caisses	144
2.2. Avec un retraitement simplifié.....	145
ANNEXE 2.7 : ANALYSE DE PLUSIEURS PROCESSUS SUPPORT.....	147
1. DONNEES GENERALES	147
2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2006 ET 2008	148
2.1. Pour l'ensemble des caisses	148
2.2. Avec un retraitement simplifié.....	149
ANNEXE 2.8 : ANALYSE DU PROCESSUS ACCUEIL PHYSIQUE	151
1. DONNEES GENERALES.....	151
2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008	152
2.1. Pour l'ensemble des caisses	152
2.2. Avec un retraitement simplifié.....	153
ANNEXE 2.9 : ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS PAR INDICATEURS CPG FONCTION DE PRODUCTION ET FONCTIONS SUPPORT	155
1. PRODUCTIVITE DE LA PRODUCTION.....	155
2. PRODUCTIVITE FONCTIONS SUPPORT	156
ANNEXE 2.10 : SIMULATION D'EVOLUTION DES BESOINS EN ETP PAR CAISSE LIES A LA REDUCTION DES ECARTS DE PRODUCTIVITE	159
1. SCENARIO PRODUCTIVITE DE REFERENCE	159
2. SCENARIO PRODUCTIVITE DE REFERENCE DEGRADEE DE 15%.....	162
3. SCENARIO PRODUCTIVITE DE REFERENCE DEGRADEE DE 30%	165

Annexe 2 : Efficience et productivité de la branche

[387] Cette annexe est essentiellement consacrée à l'évolution de l'organisation de la production, des effectifs et de la productivité des caisses primaires d'assurance maladie. Ce choix des seules caisses primaires au sein d'un réseau constitué de plusieurs organismes est dicté par le poids du réseau des CPAM. En effet, elles occupent plus des trois quarts des effectifs du régime général.

Tableau 33 : Répartition des ETP en CDI entre les différents réseaux du régime général de l'assurance maladie

Catégorie d'organismes	ETP en CDI au 31/12/08	Poids
CGSS	1 783,8	2,4%
CPAM	56 502,9	74,9%
CRAM	5 713,0	7,6%
CTI	561,6	0,7%
URCAM	292,7	0,4%
CNAMTS	1 939,4	2,6%
DRSM PA	6 369,7	8,4%
DRSM PC	2 285,7	3,0%
Total	75 448,8	100%

Source : Base UCANSS, fichier annuel, personnel présent et rémunéré au 31 décembre, CCN, FNG, CDI

1. LES OBJECTIFS GLOBAUX SONT ATTEINTS MAIS LES RESULTATS ENTRE LES CAISSES RESTENT TRES DISPENSES ET ON N'OBSERVE PAS DE RENDEMENTS CROISSANTS

1.1. *Le cœur de métier des caisses restent le service des prestations*

[388] Le premier rôle des caisses primaires consiste à accueillir les usagers et à servir des prestations. Les fonctions de liquidation et d'accueil occupent plus des deux tiers des effectifs.

[389] Dans la continuité de la réforme de l'assurance maladie en 2004, le projet d'entreprise puis la convention d'objectif et de gestion ont formalisé et défini la mise en œuvre de nouveaux axes d'intervention pour la CNAMTS.

[390] Le plus important est le développement de l'activité de gestion du risque que le régime général a souhaité engager conformément aux termes de la loi de 2004 sur la réforme de l'assurance maladie. Cette orientation stratégique s'est traduite au niveau des caisses primaires par le développement d'un nouveau métier, celui de délégué de l'assurance maladie et in fine par la consolidation dans l'ensemble des CPAM d'un service dit de « régulation ». On observera que les effectifs consacrés à cette activité restent très en deçà de ceux qu'il faut mobiliser pour exercer ce que la convention d'objectif et gestion qualifie de « cœur de métier de l'assurance maladie », à savoir la production.

[391] Le deuxième axe stratégique concerne la fonction d'accueil ou plus largement la gestion de la relation clients. Il s'agit selon le projet d'entreprise de « passer d'une logique de production de masse à une logique de services de proximité ». Cela s'est traduit par la mise en place de parcours attentionnés pour les publics précaires, par le développement d'une offre de services par téléphone, par internet, et la mise en place d'une véritable gestion de la relation client. Au total, la mission note une réelle professionnalisation de la fonction « relations clients » qui par ailleurs connaît dans certaines caisses quelques extensions.

[392] De sorte que les caisses primaires exercent trois métiers :

- un métier de liquidation des prestations, qualifié de production ;
- un métier de relations clients qui recouvre la fonction d'accueil physique mais aussi téléphonique et tous les services mis à disposition des assurés et des professionnels de santé sur internet ;
- enfin un métier de gestionnaire du risque, exercé en lien étroit avec le service médical (cf. annexe relative à la gestion du risque).

Tableau 34 : Répartition par pôles des ETP rémunérés en CPAM (en 2008)

	CDI	% / total	CDI + CDD	% / total
Production	29 080,9	51,5%	30 317,7	51,5%
Logistique	12 643,4	22,4%	13 181,2	22,4%
Relation clients	10 292,4	18,2%	10 730,1	18,2%
Régulation	4 486,2	7,9%	4 677,0	7,9%
Total	56 502,9	100,0%	58 906,0	100,0%

Source : Base UCANSS, fichiers annuel 2008, etp annuels rémunérés, CCN, FNGA+FNCM, CDI+CDD, pour les CDI personnels présents et rémunérés au 31 décembre, CCN, FNGA+FNCM

[393] Pour concrétiser ses nouvelles orientations, se doter de moyens pour contribuer à la gestion du risque ou améliorer la qualité de service et développer ses relations clients, l'assurance maladie a profité des gains de productivité réalisés sur la partie production.

Tableau 35 : Evolution de la répartition par pôles des ETP annuels rémunérés en CPAM (2005, 2008)

	2005	2008	Evolution
Production	34 865,6	30 317,7	-4 547,9
Logistique	14 038,8	13 181,2	-857,6
Relations clients	10 362,1	10 730,1	368,0
Régulation	3 587,5	4 677,0	1 089,5
Total	62 854,0	58 906,0	-3 948,0

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

1.2. Les outils de suivi de la productivité et des coûts ont une précision parfois insuffisante et une adéquation à l'activité très imparfaite

[394] Le système mis en place par l'assurance maladie pour suivre l'évolution de la productivité comprend plusieurs outils dont les niveaux de finesse et de précision diffèrent.

- [395] Bien qu'il existe un dispositif de comptabilité analytique ancien au sein des caisses primaires le dialogue entre la caisse nationale et les caisses primaires se structure autour d'une approche beaucoup plus globale. Deux indicateurs de productivité, un pour la production l'autre pour les fonctions supports, figurent dans le volet management des contrats pluriannuels de gestion (CPG). En outre un indicateur, le coût du bénéficiaire actif pondéré (BAP), tente de faire la synthèse, avec les limites évoquées ci-dessous, de la productivité des différentes activités de la caisse.
- [396] Si l'outillage est en place, la caisse nationale en est restée à un pilotage assez sommaire de la productivité et des efforts à réaliser par les caisses primaires.

1.2.1. Le coût du BAP est entaché des défauts de l'indicateur « bénéficiaire actif pondéré (BAP) » dont la refonte prévue à la COG n'a pas été faite

- [397] L'indicateur coût du BAP rapport l'ensemble des dépenses de gestion de la caisse au nombre de bénéficiaires actifs pondérés (BAP).
- [398] Or l'unité BAP semble aujourd'hui très imparfaite. De par sa définition on peut légitimement estimer que les BAP représentent une approche des inductions de charges. On l'approche par le nombre d'allocataires et le nombre de cellules actes.
- [399] Elle n'a pas suivi l'évolution de l'activité des caisses. D'une part elle ne tient pas compte de la dématérialisation en comptabilisant de la même manière des feuilles de soins électroniques et des feuilles de soins papier alors que les charges d'activité pour les traiter ne sont pas comparables. On rappellera que le nombre de BAP par ETP est un des indicateurs qui détermine l'intéressement collectif. Cet indicateur compte pour 20% dans la mesure de la performance selon la méthode retenue pour déterminer l'intéressement collectif. (Cf. annexe relative aux ressources humaines).
- [400] D'autre part, le BAP ne permet pas de retranscrire directement et fidèlement l'activité développée par les caisses en matière de régulation voire même de services clients. En effet, ont été ajoutés au BAP le nombre de professionnels de santé et le nombre d'établissements de santé présents sur le ressort géographique de la caisse. Si l'on sait, sans toutefois pouvoir l'objectiver, que la densité de l'offre de soins a un impact sur les pratiques, la confusion naît surtout de l'assimilation de l'activité de la caisse à une estimation des « besoins ».
- [401] Cet indicateur composite d'activité est aujourd'hui contestable. Sa refonte a été prévue par la convention d'objectif et de gestion. Un groupe de travail de la branche a rendu des conclusions et formulé des préconisations. La mission n'a pas eu connaissance des ces documents qui étaient encore en instance d'arbitrage par la direction générale.
- [402] Par extension l'indicateur de productivité coût du BAP se retrouve entaché des mêmes défauts. Le BAP, qui est d'abord le reflet de l'activité de production, est rapporté à l'ensemble des dépenses toutes activités confondues. Bien que cela puisse constituer une solution transitoire compte tenu du poids prédominant de l'activité de production on ne peut se satisfaire d'un indicateur dont le numérateur et le dénominateur couvrent différemment le champ d'activité d'une caisse.

1.2.2. Les indicateurs de productivité CPG assimilent décomptes électroniques et décomptes papier

- [403] Le dispositif de contractualisation avec les caisses utilisent d'autres indicateurs pour suivre la productivité. Les deux indicateurs figurant au CPG sont définis comme suit :
- Sur la fonction de production : nombre de décomptes par ETP du pôle production (hors absences de longue durée). L'objectif est calculé en rapportant le résultat de la caisse au résultat national N-1 et en multipliant ce ratio par l'objectif national de l'année à venir.
 - Sur les fonctions support : ETP fonction par rapport à somme des ETP toutes activités confondues.

- [404] On peut s'interroger sur la pluralité des modalités de suivi de la productivité. Malgré les défauts du BAP, on peut observer qu'il est également utilisé au niveau national pour rendre compte de la productivité nationale.
- [405] Sur le fond, l'indicateur de productivité du pôle production souffre du même défaut que le BAP. Il comptabilise de la même manière les décomptes qu'ils soient électroniques ou non, alors que les charges d'activité ne sont pas comparables.
- [406] Par ailleurs, il n'existe aucun indicateur de productivité dans les CPG pour les fonctions de relations client et de régulation.

1.2.3. La comptabilité analytique est partielle, perfectible, mais constitue déjà un outil essentiel de pilotage

- [407] Les caisses primaires de l'assurance maladie disposent également d'une comptabilité analytique qui permet un suivi beaucoup plus fin que les deux outils précédents. Cette comptabilité analytique retrace pour tous les processus des trois grands pôles, le nombre d'unités d'œuvres constaté chaque année et les ETP mobilisés pour les traiter.
- [408] La caisse nationale consolide les résultats et met à disposition du réseau les résultats nationaux et locaux pour l'ensemble des processus.
- [409] Cet outil est un élément essentiel, et un avantage important dont peuvent profiter les équipes de direction des caisses pour piloter leur activité. La mission a pu observer lors de ses déplacements que l'outil était utilisé en particulier pour se comparer aux caisses de taille équivalente. C'est aussi un outil fondamental pour la CNAMTS pour piloter l'évolution du réseau et notamment la réduction des écarts de productivité.
- [410] Il faut néanmoins tenir compte de plusieurs limites qui sont plus ou moins importantes selon l'activité concernée :
- il ne s'agit pas d'une comptabilisation de l'ensemble des dépenses. On ne retrouve pas dans cette comptabilité les dépenses de fonctionnement courant liées à l'immobilier, l'électricité, ou encore à l'entretien. Elle ne satisfait donc que partiellement que l'engagement formalisé dans la COG précisant que la comptabilité analytique doit couvrir l'ensemble du champ d'activité de l'assurance maladie et facilitant la comparaison des coûts. Si en cela cette comptabilité ne va pas au terme l'exercice elle reste un outil très intéressant ;
 - le système est déclaratif ;
 - le suivi est fait à postériori ;
 - il est parfois difficile de faire un partage précis des moyens contribuant à chaque processus. Cette limite s'applique en particulier lorsque la polyvalence est forte. Mais elle pèse surtout sur les métiers de la gestion du risque et de la régulation qui participent à différents processus dans des proportions aujourd'hui assez mal connues. Pour perfectionner et fiabiliser ce système la CNAM est en train de déployer dans le réseau l'outil OSCARR qui va permettre un suivi précis des temps consacrés à chaque processus. Le déploiement devrait être terminé en 2009 ;
- [411] Ces limites sont réelles, mais touchent principalement les nouvelles activités des caisses primaire en particulier la gestion du risque. En ce qui concerne leur cœur de métier, à savoir le versement des prestations, la comptabilisation pose moins de difficultés et la répartition des effectifs par processus ne pose pas vraiment de difficultés, comme l'ont confirmé les caisses visitées par la mission

Recommandation n°34 : La mise en place d'une comptabilité analytique complète devrait être un des engagements prioritaires de la prochaine COG

1.3. L'activité de production croît et la productivité globale s'améliore de manière constante

[412] Comme la mission l'a déjà souligné, la production, c'est-à-dire la liquidation des prestations et l'accueil, représente la très grande partie de l'activité des caisses. C'est pourquoi la mission y porte une attention particulière.

[413] La production est organisée en trois pôles d'activité qui correspond à un découpage selon une logique de services mais aussi en fonction des types de prestations : prestations en espèce, prestations en nature, gestion des bénéficiaires qui recouvre toute la gestion administratives des assurés (inscription, mutation, changement d'adresse...).

1.3.1. La productivité globale est en amélioration constante

1.3.1.1. L'objectif d'efficience fixé par la COG est nettement dépassé dès 2008.

[414] Un objectif d'amélioration de l'efficience de 6% sur la période de la COG était prévu dans la convention. La convention fixait une augmentation du nombre de BAP par ETP de 6% sur la période. Dès la fin de l'année 2008 cet objectif était nettement dépassé puisque entre fin 2005 et fin 2008 l'efficience mesurée ainsi s'était améliorée de plus de 9% quelle que soit la méthode utilisée (par rapport à l'évolution des bénéficiaires consommateurs³⁴ ou de l'évolution du nombre de BAP).

Tableau 36 : Evolution de la productivité globale entre 2005 et 2008 selon l'indicateur figurant à la COG

	2005	2008	Evolution
Nombre d'ETP	83 397	78 287	-6,1%
Nombre de bénéficiaires consommateurs	49 213 161	50 509 051	2,6%
Nb de bénéficiaires consommateurs par ETP	590,11	645,18	9,3%

Source : CNAMTS, UCANSS pour les ETP annuels rémunérés CDI + CDD, calculs fait par la mission

Tableau 37 : Evolution de l'efficience entre 2005 et 2008 selon la définition figurant à la COG

	2005	2008	Evolution
Nombre de BAP	47 743 505	48 958 807	2,5%
Nombre d'ETP	83 397	78 287	-6,1%
nb de BAP/ETP	572	625	9,2%

Source : CNAMTS, UCANSS pour les ETP annuels rémunérés CDI + CDD, calculs fait par la mission

[415] L'analyse de la productivité par ce seul indicateur est toutefois contestable sur le plan méthodologique. Le dénombrement des bénéficiaires consommateurs ou des BAP n'est pas un inducteur d'activité précis et adapté aux processus de la branche. En effet, ce ratio fait abstraction de la dématérialisation dont il faudrait tenir compte pour analyser précisément l'évolution de l'efficience. Par ailleurs l'augmentation du nombre de bénéficiaires consommateurs ou des BAP ne se traduit pas par une augmentation proportionnelle de l'activité des caisses notamment lorsqu'on la traduit en nombre de cellules actes. XXX définition

³⁴ Un bénéficiaire consommant est un bénéficiaire ayant consommé au moins une fois dans l'année

1.3.1.2. L'objectif de 6% d'efficacité globale est aussi dépassé dès 2008 si l'on prend en compte les coûts

[416] En prenant en compte le coût du BAP on peut aussi noter que le gain d'efficacité est supérieur dès 2008 à l'objectif fixé par la COG. Les gains sont inférieurs de 2% en comparaison de la méthode précédente les calculs ayant été réalisés en euros courants.

Tableau 38 : Evolution du nombre de BAP et du coût du BAP entre 2005 et 2008

	2005	2008	Evolution
Nombre de BAP	47 743 505	48 958 807	2,5%
Coût du BAP (en € courants)	67,4	62,5	-7,3%

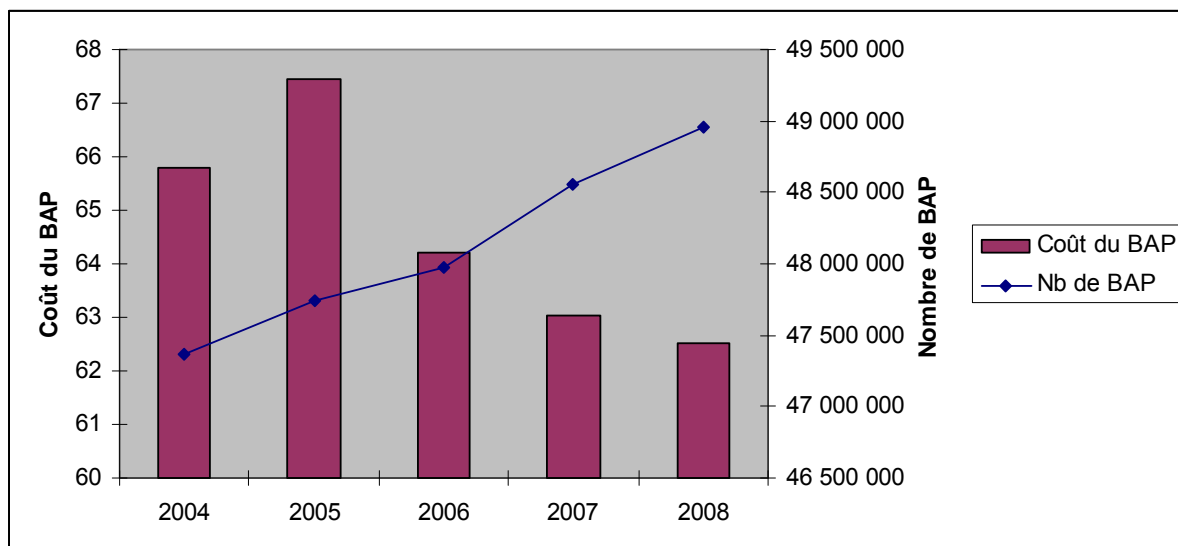
Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

Tableau 39 : Evolution du coût du BAP et du nombre de BAP

	2004	2005	2006	2007	2008
Coût du BAP (€ courants)	65,78	67,43	64,22	63,04	62,51
Nombre de BAP	47 368 135	47 743 505	47 974 858	48 562 328	48 958 807
Variation annuelle du coût du BAP	-1,15%	2,51%	-4,76%	-1,84%	-0,84%
Variation annuelle du nombre de BAP	0,70%	0,79%	0,48%	1,22%	0,82%

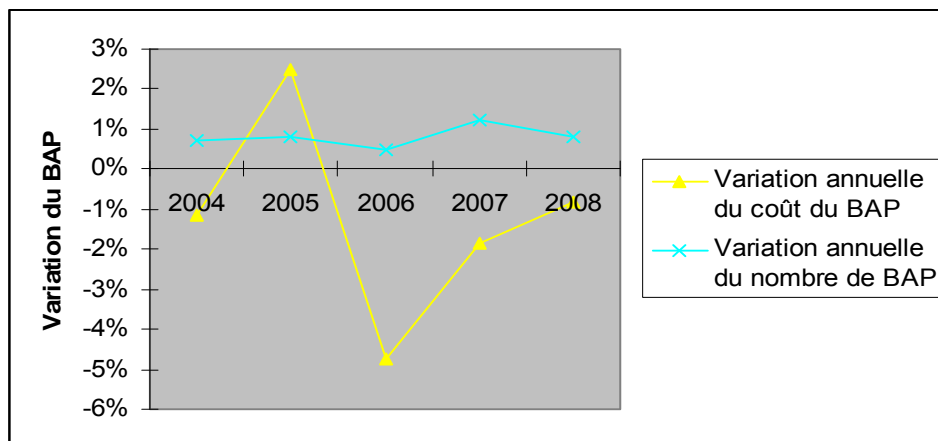
Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

Graphique 3 : Evolution du coût du BAP (€ courants) et du nombre de BAP



Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

Graphique 4 : Comparaison de la variation annuelle du coût du BAP et du nombre de BAP



Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

[417] On notera cependant que la décre du coût du BAP ne suit pas un rythme régulier. Après une augmentation de 2004 à 2005 le coût du BAP a connu un rythme de baisse très important. Depuis 2007 le rythme est moins soutenu s'établissant entre 1 et 2%.

1.3.1.3. L'analyse de la productivité à partir des données de la comptabilité analytique montre l'impact de la dématérialisation et révèle des différences importantes entre processus

[418] Pour compléter et affiner l'analyse de l'évolution de la productivité globale, la mission a analysé son évolution sur les processus les plus importants en termes d'activité et de moyens mobilisés.

[419] Cette méthode permet de confirmer les gains de productivité réalisés. En premier si les progrès sont très variables d'un processus à l'autre, voire même que la productivité s'est dégradée pour certains d'entre eux, les gains de productivité les plus importants ont été réalisés sur le processus de traitement des FSE et des flux B2 (cf. tableau ci-dessous).

[420] Par contre, on observera la dégradation significative de la productivité du processus FSP manuel. Elle est probablement due à un certain retard des organisations au regard de la progression de la dématérialisation des feuilles de soins. Les effectifs restent affectés à ce processus alors que le report vers les FSE s'est accru. Si l'effort sur le processus FSE a été réel, les transferts des flux papier vers les flux électronique n'ont pas encore produits tous leurs effets.

[421] La productivité des fonctions support reste à un niveau stable, tandis que l'on observe une progression modérée en matière d'accueil physique.

Tableau 40 : Evolution de la productivité (nombre d'unités d'œuvre par ETP) sur quelques processus entre 2006 et 2008

Processus	2006	2007	2008	Evolution 2006-2008
Droit de base	19 756	21 476	22 542	14,10%
CMU (1140)	3 673	3 750	3 356	-8,63%
Remboursement FSP Manuel	15 479	14 192	13 720	-11,37%
Remboursement FSE + B2	169 077	185 875	197 916	17,06%
Remboursement FSP Scanner	51 674	52 666	52 299	1,21%
IJ maladie/maternité/paternité	5 710	5 966	6 473	13,37%
Fonctions supports	13,95	14,08	13,90	-0,38%
Accueil physique	6 943	6 959	7 224	4,05%

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

[422] L'impact de la dématérialisation a été significatif entre les années 2004 et 2008. en 2004, il fallait 1,4 ETP pour traiter 100 000 décomptes, qu'ils soient électroniques alors qu'en 2008 seulement 1 ETP est nécessaire.

Tableau 41 : Evolution de la dématérialisation de la feuille de soins et des productivités des processus afférents

Processus	2004				2008			
	ETP	Nb de décomptes	Répartition	Nb d'ETP pour 100 000 décomptes	ETP	Nb de décomptes	Répartition	Nb d'ETP pour 100 000 décomptes
Remb. FSP manuel	7 036	115 340 782	11%	6,1	4 144	56 860 355	5%	7,3
Remb. FSE + B2	5 491	778 314 333	77%	0,7	4 521	894 821 422	84%	0,5
Remb. FSP Scanner	1 960	115 264 869	11%	1,7	2 181	114 071 168	11%	1,9
Total	14 487	1 008 919 984	100%	1,4	10 847	1 065 752 945	100%	1,0

Source : CNAMTS, Comptabilité analytique, calculs faits par la mission

[423] Une large partie de cette évolution trouve son explication dans la croissance de la dématérialisation passée de 77% en 84% en 2008. Pour isoler l'impact sur les effectifs de la dématérialisation entre 2004 et 2008, il faut appliquer le taux de dématérialisation de 2004 aux données de l'exercice 2008. Après avoir les effectifs qui auraient été nécessaires pour traiter les décomptes de 2008 avec le taux de dématérialisation de 2004 et les productivités de 2008, on peut, par comparaison avec les effectifs réels donnés par la comptabilité analytique pour 2008, en déduire l'évolution des ETP.

[424] Comme le montre le tableau ci-dessous cette évolution a été très significative, puisque l'augmentation de la dématérialisation à réduit de plus de 4 000 les besoins de la branche maladie en ETP pour traiter l'ensemble des feuilles de soins.

Tableau 42 : Impact de la dématérialisation des feuilles de soins entre 2004 et 2008

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

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

1.3.1.4. Au-delà de la dématérialisation les progrès réalisés s'expliquent par un mouvement de réorganisation de la fonction production des caisses comme par une rationalisation des processus

[425] L'absence de réflexion au niveau national sur l'organisation de l'activité ne signifie pas que les caisses restent immobiles. Dans les caisses visitées la mission a pu à chaque fois observer une rationalisation de l'appareil de production consistant principalement en une réduction du nombre de sites.

[426] Il y a quelques années chaque agence du territoire assurait l'accueil des usagers et toutes les opérations de liquidation. Depuis plusieurs années les caisses visitées ont toutes entamé une réorganisation de leur appareil de production fondée sur une séparation entre les activités qui relève de l'accueil (front office) de celles qui relève de la production (service des prestations) et du support (back office) savoir la liquidation des prestations et la gestion des droits des assurés. Cette tendance est antérieure à la COG en cours. La dynamique est réelle et traduit un effort régulier pour améliorer l'organisation de la production au sein de chaque caisse.

[427] Si le maillage territorial de l'accueil a pu changer, c'est surtout la production qui a fait l'objet d'une recombinaison beaucoup plus profonde très largement axée sur une réduction des centres de production accompagnée éventuellement d'une spécialisation de leur activité. Cette stratégie que la mission a retrouvée en œuvre dans toutes les caisses visitées est aussi dictée par la technicité croissante d'une partie de l'activité.

[428] Les plans de maîtrise socle (PMS) sont un des éléments importants du dispositif de contrôle interne. Développés progressivement depuis plusieurs années ils couvrent désormais une bonne partie de l'activité d'une caisse primaire. Activité par activité, processus par processus ils décrivent la méthode de travail que chaque caisse doit suivre, les risques et les moyens de les maîtriser.

[429] Ces PMS ont naturellement un impact sur la performance des services. D'une part l'optimisation du processus a été prise en compte lors de l'élaboration des plans qui permettent donc de diffuser les bonnes pratiques. D'autre part, c'est un vecteur utilisé pour fixer des objectifs de performance à chacune des caisses.

1.3.2. La baisse du poids des frais de gestion

1.3.2.1. Les frais de gestion augmentent moins vite que les prestations

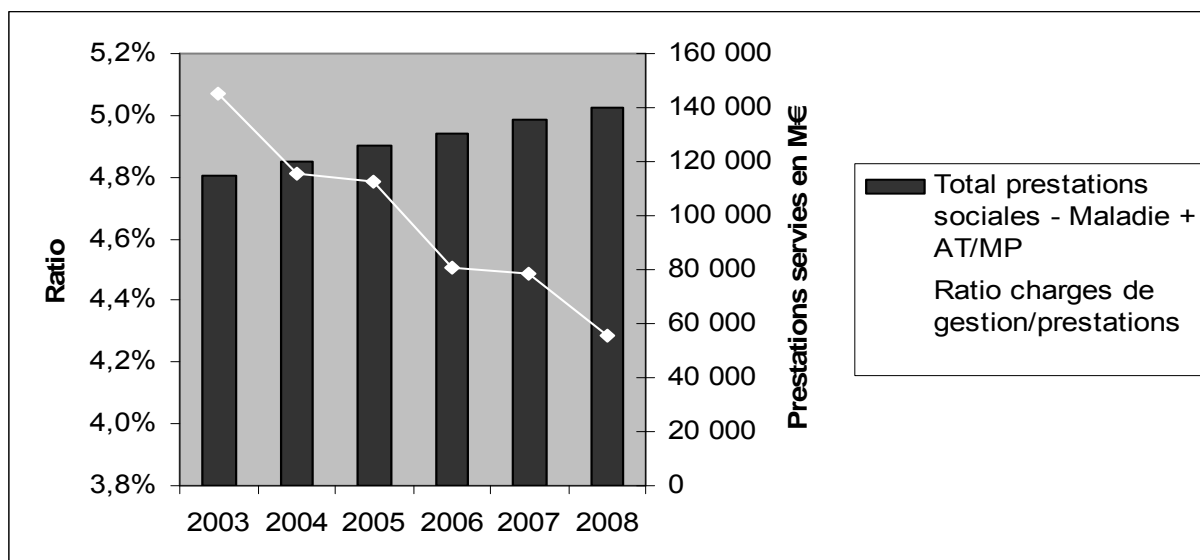
[430] Si l'on essaie d'approcher l'efficacité par le poids des charges de gestion administrative au regard des prestations d'assurance maladie, d'accidents du travail et de maladies professionnelles, on observe une amélioration significative. Le frais de gestion passe ainsi de 5,07% des prestations versées en 2003 et de 4,28% en 2008.

Tableau 43 : Evolution du poids des frais de gestion

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Charges de gestion courantes	5 839	5 793	6 006	5 876	6 070	6 010
Total prestations sociales - Maladie + AT/MP	115 133	120 355	125 557	130 396	135 317	140 271
Ratio charges de gestion/prestations	5,07%	4,81%	4,78%	4,51%	4,49%	4,28%

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

Graphique 5 : Evolution du poids des frais de gestion



Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

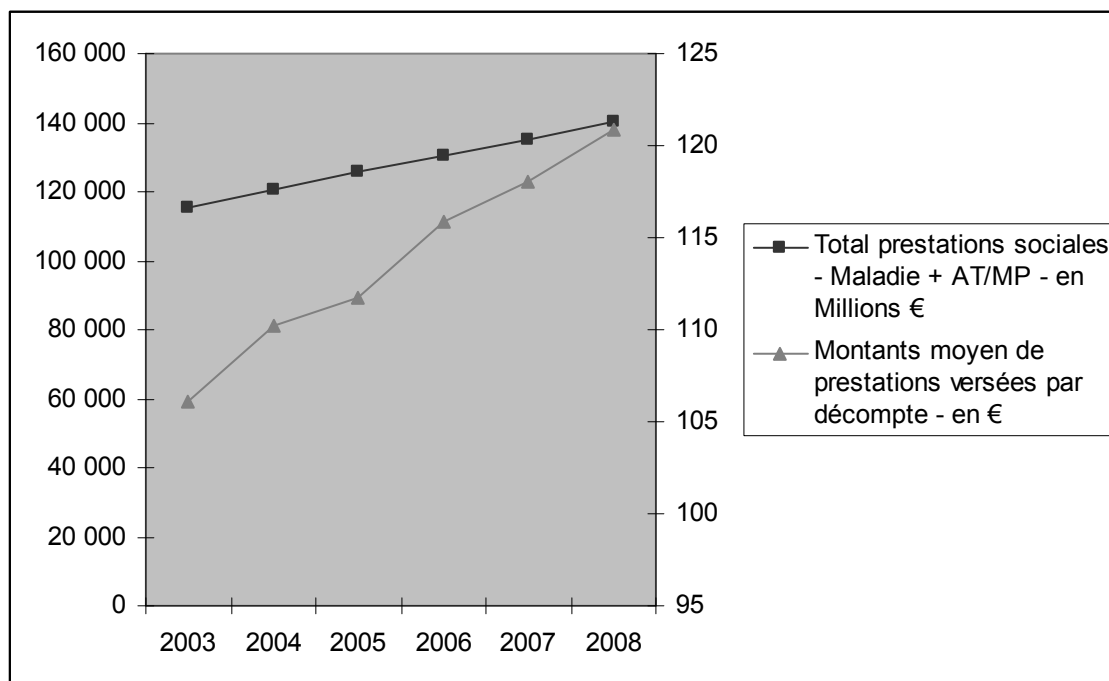
- [431] Cette baisse du ratio de frais de gestion est évidemment positive et traduit les efforts réalisés par la branche pour rationaliser sa gestion. Il faut dorénavant 4,28 euros de frais de gestion pour servir 100 euros de prestations contre 5,07 euros en 2003.
- [432] Néanmoins, cette amélioration de la performance de gestion doit être nuancée. En effet, la baisse des frais de gestion est modérée et c'est surtout l'augmentation des prestations qui expliquent la baisse du ratio.
- [433] De plus, on ne peut déduire de l'augmentation des prestations versées une augmentation proportionnelle de la charge d'activité induite. On notera ainsi que le montant moyen de prestations versées par décompte traité par l'assurance maladie augmente aussi significativement.

Tableau 44 : Evolution du montant moyen de prestations versées par décompte

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total prestations sociales - Maladie + AT/MP - en Millions €	115 133,2	120 354,9	125 557,4	130 395,9	135 316,7	140 270,9
Production totale en nombre de décomptes (prestations en nature et en espèces)	1 085 054 854	1 091 983 527	1 123 199 328	1 125 892 941	1 145 944 631	1 160 327 754
Montants moyen de prestations versées par décompte - en €	106,1	110,2	111,8	115,8	118,1	120,9

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

Graphique 6 : Evolution du montant moyen de prestations versées par décompte



Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

1.3.2.2. La réduction des effectifs est supérieure à celle attendue

[434] L'objectif de 6% de gains d'efficience sur la période de la COG supposait une réduction des effectifs de près de 2 500 ETP. Cet objectif sera largement dépassé puisque dès la fin 2008 plus de 5 000 ETP (CDD+CDI) avaient été supprimés.

Tableau 45 : Evolution des ETP annuels rémunérés, CDI + CDD

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

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

[435] Compte tenu du taux de remplacement de 60% négocié avec l'Etat, on peut expliquer cette réduction plus forte par des départs à la retraite qu'il était difficile d'anticiper. Sur près de 3 000 départs à la retraite observés chaque année depuis 2006, un tiers sont des départs liés au dispositif dit des « carrières longues » mis en œuvre par la loi du 31 août 2003.

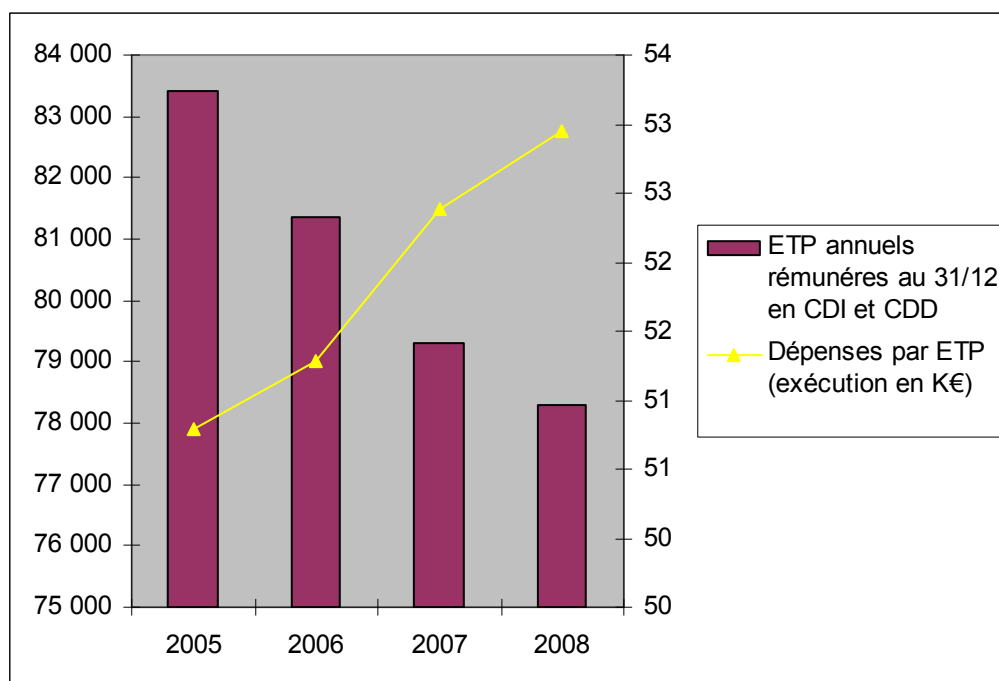
[436] Cette évolution s'accompagne d'une augmentation des dépenses par ETP, reflet du vieillissement de la pyramide des âges de la branche (effet GVT).

Tableau 46 : Evolution des ETP en CDI et CDD et de la dépense par ETP

	2005	2006	2007	2008
ETP annuels rémunérés au 31/12 en CDI et CDD	83 397,00	81 368,00	79 289,00	78 287,00
Dépenses de personnel (exécution, en K€)	4 236 313	4 172 671	4 153 535	4 144 743
Dépenses par ETP (exécution en K€)	50,8	51,3	52,4	52,9

Source : Base UCANSS, fichier annuel, personnel présent et rémunéré au 31 décembre, CCN, FNG, CDI ; comptes ; calculs faits par la mission

Graphique 7 : Evolution des ETP annuels rémunérés en CDI et CDD, et des dépenses de personnel par ETP



Source : Base UCANSS, fichier annuel, personnel présent et rémunéré au 31 décembre, CCN, FNG, CDI ; comptes ; calculs faits par la mission

[437] On observe donc une réduction plus importante des ETP que des dépenses de personnel, avec une inflexion nette en 2006. Jusque là les dépenses de personnel continuent d'augmenter, et à partir de 2006 elles sont en décroissance constante.

[438] Les dépenses de personnel par ETP continuent d'augmenter, traduisant en cela principalement le glissement vieillesse technicité. On notera néanmoins que ce rythme est moins important depuis 2007 (2% par an contre 4%) sous le double effet d'un rythme de réduction des effectifs plus importants et d'une augmentation des dépenses de personnel moins forte que les années précédentes.

1.4. Le potentiel d'amélioration lié à la dématérialisation reste important

1.4.1. Les prestations en nature : les gains potentiels de la dématérialisation n'ont pas été totalement réalisés

1.4.1.1. La dématérialisation des feuilles de soins progresse significativement, mais des progrès importants sont encore possibles

[439] Ce sont les prestations en nature qui ont connu les modifications les plus importantes avec le développement régulier de la dématérialisation des feuilles de soins. En effet, le taux de dématérialisation a singulièrement progressé chez les médecins généralistes mais aussi chez les pharmaciens.

[440] Une FSE ne nécessite aucune opération particulière dès lors qu'elle a passé tous les contrôles embarqués dans le système d'information. Les autres feuilles sont rejetées et font l'objet d'une instruction individuelle par un agent de la caisse. L'intervention du technicien est plus ou moins importante et longue selon le motif de rejet. Le volume de rejet dépend à la fois des contrôles de cohérence et de ceux que chaque caisse a paramétré en fonction de ses priorités. Le nombre de rejets reste néanmoins faible.

[441] Les feuilles de soins papier qui continuent à arriver dans les caisses sont numérisées et mis à disposition des techniciens pour traitement. Elles sont prises en charge par un technicien qui réalise un vidéocodage consistant à saisir dans l'application de liquidation les données de la feuille de soins qui a été scannée. Certaines feuilles de soins ne sont lisibles par le dispositif de scannerisation. Elles sont transmises sous forme papier au technicien pour saisie directe dans le système d'information.

[442] Tous les gains n'ont pas encore été engrangés. En effet si les progrès de la dématérialisation sont incontestables, le taux de dématérialisation passant de 76% en 2004 à plus de 84% en 2008, on observera qu'il est très inégal selon les professionnels de santé. Le taux de dématérialisation s'établit à près de 95% pour les officines, pour lesquels des progrès restent toujours possible mais nécessairement modérés. Par contre des améliorations sont encore réalisables pour les infirmières (25% des cellules actes) et plus encore pour les généralistes et les spécialistes qui représentent 20% des cellules actes et qui connaissant des taux de dématérialisation les plus faibles des professionnels de santé (respectivement 65% et 59% en 2008).

Tableau 47 : Evolution de la dématérialisation par profession de santé

Professionnels de santé	2004			2008 (2)		
	Total cellules-actes	% par rapport au total des cellules actes	Taux de dématérialisation	Total cellules-actes	% par rapport au total des cellules actes	Taux de dématérialisation
Généralistes	266 336 306	11,5%	57,0%	285 175 882	10,8%	65,3%
Spécialistes	193 098 631	8,4%	50,6%	250 042 769	9,5%	59,3%
Pharmacies, Fournisseurs	745 474 217	32,3%	93,0%	799 078 634	30,2%	94,6%
Dentistes	83 342 473	3,6%	46,9%	82 578 879	3,1%	74,8%
Sages-femmes	4 677 148	0,2%	55,2%	5 565 395	0,2%	68,1%
Infirmiers	528 212 864	22,9%	77,6%	678 709 484	25,7%	89,7%
Masseurs	174 280 357	7,5%	65,3%	199 883 495	7,6%	83,5%
Orthophonistes	16 882 337	0,7%	64,1%	20 335 168	0,8%	80,4%
Orthoptistes	3 111 306	0,1%	28,6%	3 628 790	0,1%	58,9%
Pédicures	596 818	0,0%	0,0%	1 118 720	0,0%	1,0%
Laboratoires, Biologie	122 791 960	5,3%	73,7%	146 551 774	5,5%	90,4%
Ambulanciers	13 259 876	0,6%	69,7%	16 601 012	0,6%	77,9%
Etablissements	157 032 674	6,8%	87,5%	155 787 997	5,9%	90,5%
Total (1)	2 309 096 967	100,0%	76,1%	2 645 057 999	100,0%	84,6%

Source : CNAMTS, SGA (flux mandatés) ; (1) : ensemble des PS rattachés aux CPAM et CGSS ; (2) : à partir de janvier 2008, tous codes actes hors PFT, PFH + FRT, FRH (franchises tiers-payant et hors TP)

1.4.1.2. Des progrès sont possibles en étendant le champ de la dématérialisation

- [443] En matière de prestations en nature, restent à l'écart à ce stade du processus de dématérialisation les ordonnances et les pièces justificatives.
- [444] La dématérialisation de la feuille de soins n'a pas été suivie de celle des pièces justificatives qui continuent de les accompagner. Or si le paiement des prestations en nature, en particulier le remboursement des médicaments ou des actes de laboratoires, peut intervenir avant la réception des pièces justificatives, ces dernières restent obligatoires et doivent donc faire l'objet d'un contrôle de la part des caisses.
- [445] Ces dernières continuent donc de recevoir des liasses en provenance des pharmacies ou des laboratoires. Compte tenu du volume à traiter, et en dépit de l'obligation juridique le contrôle de chacune des pièces est illusoire. Les CPAM s'en tiennent donc à un rapprochement des lots électroniques et des lots papiers. Pour cela elles saisissent dans une application informatique (FLUX TIERS) les éléments figurant dans un bordereau joint à l'envoi papier fait par l'officine, par exemple, afin de vérifier que pour chaque paiement une pièce justificative a été transmise. En cas d'anomalie un courrier est adressé un courrier au professionnel concerné.
- [446] Cette opération, plutôt fastidieuse, peu valorisante pour les agents, est sans valeur ajoutée. Son maintien est pourtant nécessaire dans le cadre juridique actuel. D'une part, le travail sur le statut juridique de la pièce justificative et ses modalités de contrôle dans un environnement partiellement dématérialisé et avec un volume important de remboursement en tiers payant, n'a pas été fait par l'Etat.
- [447] D'autre part il montre à nouveau un problème d'interfaçage avec le système d'information. Une injection directe dans l'outil permettrait à tout le moins de supprimer l'opération de saisie. Il a été indiqué à la mission qu'une expérimentation était en cours.

[448] S'agissant de la dématérialisation des ordonnances les gains sont difficiles à apprécier a priori. Elle n'aurait probablement qu'un impact limité sur la liquidation des prestations, surtout si elle devait donner lieu à une opération de numérisation, qu'elle soit réalisée par les caisses ou par les officines. L'analyse serait probablement différente s'agissant d'une ordonnance émise en version électronique directement depuis le poste du professionnel de santé. Par contre en matière de contrôle, sur le plan de l'efficacité comme sur celui de l'efficience, il y aurait probablement un bénéfice. La mission n'a pas eu connaissance d'un projet de la branche en la matière.

1.4.2. La dématérialisation pour les prestations en espèce a peu progressé. Un effort très important reste à accomplir

[449] Les prestations en espèces recouvrant le versement des indemnités journalières (IJ) qu'elles soient longues ou courtes (maternité, paternité, maladie) n'ont fait l'objet d'une démarche de dématérialisation que plus tardivement. Le processus est donc bien moins avancé.

[450] Le versement des IJ, quelle que soit leur nature, est subordonnée à la transmission par l'entreprise des données salariales. Depuis plusieurs années les entreprises peuvent faire une déclaration électronique via le portail net entreprise. Or le taux de dématérialisation reste assez faible puisqu'il est aujourd'hui inférieur à 25% au niveau national. Cette progression assez faible s'explique par l'intérêt modéré que les entreprises portent à ce dispositif en raison de l'absence d'interfaçage du portail avec leurs logiciels de comptabilité, ou celui de leur cabinet comptable. La plupart des solutions logicielles existant sur le marché permettent en effet à l'entreprise de générer automatiquement cette déclaration, sous forme papier, de sorte que peu d'entreprises acceptent de ressaisir cette déclaration sur le portail « net entreprise ».

[451] D'autre part aucun gain de productivité n'est réalisé par les caisses. Elles sont aujourd'hui contraintes d'imprimer la déclaration de salaires dématérialisée pour la saisir dans le système d'information. Il n'existe pas d'outil gérant l'interface entre le portail net entreprise et le système d'information de la CNAMTS, ce qui rend la dématérialisation pour l'instant sans intérêt. Il a été indiqué à la mission qu'un « injecteur » était en voie d'achèvement.

[452] Il existe également un projet de dématérialisation des dossiers de liquidation des accidents du travail. La mission n'a pas approfondi ce sujet la branche AT/MP, qui fait l'objet d'une COG spécifique, n'étant pas dans son champ d'investigation.

1.4.3. Le cloisonnement des systèmes d'information du service médical et de celui des caisses impose des ressaisies

[453] Qu'il s'agisse des prestations en espèce ou des prestations en nature la liquidation de certaines prestations ne peut intervenir que sur la base de décision et d'éléments établis par le service médical. Il en est ainsi des patients qui sont en ALD dont les taux de remboursement sont différents ou encore du versement de certaines IJ qui suppose un avis d'un médecin conseil.

[454] Cette coopération des services ne trouve pas de traduction dans le système d'information. En effet, le médecin conseil opère le suivi de ses dossiers via une application HYPOCRATE qui n'est pas interfacée avec les outils de liquidation. Ces informations circulent donc sous forme papier. Les techniciens des caisses se voient obligés de saisir dans PROGRES des éléments déjà saisis dans le logiciel du service médical.

[455] La médicalisation de la liquidation est un sujet ancien dans la branche maladie. Elle peine à progresser. Une des difficultés avancées tient au secret médical qui régit l'accès aux données et aux systèmes d'information contenant des informations médicales.

[456] Cette difficulté serait réelle dans le cas d'un accès total aux systèmes d'information médical ou d'une fusion des systèmes d'information qui ne constituent pas des hypothèses réalistes de travail. Mais s'agissant de la dématérialisation des échanges de données on ne peut retenir valablement cette objection. En effet, il est possible d'organiser des flux de données informatisées sans remettre en cause le secret médical. La dématérialisation ne changerait ni la nature du flux, ni son contenu, mais sa formalisation, et son traitement. La mise en place de ces échanges simplifierait l'activité tout en lui donnant une plus grande efficacité, même si son impact resterait probablement modéré en termes de productivité.

Recommandation n°35 : Développer les échanges de données informatisés entre les systèmes d'information médicaux et administratifs

1.4.4. En matière de gestion des bénéficiaires, les systèmes d'information des processus de production ne suivent pas le développement des nouveaux services sur internet

1.4.4.1. Une offre de téléservices qui n'est pas entièrement interfacée avec le système d'information

[457] La branche maladie développe une offre de téléservices dont le contenu s'enrichit progressivement (cf. annexe qualité de service). Si l'utilisateur peut ainsi profiter de nouvelles fonctionnalités plus facilement accessibles, du côté de l'assurance maladie aucun gain de productivité n'est réalisé.

[458] Les usagers disposant d'un compte assuré sur le site AMELI peuvent faire des changements administratifs. Mais cette demande de changement prend en fait la forme d'un mèl qui est imprimé par un technicien puis saisi dans le système d'information de production. Sur des opérations relativement simples pour lesquelles les enjeux sont faibles on aurait pu imaginer une automatisation de la modification. Le potentiel de productivité des services internet n'est donc pas pleinement exploité.

Recommandation n°36 : Développer les interfaces entre les plateformes internet et les systèmes d'information de production.

1.4.4.2. Des progrès sur les mutations entre caisses, des simplifications restent à faire sur les mutations inter régimes

[459] Des progrès ont été réalisés sur les mutations entre caisses. La ressaisie du dossier par la caisse de destination, jusque là obligatoire, a été supprimée grâce à un transfert électronique et à une reprise automatique du dossier. Pour assurer son changement de caisse l'assuré n'a plus qu'à communiquer quatre informations les autres données sont transmises directement entre Cnam. Cette solution est en œuvre depuis juillet 2008.

[460] Il n'existe aucune solution de même nature pour gérer les mutations inter régimes, qu'il s'agisse des mutations entre branches au sein du régime général (entre la branche vieillesse et la branche maladie) ou des mutations entre régimes d'assurance maladie obligatoire (le RSI et le régime général par exemple).

[461] Ces mutations restent assez nombreuses, notamment en lien avec le développement de nouvelles formes d'emploi. Elles obligent l'assuré à reconstituer un dossier ou à redemander l'ouverture des droits. Par ailleurs, elles restent gérées manuellement par les caisses. C'est donc une source de progrès. Un projet de transfert automatique des informations émises dans le cadre de la mutation inter - régimes AMO via le PCIR (Point Central Inter régimes) est en cours de développement. Il devrait répondre aux exigences de simplification pour l'assuré et d'automatisation des transferts. Ce projet devrait être mis en œuvre en 2010.

1.5. *La réduction des écarts de productivité, l'organisation du réseau et de la répartition des activités sont beaucoup moins avancés*

1.5.1. **Le pilotage de la réduction des écarts de productivité est peu structuré, les résultats obtenus en la matière faibles**

[462] La COG prévoyait un indicateur de réduction des écarts de coût du point de performance entre CPAM qui devait faire l'objet d'une définition conjointe entre l'Etat et la CNAMTS avant septembre 2006. Ce travail n'a pas été réalisé et aucune cible n'a été fixée à la ranche en la matière, alors que l'évaluation de la précédente COG avait relevé une très faible diminution des écarts entre 1999 et 2002.

1.5.1.1. Quelle que soit la méthode utilisée la dispersion des productivités reste forte et les écarts ne se réduisent pas

[463] Compte tenu des limites auxquelles se heurte le coût du BAP, la mission a réalisé une analyse de la dispersion des productivités des caisses à l'aide de trois sources de données : le coût du BAP, les indicateurs de productivité des CPG et les données par processus issues de la comptabilité analytique. Les trois méthodes démontrent que les écarts ne se réduisent pas et que la dispersion reste assez ou très importante selon la méthode retenue.

o Dispersion des coûts du BAP

[464] On peut observer un taux de dispersion plus faible qu'avec les autres méthodes. Mais sur 4 ans on ne relève aucune évolution notable, la dispersion n'ayant pas été réduite. Elle est même supérieure au résultat atteint en 2002 (11,8)³⁵.

Tableau 48 : Evolution du coût du BAP

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

Source : CNAMTS, calculs fait par la mission

o Dispersion des productivités par processus suivis en comptabilité analytique

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

o Dispersion des indicateurs de productivité des CPG

³⁵ Source : rapport IGAS n°2003-096 de bilan de la COG 2000-2003

Tableau 49 : Evolution de la productivité fonctions support (indicateur CPG)

	2004	2005	2006	2007	2008
ETP supports	8 705,83	8 426,49	7 203,49	6 969,68	6 846,27
ETP autres	60 734,36	59 581,70	57 914,06	56 292,40	56 292,40
Productivité	6,98	7,07	8,04	8,08	8,22

Source : CNAMTS

- [466] La productivité des fonctions support s'améliore assez significativement entre 2004 et 2008. On observera qu'après une année 2006 où les gains ont été de 13%, le rythme s'est nettement ralenti (0,5 en 2006 et 1,8% en 2008).

Tableau 50 : Dispersion de la productivité des fonctions supports

	ETP production/ETP fonction support	
	2004	2008
Moyenne	7,1	8,4
Médiane	7,0	8,3
Écart-type	1,0	1,2
Amplitude	6,0	5,6
Minimum	4,4	5,7
Maximum	10,4	11,3
Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne)	14,7%	13,9%

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

- [467] En 4 ans on notera une légère réduction de la dispersion de la productivité qui passe de 14,7% en 2004 à 13,9% en 2008.

Tableau 51 : Evolution de la productivité des pôles production selon l'indicateur CPG

	2004	2005	2006	2007	2008
UO	1 064 423 469	1 094 769 714	1 095 858 712	1 115 458 251	1 128 707 765
ETP production	34 481,17	32 534,89	31 179,39	29 553,26	28 408,15
Productivité	30 870	33 649	35 147	37 744	39 732

Source : CNAMTS

- [468] L'utilisation de cet indicateur se heurte à la même limite que le BAP. En effet, le dénombrement de tous les décomptes ne tient pas compte du fait qu'ils sont dématérialisés ou non. Or la charge de travail induite n'est pas la même.

Tableau 52 : Evolution de la dispersion de la productivité sur la production

	Nb de décomptes/ ETP production	
	2004	2008
Moyenne	31 921,2	40 500,0
Médiane	32 095,9	40 924,1
Écart-type	4 348,6	4 472,7
Amplitude	25 796,1	24 839,5
Minimum	22 098,5	28 290,1
Maximum	47 894,5	53 129,6
Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne)	13,6%	11,0%

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

[469] Bien que relativement faible sur le période on notera cependant que la réduction de la dispersion des productivités, passée de 13,6% en 2004 à 11% en 2008, a été plus importante que sur les fonctions supports.

1.5.1.2. Le pilotage de la réduction des écarts est insuffisant

[470] Le dispositif de pilotage de la réduction des écarts de productivité entre les caisses est assez faible. En effet, il passe essentiellement par les CPG, mais trouve une limite dans le poids très modéré des objectifs de productivité dans l'ensemble de ceux qui sont assignés aux caisses.

[471] Les objectifs de productivité des caisses sont retranscrits à travers deux indicateurs, le premier sur les fonctions de production, le deuxième sur les fonctions supports. Mais le poids de ces deux indicateurs dans la comptabilisation des résultats de la caisse relativise leur importance. L'atteinte des objectifs fixés permet d'obtenir au maximum 40 points sur un total de 1 000 pour l'ensemble des activités.

[472] La comparaison avec d'autres objectifs renforce ce constat. Par exemple, dans l'axe management pilotage les caisses peuvent obtenir 80 points pour la réalisation d'études (un diagnostic et d'un plan d'action validé et la réalisation d'actions inscrites au plan annuel) qui paraît bien plus aisée que la réalisation de gains de productivité.

[473] De plus, en s'appuyant sur l'exemple des caisses visitées par la mission de l'IGAS, malgré des différences de productivité importante on ne note pas de logique de réduction des écarts entre les objectifs qui ont été assignés à chacune d'entre elles.

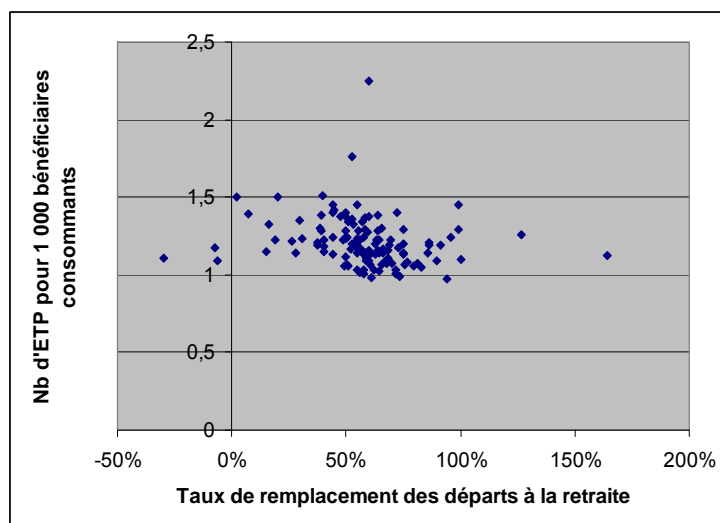
Tableau 53 : Objectifs de productivité de la production et taux de remplacement dans 5 caisses visitées

		Bourg en Bresse	Blois	Lyon	Orléans	Grenoble
2006	Objectif en nb de décompte par ETP	38 853	32 749	36 449	31 786	41 804
	Taux de remplacement	60,79	60,06	50,15	60,09	68,18
2007	Objectif en nb de décompte par ETP	39 790	35 559	38 729	33 590	42 655
	Rythme de progression de l'objectif relatif au nb de décomptes par ETP	2,4%	8,6%	6,3%	5,7%	2,0%
	Taux de remplacement	86,42	60,52	55,91	57,33	71,15
2008	Objectif en nb de décompte par ETP	40 923	37 648	40 384	35 677	44 731
	Rythme de progression de l'objectif relatif au nb de décomptes par ETP	2,8%	5,9%	4,3%	6,2%	4,9%
	Taux de remplacement	75,36	57,89	53,08	58,71	65,38
2009	Objectif en nb de décompte par ETP	42 357	nc	42 895	38 183	47 191
	Rythme de progression de l'objectif relatif au nb de décomptes par ETP	3,5%	nc	6,2%	7,0%	5,5%

Source : CNAMTS, CPG, calculs faits par la mission

- [474] L'écart entre la caisse la plus productive et la moins productive de l'échantillon reste à peu près constant puisqu'il s'établit aux environs de 10 000 décomptes par ETP. On aurait pu imaginer un rythme de progression plus soutenu pour les caisses les moins productives.
- [475] Le même constat peut être fait concernant le taux de remplacement des départs à la retraite (cf. graphique ci-dessous). Pour une même productivité, ici le nombre d'ETP pour 1 000 bénéficiaires consommants, on observera que les taux de remplacement peuvent être sensiblement différents.

Graphique 8 : Productivité et taux de remplacement des départs à la retraite en 2008



Source : CNAMTS

1.5.2. L'analyse de la relation entre le volume d'activité et la productivité démontre que l'organisation de la production est encore loin de répondre à une logique économique.

[476] La seule réduction des écarts ne donne que quelques éléments d'indications sur la performance de l'organisation de la production. En complément il est intéressant d'observer s'il y a une relation entre volume d'activité et productivité. En effet, pour assurer une bonne comparaison il est utile de « neutraliser » le facteur « volume d'activité » dans l'explication du niveau de productivité. L'analyse de cette relation permet de répondre aux questions suivantes :

- Existe-t-il des rendements croissants et corollairement des déséconomies d'échelle ?
- Pour un même volume d'activité les caisses ont-elles le même niveau de productivité ?

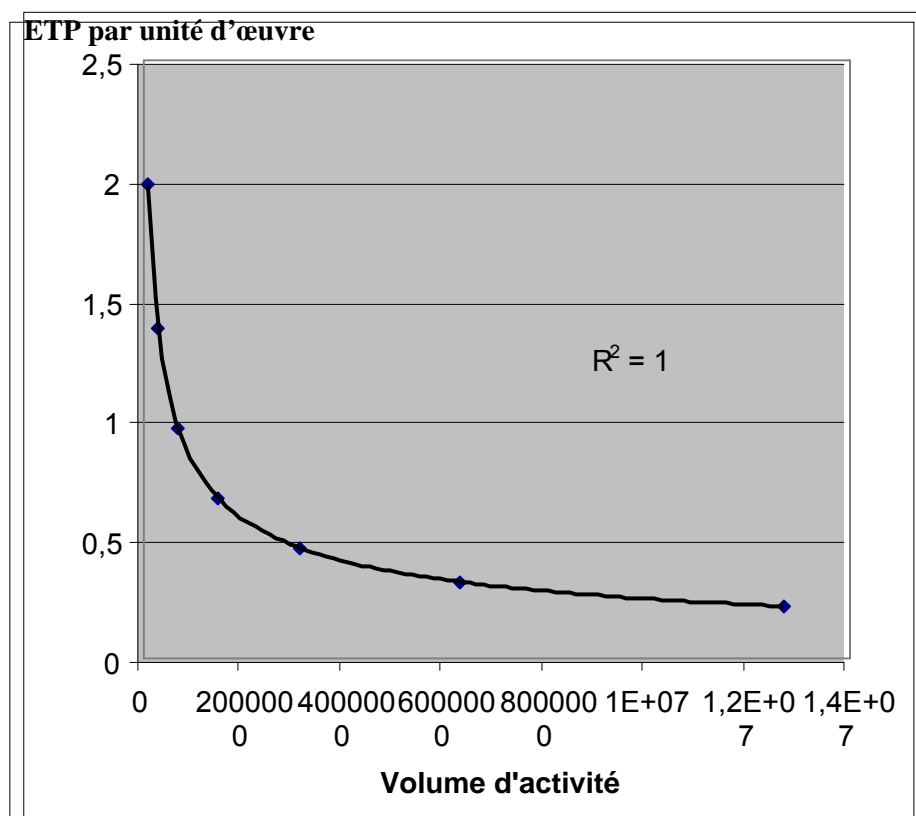
[477] Cette observation est source d'enseignement pour dessiner les trajectoires à venir des productivités des caisses.

[478] Deux types de résultats sont possibles :

- Soit la relation n'est pas observable mais alors la productivité des caisses devrait être la même quel que soit le volume d'activité
- Soit la relation existe et les productivités évoluent en fonction du volume d'activité, et on observe des rendements croissants et éventuellement des déséconomies d'échelle.

[479] Pour observer cette relation la mission a utilisé une courbe puissance dont le résultat doit s'approcher du graphe ci-dessous.

Graphique 9 : Exemple de courbe d'expérience

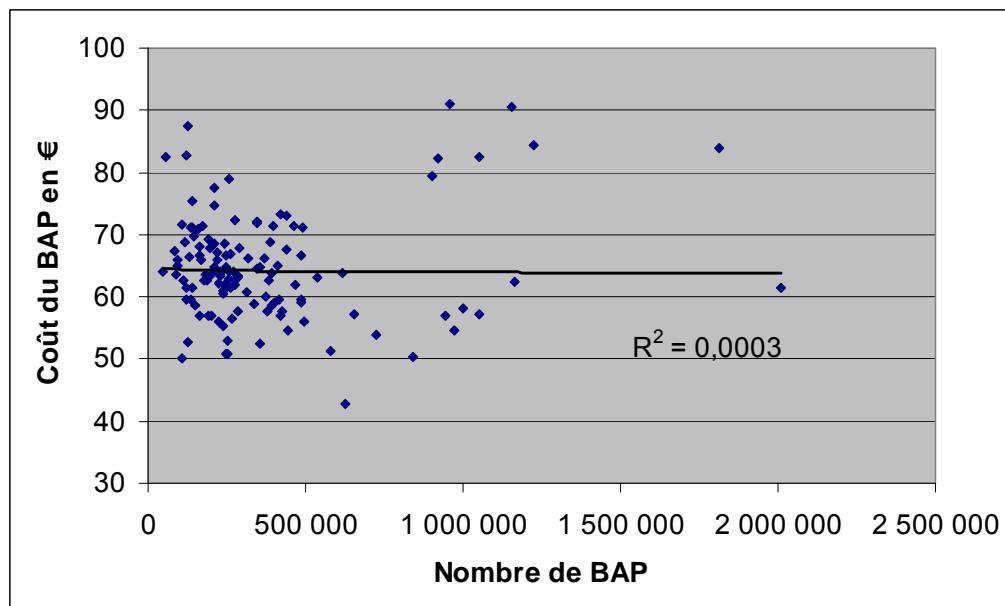


Source : Mission

[480] Il s'agit d'un exemple. Les pentes et le rythme de progressions de la productivité en fonction du volume d'activité peuvent être différents. Cette courbe est agrémentée d'un coefficient R^2 qui objective la qualité de la relation. Plus R^2 est près de 1 plus la relation se vérifie. Concrètement cela signifie que plus R^2 est proche de un plus les caisses qui ont des volumes d'activités proches ont aussi des productivités proches. A contrario plus R^2 est éloigné de un et plus les productivités sont différentes entre caisses de volume d'activité proches.

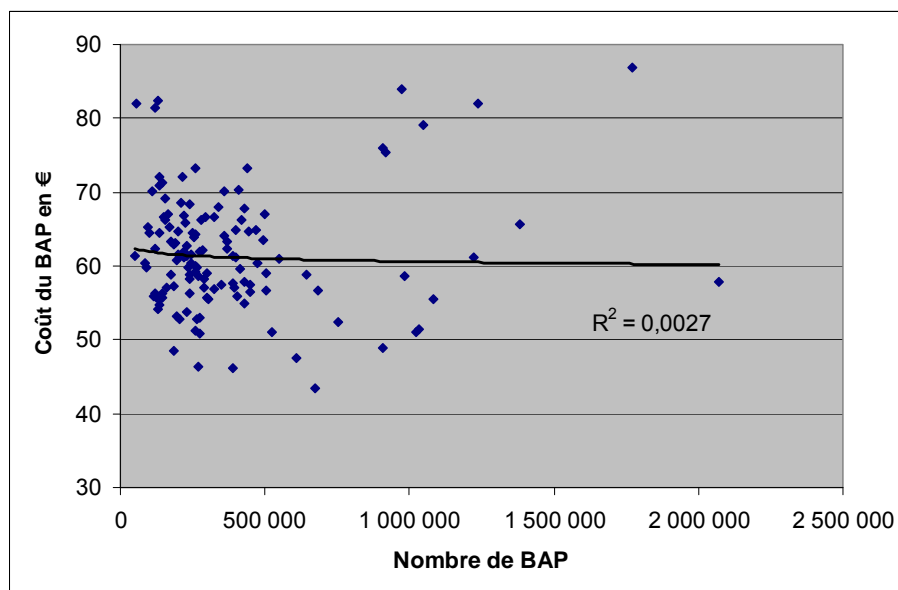
1.5.2.1. Analyse de la relation entre efficacité/volume d'activité par le coût du BAP

Graphique 10 : Relation entre le coût du BAP et le nombre de BAP, en 2004



Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

Graphique 11 : Relation entre le coût du BAP et le nombre de BAP, en 2008



Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

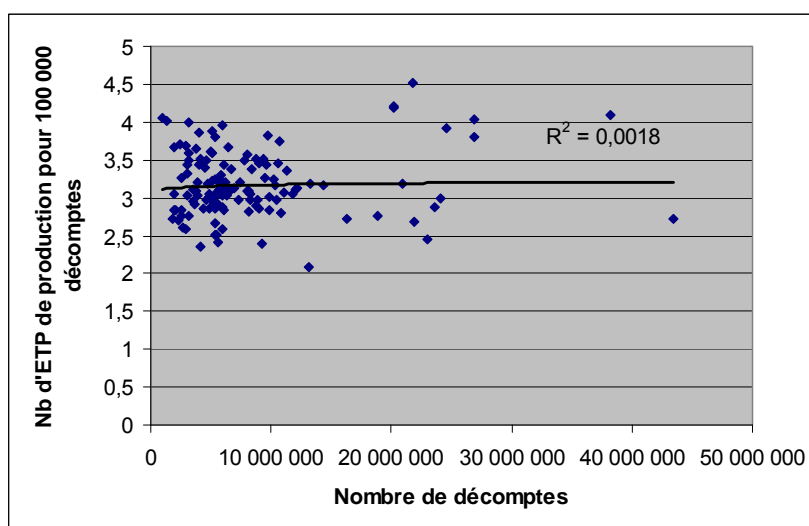
[481] On relèvera qu'en 2004 comme en 2008 la relation entre nombre de BAP (volume d'activité) et l'efficacité (coût du BAP) est quasi inexistante, les coefficients R^2 étant très faibles. On peut en effet observer sur les deux nuages de points :

- pour un même nombre de BAP des coûts qui varient entre 50 et 70 euros approximativement, soit près de 40% d'écart;
- des caisses à gros volume d'activité qui ont les coûts de BAP les plus élevés ;
- les caisses qui ont le plus petit volume connaissent les meilleures productivités.

1.5.2.2. Analyse de la relation productivité/volume d'activité par les indicateurs CPG de productivité

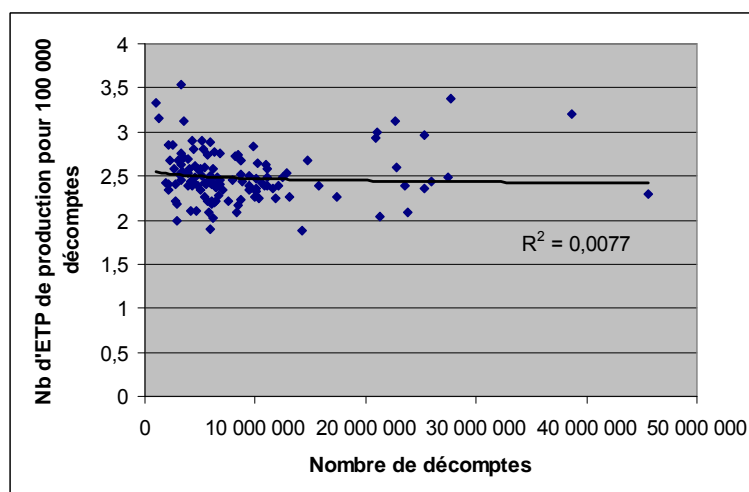
- Indicateur CPG de productivité en production

Graphique 12 : Relation entre le nombre de décomptes et le nombre d'ETP en production pour 100 000 décomptes, en 2004



Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

Graphique 13 : Relation entre le nombre de décomptes et le nombre d'ETP en production pour 100 000 décomptes, en 2008



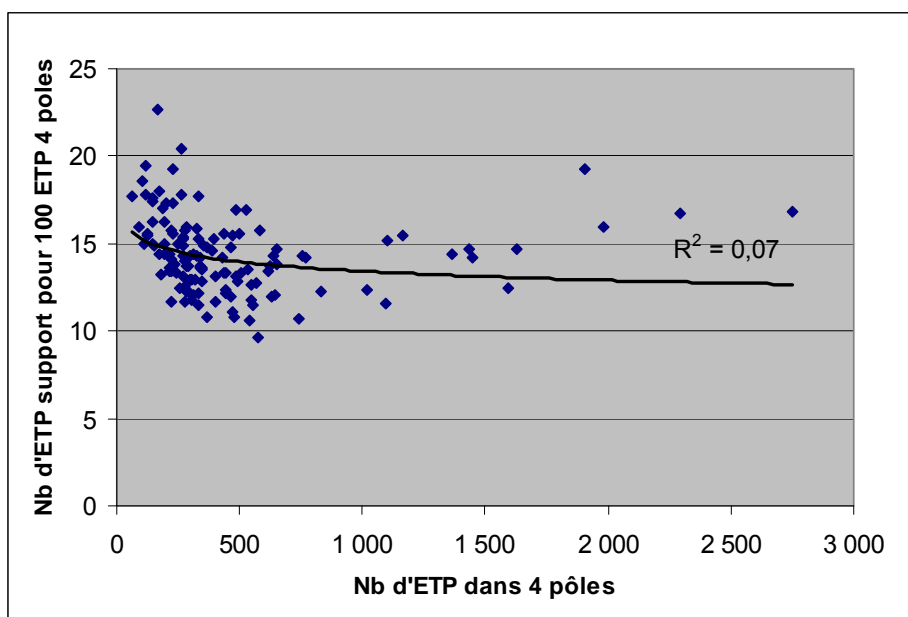
Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

[482] On constate également l'absence de relation entre le nombre de décomptes et le nombre d'ETP de production pour 100 000 décomptes (productivité) et volume d'activité. Il n'y a pas d'évolution significative de cette relation ni même de la dispersion entre 2004 et 2008.

[483] Pour rendre le nuage de points plus lisible la mission a réalisé un retraitement simplifié en excluant des données analysées les 5 plus grosses caisses (cf. annexes).

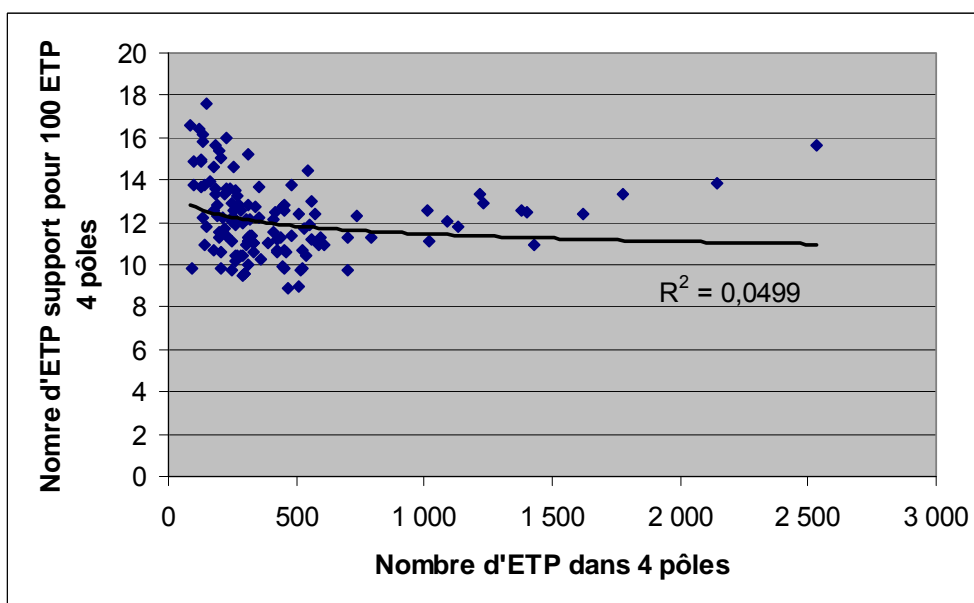
- Indicateur de productivité fonction support

Graphique 14 : Relation entre le nombre d'ETP en fonction support pour 100 ETP dans 4 pôles, en 2004



Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

Graphique 15 : Relation entre le nombre d'ETP en fonction support pour 100 ETP dans 4 pôles, en 2008



Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

[484] On notera une nouvelle fois l'inexistence de la relation entre le nombre d'ETP des 4 pôles et le nombre d'ETP fonctions support pour 100 ETP des 4 pôles. On relèvera également que la relation est plus faible en 2008 qu'elle ne l'était en 2004.

[485] Pour rendre le nuage de points plus lisible la mission a réalisé un retraitement simplifié en excluant des données analysées les 5 plus grosses caisses (cf. annexes).

1.5.2.3. Analyse de la relation productivité/volume d'activité par processus selon les données provenant de la comptabilité analytique

[486] Le même travail a été réalisé sur les principaux processus de production par l'intermédiaire des données de la comptabilité analytique. L'analyse de chaque processus figure dans les appendices. Les conclusions sont les mêmes pour tous les processus.

[487] Malheureusement, quelle que soit la méthode utilisée, on n'obtient jamais l'un ou l'autre de ces deux résultats. Il n'y a pas de corrélation entre volume d'activité et de productivité que l'on puisse observer pour l'ensemble des caisses. Dans le même temps les productivités sont très différentes pour un même volume d'activité. Des atypies importantes peuvent être observées.

[488] Donc, aujourd'hui, la répartition des effectifs, la productivité, malgré les progrès globaux enregistrés qui sont réels, sont plus la conséquence de facteurs historiques que les évolutions récentes n'ont encore que peu réduit, que d'une logique organisationnelle et économique.

1.5.3. La stratégie développée en matière d'organisation du réseau est construite sur la cible d'une caisse par département, laissant à l'initiative des caisses les opérations de mutualisation

[489] Comme le montre les résultats obtenus par les caisses les gains de productivités résident principalement dans la rationalisation de la production. La mission a déjà souligné la réorganisation de l'accueil (front office) mais aussi de la production liquidation des prestations (back office de production) dans toutes les caisses visitées.

[490] Ces caisses sont passées d'une organisation où chaque site réalisait l'ensemble des opérations d'une caisse, du front office au back office, à une organisation dans laquelle ils sont dissociés. Certaines CPAM ont ainsi pu passer d'une dizaine de sites assurant des opérations de liquidation, à trois.

[491] Au niveau national la stratégie suivie n'est pas tout à fait la même. Elle s'appuie sur une réduction du nombre de caisse et d'une démarche de mutualisation jusque là souple et à l'initiative des caisses, mais en laissant très largement de côté le cœur de métier.

1.5.3.1. La CNAMTS a fait de la fusion des caisses sur la base d'une caisse par département un de ses principaux leviers de rationalisation du réseau

[492] La caisse nationale a choisi une démarche de réduction du nombre de CPAM pour rationaliser son réseau. Sur le principe d'un maillage départemental, analysé par la mission des opérations de fusion ont été engagées pour une vingtaine de caisse. Les premières fusions devraient être effectives au premier janvier 2010.

[493] Les efforts sont réels bien qu'à ce stade les opérations se limitent à une fusion juridique des conseils. Cette simplification ne prendra tout son sens en termes d'organisation que lorsque la fusion des conseils se traduira dans l'organisation de la production et du réseau d'accueil. Dans les caisses visitées par la mission, ces opérations de restructuration ne sont pas encore à l'étude. Il est probable que les premiers effets ne se feront pas sentir avant 2011 voire 2012.

[494] En outre, cette stratégie aura nécessairement des effets limités. D'une part les fusions ne concernant qu'une vingtaine de caisse dont certaines sont petites. Le volume d'activité touché est donc réduit. Les gains de productivité seront probablement faibles.

[495] D'autre part elle se heurte à sa propre limite qui est de considérer le niveau départemental comme le bon niveau d'organisation de la production ce que les chiffres ne démontrent pas. Pour ces raisons, si l'effort réalisé par la CNAM est important, les gains qui seront obtenus, sous réserve des opérations de réorganisation de la production, seront faibles.

1.5.3.2. Une démarche de mutualisation qui laisse l'initiative aux caisses

[496] Conformément aux engagements de la convention d'objectifs et de gestion, la CNAMTS a lancé une démarche de mutualisation qui accompagne la réduction du nombre de caisses. Cette démarche a laissé une très large autonomie aux organismes des réseaux. Dans le cadre d'un appel à projet, les organismes ont pu présenter des cahiers des charges à la validation de la caisse nationale.

[497] La sélection des projets par la CNAMTS tient d'abord aux enjeux portés par le chantier de mutualisation et la capacité à tirer les enseignements de ces expérimentations dans la perspective d'une généralisation. Elle a utilisé les critères suivants :

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

[498] Un des objectifs poursuivis par la caisse nationale visait à créer une dynamique dans les réseaux. De ce point de vue l'objectif est atteint, même si on peut observer un tassement du nombre de cahiers des charges transmis au niveau national passé de 360 en 2007 à 201 en 2009.

[499] La démarche appelle néanmoins quelques observations. En premier lieu la mission constate que le champ de mutualisation porte très majoritairement sur les fonctions support ou de plateformes téléphoniques. L'intérêt de ce champ n'est pas discutable. Mais on peut s'étonner de voir aussi peu de projets de mutualisation concernant les processus du cœur de métier.

[500] Parmi toutes les opérations de gestion et de liquidation réalisées par les caisses primaires seules les rentes et l'invalidité ont fait l'objet de projets de mutualisation complète. L'intérêt de ces opérations est manifeste sur le plan de la qualité, de l'efficacité ou encore de la taille critique. Mais en termes de volume d'activité les enjeux sont modérés en comparaison du traitement des feuilles de soins électroniques (FSE), de la gestion des bénéficiaires, ou encore de celles des indemnités journalières.

[501] Ainsi en matière de prestations en nature, très en deçà de ce qui aurait pu être imaginé, les projets approuvés, une soixantaine sur trois ans, concernent très rarement la numérisation des feuilles de soins papier (uniquement cette opération, en excluant le traitement), et plus souvent le règlement aux établissements et la gestion des relations internationales.

[502] On notera des projets de mutualisation nombreux et plus systématiques dans la gestion de la relation clients. En particulier toutes les plateformes téléphoniques sont mutualisées. Il existe aussi des projets de mise en place d'accueil conjoint entre CPAM et échelon local du service médical.

[503] En deuxième lieu, le nombre d'organismes associés est très variable. En 2009, 30% des projets associent l'ensemble des caisses primaires d'une région. La DRSM est associée dans 44% des projets et la CRAM dans 15%.

[504] Si la dynamique est réelle on ne peut qu'être frappé par la très grande diversité des situations, tant en ce qui concerne le champ de mutualisation que s'agissant des organismes associés. De sorte que la mission s'interroge sur les enseignements que l'on pourra tirer de ces expériences dont les configurations peuvent induire des analyses erronées sur leurs avantages et leurs inconvénients.

[505] A ce stade, à l'exception des rentes et de l'invalidité (cf. infra), les résultats ne sont pas connus.

[506] Enfin, la mission souligne que les démarches de mutualisation qui seront lancées au niveau national ne pourront se limiter au champ des projets initiés par les caisses. Elle rappelle que la COG indiquait que « la gestion des prestations en nature devra autant que possible être organisée autour de sites exploités pour le compte de plusieurs caisses ».

1.5.3.3. La rationalisation des centres de production de chaque caisse ne fait pas l'objet d'un suivi national

[507] Comme la mission l'a déjà souligné (cf. supra) les caisses visitées ont toutes mis en œuvre depuis plusieurs années une réorganisation de leur production en réduisant le nombre de centres de production.

[508] Curieusement ces éléments ne font pas l'objet d'un suivi au niveau national. Alors qu'il s'agit d'un levier fondamental de productivité l'organisation de l'appareil de production n'est pas visée par le CPG ni suivi par un autre outil. De sorte que la caisse nationale ne connaît pas le potentiel du réseau en la matière.

Recommandation n°37 : Suivre, caisse par caisse, l'organisation de la production des caisses

[509] Aujourd'hui les caisses sont à la recherche d'un équilibre entre la spécialisation des centres de production et le maintien d'un niveau de polyvalence permettant d'absorber les pics d'activité. Les solutions en cours de construction varient selon la taille de la caisse : une grosse caisse envisage la constitution d'une équipe dédiée qui pourrait être composée d'une vingtaine de personnes. Les caisses plus petites n'ayant pas les ressources nécessaires à la constitution d'une équipe dédiée envisagent d'assurer une certaine polyvalence dans chaque centre. Cette régulation de l'activité est rendue possible par la dématérialisation des flux.

[510] Cette capacité à réguler l'activité suppose aussi des actions de formation et le maintien d'un niveau d'activité suffisant pour permettre la professionnalisation.

1.5.3.4. Une stratégie de développement de l'activité pour les grosses caisses

[511] La situation des plus grosses caisses en termes de productivité est globalement mauvaise. Leurs résultats sont très en deçà de la plupart des autres caisses. L'absence de relation entre volume d'activité et productivité ne permet pas d'objectiver cette situation par l'existence de déséconomies d'échelle.

[512] Pour obtenir une productivité proche de celle de leurs consœurs à moyen terme (5 ans par exemple), il leur faudrait déployer un effort très important. Or, sur une période assez courte cet effort est hors de portée avec le seul levier des départs à la retraite.

[513] Aussi une stratégie complémentaire a été adoptée. Cela consiste, à moyens constants, et éventuellement contre rémunération du service pour celles qui sont externes, à prendre en charge de nouvelles activités. Il peut s'agir par exemple d'opérations de numérisation des feuilles papiers d'autres CPAM (la mission a connaissance d'un seul exemple en la matière). Mais cette stratégie consiste plutôt à aller chercher de nouvelles activités à l'extérieur de la branche. Ainsi une caisse a pris en charge les opérations de gestion de la caisse des industries électriques et gazières (CAMIEG).

[514] La stratégie poursuivie est intéressante et pragmatique. La mission souhaite néanmoins attirer l'attention sur les limites qu'il faut lui donner. Elle ne peut qu'être complémentaire à un effort de réorganisation de l'activité interne. Ce n'est qu'après épuisement des marges qu'elle doit être poursuivie. Car ce développement ne pourra être indéfiniment poursuivi, et le potentiel réside avant tout dans l'organisation des activités internes.

2. LES BESOINS EN EFFECTIFS DE LA BRANCHE MALADIE POUR FAIRE FACE A SON ACTIVITE FUTURE

2.1. Une activité qui va continuer de croître

[515] L'évolution démographique de la population française est un inducteur de charge direct. Son augmentation se traduit automatiquement par une augmentation à due concurrence des opérations de gestion des bénéficiaires. Elle provoque également une augmentation des opérations de liquidation sans pour autant que cette relation soit proportionnelle.

[516] Depuis les années 2000 le niveau des naissances élevé en France illustre le dynamisme de la population française. Après avoir connu un léger fléchissement des années 2002 à 2004 le nombre de naissances s'établit à plus de 800 000 par an et atteint même 834 000 en 2008.

Tableau 54 : Evolution démographie générale en France métropolitaine sur la durée de la COG 2006-2009

	Population au 1er janvier	Evolution annuelle
2006	61 400	
2007 (p)	61 771	0,60%
2008 (p)	62 106	0,54%
2009 (p)	62 449	0,55%

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil, p) Populations 2007, 2008 et 2009, état civil 2008 : résultats provisoires à fin 2008, champ : France métropolitaine

Tableau 55 : Projections démographiques pour les années 2010-2014

	Population au 1er janvier - Scénario central	Evolution annuelle
2009	62 092	
2010	62 461	0,59%
2011	62 840	0,61%
2012	63 211	0,59%
2013	63 576	0,58%
2014	63 932	0,56%

Source : Insee, projections de population 2005-2050, champ : France métropolitaine.

[517] On observera un écart entre les projections établies en 2005 et les estimations de population calculées à partir des dernières données disponibles. Ainsi la population en 2009 sera supérieure à celle qui avait été projetée selon le scénario central avec une hypothèse de fécondité haute. Néanmoins le rythme annuel de progression devrait rester assez proche de celui des dernières années.

[518] Enfin, la modification des règles concernant le renouvellement des droits devrait entraîner un surcroît d'activité pour la branche maladie. Un premier travail qui devrait être terminé en 2009 dans toutes les caisses a consisté à balayer le fichier des assurés au regard des nouvelles règles. Mais il y aura également un impact sur le fonctionnement courant des CPAM : des opérations de vérification plus nombreuses, et éventuellement des reports d'assurés en fins de droit vers la CMU dont le traitement est plus lourd. Une expérimentation est en cours en Auvergne dont les enseignements ne sont pas encore connus.

2.2. Les besoins de la branche selon plusieurs scénarios d'évolution de la productivité

2.2.1. Les écarts de productivité entre caisses démontrent que les besoins réels pour gérer l'activité sont moins importants que les moyens aujourd'hui mobilisés

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

[520] Des gains de productivité importants sont donc possibles par la réduction des écarts entre caisses. Leur estimation n'est pas aisée.

[521] Pour esquisser la cible en matière de réduction faut-il ou on considérer que l'on devrait observer au sein du réseau des caisses des productivités qui s'améliorent avec le volume d'activité ? Faut-il construire les hypothèses sur la base d'une corrélation observée entre productivité et volume d'activité ?

[522] Rien ne permet de penser que la production dans les CPAM ne pourrait pas suivre une logique économique en enregistrant des économies d'échelles (efficacité), des effets d'apprentissage ou encore des effets d'innovation dans les processus. En l'absence d'une telle corrélation toutes les caisses devraient avoir à terme la même productivité que la meilleure d'entre elles indépendamment de tous facteurs y compris le volume qu'elle doit traiter. Par ailleurs, il n'y aurait pas de déséconomies d'échelle ni de taille optimale.

[523] La mission a retenu deux méthodes dont les résultats très proches indiquent que la réduction des écarts permettrait de réduire les besoins en ETP de près de 12 000 ETP.

2.2.1.1. La réduction des écarts en fonction de productivités de référence différenciées selon le volume d'activité

[524] Cette méthode est fondée sur l'hypothèse d'une relation entre le volume d'activité et la productivité. Pour une caisse donnée, la productivité de référence est donc celle de la caisse qui a obtenu le meilleur résultat pour un volume d'activité comparable. Pour réaliser les calculs selon la méthode retenue la mission a procédé selon les étapes suivantes :

- La première étape consiste à identifier des caisses dont les résultats permettent d'illustrer que la corrélation entre volume d'activité et productivité est possible,
- la mission a ensuite identifié les productivités de référence pour 5 tranches de volume d'activité.
- les productivités de référence ont ensuite été appliquées à chaque caisse selon son volume d'activité. Deux calculs complémentaires ont été faits correspondant à deux scénarios dégradés de productivité.

1. Identification de la relation entre volume d'activité et productivité

[525] La première étape du calcul réalisé a consisté à trouver une relation entre le volume d'activité et la productivité qui est au centre du raisonnement conduit par la mission. Pour cela, sur la base d'un croisement entre ETP Annuels rémunérés (comprenant CDI et CDD du FNG) et BAP, 11 caisses ont été sélectionnées dont les résultats illustrent la possibilité d'une telle relation. Il aurait été possible de faire le même exercice avec un nombre plus important de caisses.

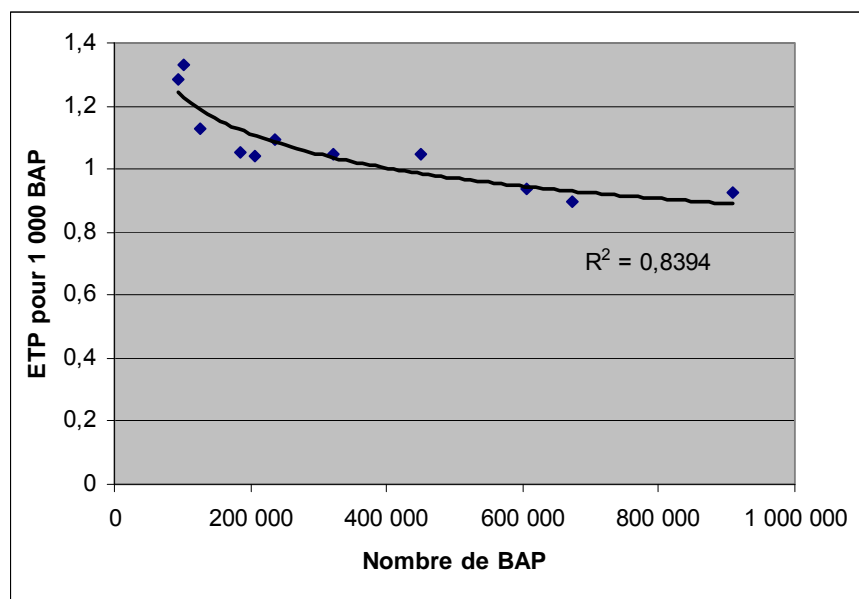
Tableau 56 : Caisses sélectionnées pour illustrer la possibilité d'une relation volume d'activité/productivité entre ETP et BAP

Nom	Etp présents rémunérés CDI + CDD au 31/12/2008	BAP 2008	ETP/1000 BAP
Aurillac	120,5	93 847	1,284204863
Gap	135,4	101 673	1,331655899
Auch	142,2	126 246	1,126102041
Tarbes	194,2	184 451	1,052878286
Vienne	215,3	206 672	1,041619709
Laon	259,4	236 716	1,095860449
St Lo	337,5	322 448	1,046620864
Avignon	471,5	451 021	1,045315751
Nîmes	566,7	606 400	0,934491311
Montpellier	600,6	671 798	0,894061229
Toulon	840,5	909 624	0,924019524

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

[526] Cette sélection permet d'obtenir une relation volume d'activité/productivité beaucoup plus forte comme le montre la graphique ci-dessous avec un coefficient R^2 à plus de 0,8. A titre de rappel plus le coefficient R^2 est proche de 1 plus la relation entre les deux variables est forte.

Graphique 16 : Relation entre volume d'activité et productivité pour une sélection de 11 caisses (2008)



Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

2. Identification des productivités de référence pour 5 tranches de volume d'activité

[527] La mission a ensuite identifié des productivités de référence pour 5 tranches de volume d'activité. Il aurait été possible de conduire un calcul caisse par caisse en reprenant les équations obtenues lors du calcul de la courbe de puissance illustrant la relation entre volume d'activité et productivité. La mission a souhaité retenir une approche plus simple et plus souple pour la branche maladie.

[528] Pour le scénario de référence la productivité de la tranche a été calculée en retenant la plus élevée de l'échantillon. Pour construire les scénarios dégradés la mission a fait évoluer la productivité de référence de 15 à 30% ce qui correspond à un ou deux écarts type constatés sur les productivités 2008 pour l'ensemble des caisses.

Tableau 57 : Productivités retenues par tranche de nombre de BAP

Nombre de BAP	Nb d'ETP pour 1 000 BAP	Nb d'ETP pour 1 000 BAP + 15%	Nb d'ETP pour 1 000 BAP + 30%
<= 100	1,28	1,472	1,664
>100 et <= 200	1,05	1,2075	1,365
> 200 et <= 400	1,04	1,196	1,352
> 400 et <= 600	0,93	1,0695	1,209
600 et plus	0,89	1,0235	1,157

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission, ETP présents et rémunérés, CDI et CDD

3. Application des productivités à chaque caisse selon son volume d'activité

- [529] Ces productivités sont ensuite appliquées aux caisses en fonction de leur volume de BAP.
- [530] Caisse par caisse la mission a retenu la meilleure productivité entre celle constatée en 2008 et celle calculée par la présente méthode. Enfin les ETP sont recalculés compte tenu de la productivité retenue et du volume d'activité constaté en 2008.
- [531] La réduction des écarts fondée sur l'observation d'une relation volume et d'activité / productivité étroite aboutirait une baisse des besoins en ETP se situant entre 2 800 à près de 11 960 selon les scénarios. Le détail des calculs par caisse figure en appendice.

Tableau 58 : Différence entre les besoins en ETP selon les scénarios de productivité et les ETP au 31/12/2008

Hypothèse	Différence entre les besoins en ETP et les ETP réels en 2008
Haute (productivité de référence)	-12 000
Moyenne (productivité de référence + 15%)	-6 000
Basse (basse productivité de référence + 30%)	-2 800

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission, ETP présents et rémunérés, CDI et CDD

2.2.1.2. La réduction des écarts par l'alignement de toutes les caisses sur la même productivité

- [532] Les estimations faites selon cette méthode consiste à, indépendamment du volume d'activité, à calculer une productivité de référence et l'appliquer à toutes les caisses. Cette méthode n'étant pas construite sur une relation entre le volume d'activité et la productivité, la productivité de référence est la productivité moyenne des 10 meilleures ou des 20 meilleures caisses.
- [533] En procédant ainsi selon l'hypothèse retenue la réduction des écarts entrainerait une baisse des besoins en ETP entre 10 000 et 12 000 ETP. Ce résultat est très proche de celui obtenu avec la première méthode.

Tableau 59 : Simulation de la réduction des écarts par alignement de toutes les caisses sur la même productivité (nb d'ETP pour 1 000 BAP)

Hypothèse	Productivité moyenne (nb d'ETP / 1 000 ETP)	ETP présents rémunérés en 2008 (CDI + CDD)	ETP avec application de la productivité de référence	Evolution des besoins en ETP
10 meilleures caisses	0,954	58 906	46 623	-12 000
20 meilleures caisses	0,997	58 906	48 588	-10 000

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

2.2.2. Une progression de la dématérialisation réduirait significativement les besoins en effectifs

2.2.2.1. Les bénéfices restant à réaliser en matière de dématérialisation de feuilles de soins sont importants

[534] En 2008, tous professionnels de santé confondus, le taux de dématérialisation des feuilles de soins était de 84,6%. Compte tenu des productivités des processus de traitement des FSE et des feuilles de soins électronique, les gains en dématérialisation ont un impact important sur l'efficacité de l'organisation de la branche maladie.

Tableau 60 : ETP affectés aux processus de traitement des feuilles de soins en 2008

	ETP	Nb de décomptes	Poids	Productivité (nb de décomptes par ETP)
FSE + B2	4 521	894 821 422	84%	197 916
FSP Scanner	2 181	114 071 769	11%	52 299
FSP Manuel	4 144	56 860 355	5%	13 720
Total	10 847	1 065 753 546		

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

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

- le taux de dématérialisation (nombre de décomptes du processus FSE + B2 sur nombre total de décomptes) de référence est de 84%, c'est-à-dire celui constaté en 2008
- pour les décomptes non dématérialisés la répartition est considérée comme constante. Elle se fait sur la base de 69% pour les décomptes traités en FSP Scanner et 31% pour les décomptes en FSP manuel, soit la répartition observée en 2008.
- La mission a retenu le principe d'une croissance annuelle du nombre de décomptes de 1,41% sur 4 exercices, ce qui correspond au rythme annuel moyen observé entre 2004 et 2008. Le nombre de décomptes serait ainsi de 1 140 782 596 en 2013.

Tableau 61 : Simulation de l'impact d'une progression de la dématérialisation sur les besoins en ETP pour traiter les feuilles de soins en 2013

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

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

- [536] On peut ainsi observer que les gains pouvant être réalisés par la dématérialisation sont encore très importants. Un point de dématérialisation représente une réduction des besoins en ETP de 351 pour traiter le volume projeté en 2013. Le scénario à 100% est irréaliste car une partie des feuilles de soins circulera toujours sous forme papier ne serait-ce que pour les situations de perte ou d'oubli de cartes par exemple. Si on retient l'hypothèse d'un taux de dématérialisation raisonnable entre 90 et 95% les besoins en ETP pour gérer les décomptes seraient réduits d'environ 3 000-3 500 ETP à productivité de traitement de FSE constante, soit près de 3/5 de l'effort réalisé sur la COG actuelle, ce qui est donc très significatif.
- [537] Atteindre un taux de dématérialisation autour de 95% supposerait néanmoins une action volontariste, des pouvoirs publics et de la caisse nationale, vers les professions de santé pour lesquelles les marges de progrès sont les plus importantes, tout particulièrement les médecins généralistes et les spécialistes (cf. infra).
- [538] Le code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de demander une contribution forfaitaire aux professionnels de santé, établissements et organismes, transmettant des feuilles de soins papier, ou autres documents servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, de produits ou des prestations remboursables. Jusque là cette contribution était fixée dans les conventions signées avec les différentes professions. La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a confié au seul directeur de l'UNCAM le soin de la déterminer. Moyennant un accompagnement, des professionnels de santé, c'est un levier important pour poursuivre la progression du taux de dématérialisation.
- 2.2.2.2. Tous les gains de productivité liés à la dématérialisation des déclarations de salaires pour la liquidation des indemnités journalières.
- [539] Malgré la dématérialisation de la déclaration de salaires (DSIJ) à hauteur de 25% aucun gain de productivité n'est réalisé. L'absence d'injecteur dans le système d'information de la CNAMTS conduit de fait les équipes à imprimer les déclarations électroniques qui leur parviennent pour les saisir ensuite dans les applications informatiques de la branche.
- [540] Or les effectifs affectés au traitement des IJ maladie, maternité et paternité sont de plus de 4 220 ETP en 2008 selon la comptabilité analytique. Il y a donc là une source importante de gains de productivité.
- [541] Malheureusement compte tenu de l'organisation actuelle, la productivité du traitement des décomptes DSIJ dématérialisés n'est pas connue par la caisse nationale qui ne dispose pas d'étude en la matière. On ne peut donc qu'essayer de l'approcher.

- [542] Le processus de traitement des indemnités journalières en matière de maternité, paternité et maladie comprend les opérations suivantes :
- Ensemble des activités liées à la prise en compte des flux entrants.
 - Ensemble des opérations liées à l'instruction des dossiers (ouverture des droits, demandes d'informations, notifications de refus ...).
 - Saisie des éléments de salaire,
 - Gestion de l'échéancier,
 - Tous contrôles réalisés dans le cadre du contrôle interne.
 - Ensemble des opérations d'archivage.
 - Gestion des réclamations par le personnel spécialisé (Back –Office).
- [543] Les gains de la dématérialisation porte sur un nombre d'opérations significatifs puisqu'il devrait alléger la prise en compte des flux, supprimer la saisie, et faciliter les opérations d'archivage.
- [544] En s'appuyant sur les résultats en matière de feuilles de soins, on constate que la productivité du processus de traitement des FSE est 14 fois meilleure que celle des feuilles de soins papier. Cependant l'instruction des demandes d'indemnités journalières est plus complexe.
- [545] Il paraît donc difficile d'obtenir une telle différence entre le traitement d'une DSIJ dématérialisée et interfacée avec le système d'information et celui d'une DSIJ papier. La mission estime plus probable que cet écart corresponde à peu près à celui observable entre la productivité du processus « feuilles de soins papier » et celle du processus « feuilles de soins scannés », soit un rapport de un à quatre selon les données de 2008 (7,3 ETP pour 100 000 décomptes pour le processus FSP manuel contre 1,9 ETP pour 100 000 décomptes pour le processus FSP Scanner). En effet, ces deux processus se différencient seulement par le traitement du flux d'entrée. Par ailleurs l'un comme l'autre nécessite une saisie d'un opérateur, ce qui ne serait pas le cas pour les DSIJ dématérialisées.
- [546] La mission considère donc raisonnable de prendre comme hypothèse de travail un rapport de 1 à 4 entre les productivités de traitement des demandes d'indemnités journalières dématérialisées avec injection directe dans les outils informatiques et celui des demandes papier.
- [547] Sur cette base, dans la perspective d'un taux de dématérialisation de 25% avec injection directe dans le SI, les gains en productivité entraînerait une baisse des besoins de l'ordre de 800 ETP. Une dématérialisation de 50% conduirait à réduire de 1 600 les ETP affectés au traitement des indemnités journalières.

Tableau 62 : Impact de la dématérialisation des DSI sur les ETP affectés à leur traitement

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

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

[548] La progression du taux de dématérialisation sera toutefois difficile à réaliser compte tenu des limites évoquées par la mission concernant l'adhésion des entreprises à ce mode de déclaration du fait de leurs propres systèmes d'information (cf. annexe systèmes d'information). Aussi les scénarios bâtis sur une hypothèse de dématérialisation de 50% et plus semblent pour l'instant éloignés.

2.2.2.3. Le champ de la dématérialisation peut encore être étendu

[549] Une réflexion analogue peut être conduite concernant le traitement des déclarations d'accidents du travail et des maladies professionnelles qui concernent un peu plus de 1 100 ETP en 2008.

[550] Enfin, avec le développement de contacts multicanaux et en particulier des services WEB une partie des contacts réalisés jusque là dans les agences ou sur les plateformes téléphoniques. Les ETP affectés à ces deux processus étaient en 2007 respectivement de 4 500 et 3 700.

[551] Le déploiement d'une offre de services internet conduira certainement à une augmentation des contacts mais aussi à un report sur ce nouveau mode de relation. A la condition que les processus de production aient fait l'objet d'une réingénierie pour tenir compte de ses nouveaux services. Or aujourd'hui les opérations réalisables sur internet sont traitées comme les flux papier. La mission n'est pas en mesure d'estimer les gains possibles mais compte tenu du nombre d'ETP ils pourraient s'avérer significatifs.

[552] Parmi les autres opérations ou traitements pour lesquels des gains, certes moins importants, sont aussi possibles :

- Le rapprochement des lots électroniques et des lots papiers des pièces justificatives envoyés par les officines
- La liquidation médico administrative par un meilleur interfaçage des systèmes d'information médicaux et administratif. Néanmoins, l'intérêt de la liquidation médico administrative est avant tout d'obtenir une plus grande efficacité, en particulier en matière de contrôles.

2.2.3. Une mutualisation renforcée des fonctions supports mérite d'être conduite entre les différents réseaux

[553] La dynamique de mutualisation lancée par la CNAMTS grâce à l'appel à projet a permis de faire émerger un certain nombre de pistes intéressantes. Elle a incontestablement créé une dynamique qui commence néanmoins à s'essouffler. Une nouvelle impulsion est nécessaire pour mettre en œuvre les mutualisations nécessaires.

[554] Aux yeux de la mission certains sujets se prêtent naturellement à une mutualisation qui ne devrait pas se limiter à plusieurs caisses mais aussi englober d'autres organismes de la branche, principalement les DRSM. Il en est ainsi des fonctions suivantes :

- Audit : aujourd'hui chaque caisse dispose d'une équipe d'audit plus ou moins importante qui se consacre essentiellement à des audits qualité en lien avec la certification ISO. Si la mission n'est pas en mesure de porter une appréciation sur la qualité des audits réalisés, la mutualisation, par l'augmentation du volume et la diversité des audits et des situations, permettrait certainement de professionnaliser d'avantage les équipes. Par ailleurs, pour les mêmes raisons la mutualisation rendrait possible le développement de missions d'audit interne sur d'autres thèmes que la qualité, en particulier l'optimisation de la production, au profit des équipes de direction alors que la mission a pu constater dans les caisses visitées que ce type de mission reste peu développé.
- Paye : des expérimentations ont eu lieu en la matière. Il ne fait pas de doute qu'il s'agit d'un champ classique de mutualisation qui concernent l'ensemble des organismes
- Contentieux : les équipes gérant les contentieux sont parfois assez réduites. Pour certains contentieux le volume d'affaire traité est très faible. C'est le cas en matière pénal. En outre en l'absence d'une animation nationale forte la dissémination des équipes nuit à la

cohérence d'ensemble et peut être source d'insécurité juridique. La mutualisation de cette fonction rendrait plus facile l'animation nationale et la professionnalisation sur certaines affaires.

- Système d'information : comme la mission l'a souligné il existe dans toutes les caisses des équipes informatiques qui assurent les interventions de premier niveau et la réalisation de développements locaux. Il est nécessaire de maintenir une fonction informatique dans chaque caisse pour assurer un support de premier niveau. Par contre s'agissant des développements locaux, la mutualisation entre plusieurs caisses aurait le double avantage d'une plus grande efficacité et d'une plus grande cohérence dans les solutions mises en place. Toutefois, il faudrait prendre en compte les conséquences de la réorganisation de la DDSI qui peut aboutir à un redéploiement des moyens des CTI vers des fonctions d'animation et de supervision des applications locales
- Gestion des approvisionnements et des biens. La mission n'a pas connaissance d'expérimentation sur ces processus. Ce sont pourtant deux sujets qui s'imposent assez naturellement pour une opération de mutualisation.

[555] Sur certains des sujets évoqués, par exemple certains contentieux ou encore la paye, il serait certainement envisageable de mutualiser sur une base nationale. Toutefois, elle serait néanmoins source de progrès si elle était réalisée au niveau régional.

[556] Il est difficile compte tenu des éléments disponibles de déterminer ce que pourraient être les gains de productivité potentiels. Dans la comptabilité analytique les ETP ne sont pas ventilées à un niveau inférieur au macro processus. Seuls les processus de gestion des approvisionnements et de gestion des biens la mission peuvent faire l'objet d'une estimation sur la base des données de la comptabilité analytique. En 2008 ils occupaient plus de 2 000 ETP.

[557] Concernant la gestion des biens la productivité nationale s'est établie en 2008 à 2 089 m² par ETP. Une progression de la productivité vers au niveau du résultat des 10 à 20 meilleures caisses la situerait autour de 5 000 M² par ETP. La gestion des biens demanderait alors pour l'ensemble des caisses un peu plus de 430 ETP. S'agissant de la gestion des approvisionnements sur un raisonnement identique porterait la productivité à 1 500 000 euros gérés en classe 6 (hors compte 64) contre 916 351 en 2007. Il faudrait alors affecter 611 ETP à cette gestion. Au total près de 1 100 ETP seraient nécessaires pour prendre en charge les deux processus, contre plus de 2 000 actuellement.

[558] Enfin la mission a déjà indiqué que les mutualisations ne concernaient que très peu le service des prestations qui reste le premier métier des caisses et celui qui demande le plus de moyens. Quelques expériences ont eu lieu sur des secteurs relativement réduits comme les rentes ou les invalidités. Elles ont démontré que les gains de productivité engrangés pouvaient être importants. Ainsi la mutualisation de la gestion des rentes et des prestations d'invalidité entre 7 caisses a permis d'améliorer la productivité pour les premières de 18% et de 15% pour les secondes³⁶.

[559] La mission juge donc nécessaire que la branche maladie se dote d'une stratégie nationale de mutualisation reprenant les champs des projets des caisses et l'élargissant à de nouveaux thèmes en particulier sur les processus de production.

2.2.4. Une étude approfondie devrait être réalisée sur l'organisation territoriale de la production

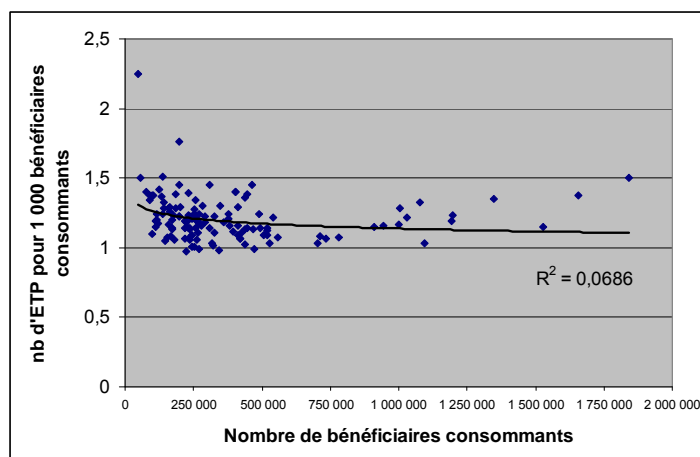
[560] Comme la mission l'a souligné la stratégie de la CNAMTS en matière d'organisation du réseau repose sur deux principes :

- une identité entre le périmètre juridique des caisses et leur périmètre de production pour une très grande partie de leurs missions, sur la base d'une caisse primaire par département
- une mutualisation d'une partie des fonctions supports et d'une petite partie de la production à une échelle inter CPAM.

³⁶ Source : CNAMTS

- [561] Elle suppose de disposer de deux paramètres qui sont importants pour guider la réflexion sur l'évolution du réseau en matière de production: la taille critique et la taille optimale.
- [562] Le premier qui a été estimée par la caisse nationale entre 200 000 et 250 000 bénéficiaires détermine le volume minimal d'activité en deçà duquel une caisse rencontrerait des difficultés pour exercer ses missions. Par contre s'agissant de la taille optimale aucune étude n'est à ce jour disponible.
- [563] On peut essayer de l'approcher de manière globale en identifiant le nombre de bénéficiaires consommateurs pour lequel on observe la meilleure productivité (nombre de bénéficiaires consommant par ETP présents et rémunérés au cours de l'année 2008, comprenant CDD et CDI). Compte tenu des organisations et donc des productivités actuelles, on observe que les meilleures productivités s'observe dans un intervalle de 750 000 à 1 million de bénéficiaires consommateurs (cf. graphique infra). Le nombre de bénéficiaires consommateurs étant de 48 millions en 2008, prise globalement la taille optimale serait selon cette estimation supérieure au niveau départemental.

Graphique 17 : Répartition des caisses selon le ratio ETP moyens rémunérés en 2008 (CDI + CDD) et le nombre de bénéficiaires consommateurs



Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

- [564] Il est probable que la taille optimale varie sensiblement selon les processus, ces derniers, appelant la réalisation d'opérations plus ou moins complexes, étant très différents les uns des autres. Certains pourraient certainement être regroupés sur une base nationale tandis que d'autres le seraient plutôt sur une base interdépartementale voire régionale.
- [565] En outre, la réflexion sur l'organisation de la production ne peut faire abstraction des aspects managériaux et de pilotage du réseau. Elle doit également prendre en compte la cohérence des missions des caisses primaires et les liens qui existent entre les différentes missions.
- [566] Compte tenu des possibilités d'optimisation qui demeurent, la mission estime tout à fait indispensable que la CNAMTS réalise une étude approfondie sur l'évolution de son réseau, en particulier concernant les caisses primaires.

2.2.5. Une simplification de la réglementation aurait un impact significatif sur la productivité

- [567] La productivité tient aussi à la complexité des tâches à réaliser. Il faut d'ailleurs noter que les progrès réalisés par la branche ont été réalisés alors que la réglementation s'est sensiblement alourdie.

[568] La mission n'est pas en mesure de quantifier les possibilités de simplification et les gains qui pourraient en découler. Mais la simplification réglementaire est une voie de progrès qui peut permettre d'aller la charge de travail des personnels de l'assurance maladie.

Recommandation n°38 : Réaliser un balayage et à chaque fois que possible une simplification, en collaboration avec les équipes de la branche, des dispositions réglementaires

2.3. *L'évolution des effectifs doit concourir de manière significative à l'amélioration de la productivité*

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

Tableau 63 : Récapitulatif des gains potentiels de productivité liés à la réduction des écarts et à la dématérialisation

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

Source : Mission

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

Tableau 64 : Evolution de la productivité sur la période 2005-2008

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

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

[571] Si on prend une hypothèse de maintien de ces deux rythmes de progression, à échéance de la fin de la prochaine COG la réduction des besoins en ETP seraient d'environ 5 000 (cf. tableau ci-dessous). Ces chiffres s'entendent hors transferts de personnels vers les ARS.

Tableau 65 : Estimation des besoins en ETP pour la COG à venir sur la base d'une activité et d'une productivité augmentant sur les rythmes observés sur la période 2005-2008

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

Source : mission

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

Tableau 66 : Départs à la retraite branche maladie sur la période 2006-2008

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

Source : CNAMTS

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

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

COMPLEMENTS

[575] La cartographie des processus ayant changé en 2006, les séries historiques sont réduites aux années 2006, 2007, et 2008. Par contre, il est possible de comparer les taux de dispersion entre 2004 et 2008, chaque exercice pris indépendamment étant cohérent pour l'ensemble des caisses.

Annexe 2.1 : Analyse du processus droits de base et optionnel

[576] Le processus droits de base et optionnel comprend :

- Ensemble des activités liées à la prise en compte des flux entrants (courrier).
- Ensemble des opérations liées à l'immatriculation et l'affiliation (créations, modifications, annulations),
- Ouverture et évolution des droits,
- Mises à jour de la BDO (données administratives et médico administratives),
- Opérations liées à la gestion des cartes SESAM VITALE (délivrance, renouvellement des cartes, mises à jour, traitement des déclarations de perte, de vol, des incidents, des destructions, alimentation SGCAM, traitement des flux quotidiens, des litiges INSEE/SANDIA ...),
- Tous contrôles réalisés dans le cadre du contrôle interne (y compris contrôle du délégataire de l'agent comptable).
- Ensemble des opérations d'archivage.
- Gestion des réclamations par le personnel spécialisé (Back -Office).
- Traitement et vidéocodage des formulaires Médecins Traitants.

1. DONNEES GENERALES

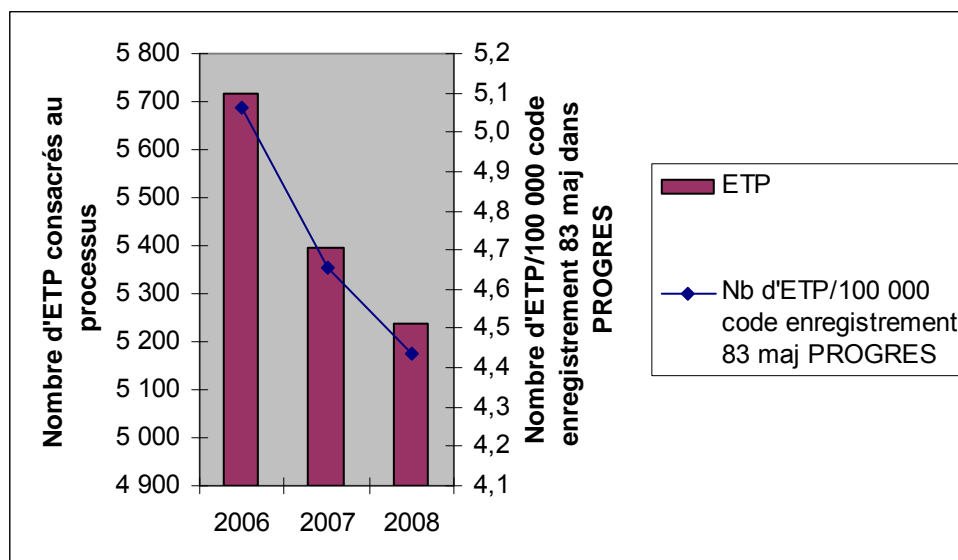
Tableau 67 : Statistiques descriptives sur la productivité du processus droit de base et optionnels dans les caisses, en 2008

	Nb d'ETP affectés au processus/100 000 codes enregistrements 83 maj dans PROGRES
Moyenne	4,36
Médiane	4,26
Écart-type	1,13
Plage	7,75
Minimum	2,17
Maximum	9,92
Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne)	25,8%

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

[577] La dispersion des résultats de productivité est assez importante.

Graphique 18 : Evolution de la productivité nationale sur le processus droits de base et optionnel



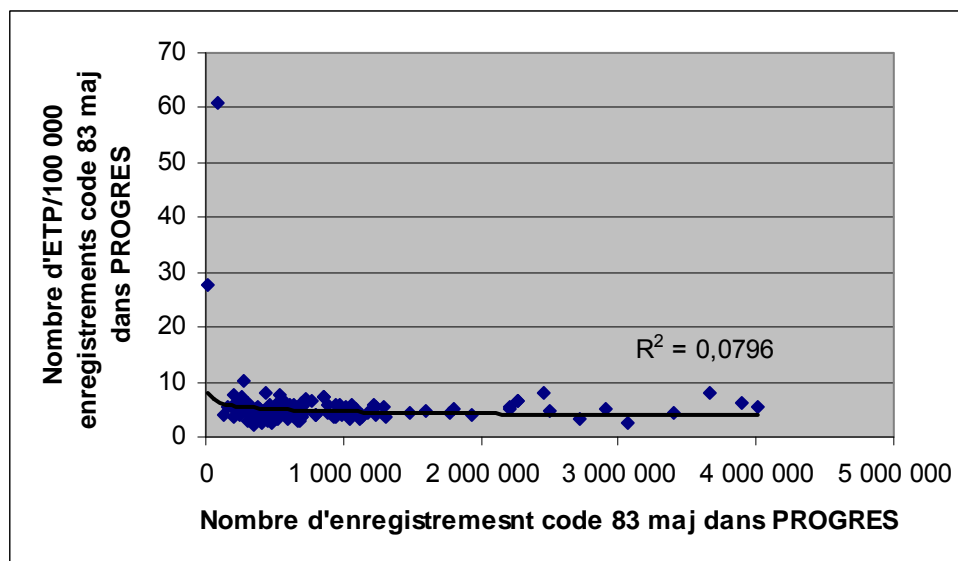
Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008

[578] Ni l'année 2004, ni celle de 2008 ne permettent de trouver une relation entre la productivité et le volume d'activité. Dans les deux cas les coefficients R^2 sont très faibles et n'évoluent pas de manière significative entre 2004 et 2008.

2.1. Pour l'ensemble des caisses

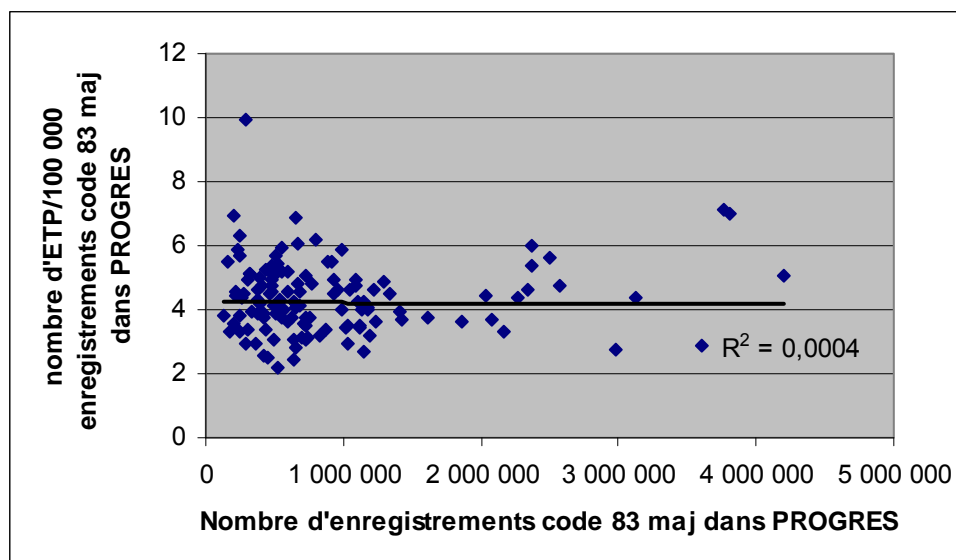
Graphique 19 : Dispersion des caisses en 2004, sans retraitement



Source : CNAMTS, comptabilité analytiques, calculs faits par la mission

[579] L'existence de deux atypies écrase le schéma et ne permet pas de rendre compte de la situation.

Graphique 20 : Dispersion des caisses en 2008, sans retraitement



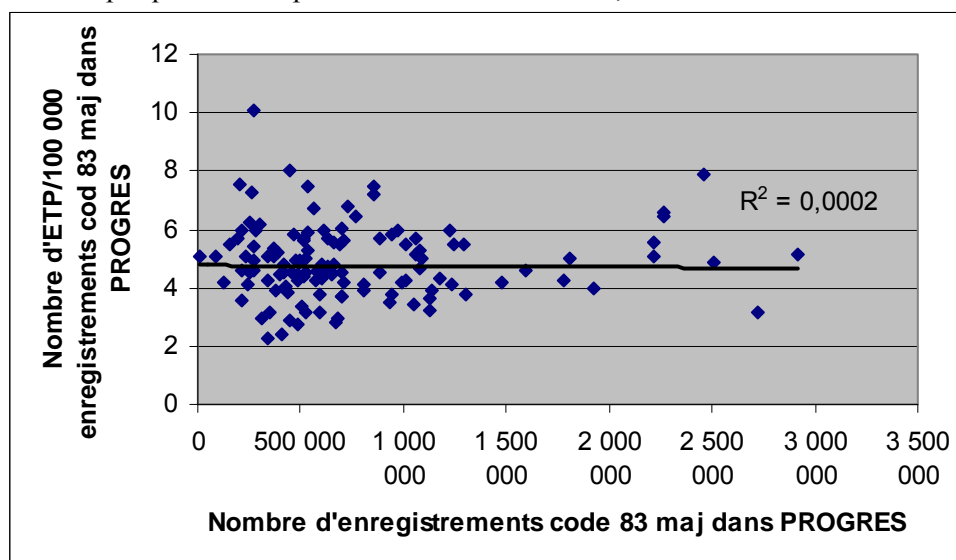
Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

- [580] En 2008, les atypies sont moins fortes et la dispersion des productivités apparaît nettement. Il n'y a pas non plus de relation forte et établie entre le volume d'activité et la productivité (coefficient R^2 très faible).

2.2. Avec un retraitement simplifié

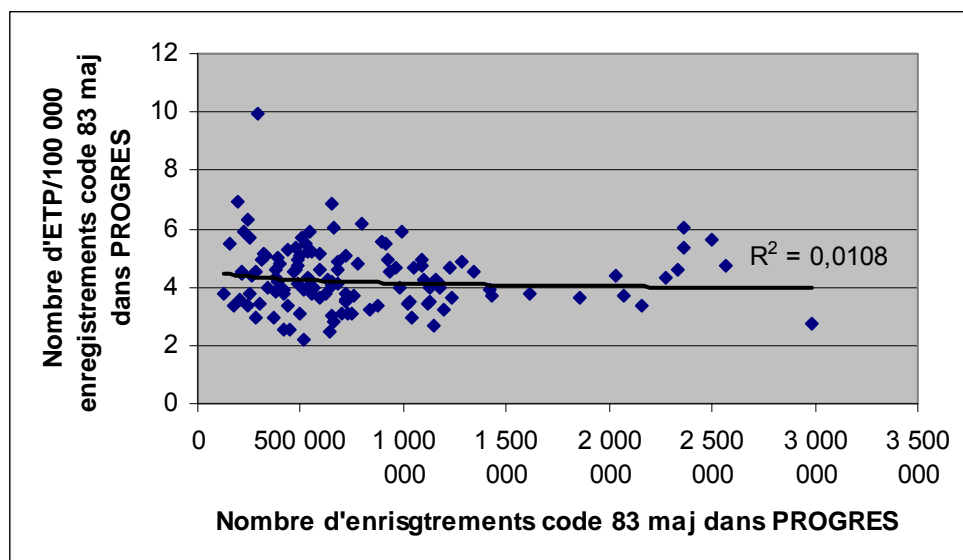
- [581] Pour faciliter la lecture des nuages de points un retraitement simplifié a été réalisé. Les cinq plus grosses caisses ne figurent pas dans les deux graphiques suivants. En 2004, pour les mêmes raisons, deux atypies ont artificiellement corrigées et les caisses concernées placées au niveau de la moyenne.

Graphique 21 : Dispersion des caisses en 2004, avec retraitement



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

Graphique 22 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement



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

Annexe 2.2 : Analyse du processus CMU

[582] Le processus CMU comprend :

- Ensemble des activités liées à la prise en compte des flux entrants.
- Ensemble des opérations liées à l'instruction des demandes de CMU de base ou complémentaire (demandes d'informations, accords, refus...),
- Prorogation des droits,
- Saisie des informations sur le logiciel Base Ressources.
- Tous contrôles réalisés dans le cadre du contrôle interne.
- Ensemble des opérations d'archivage.
- Gestion des réclamations par le personnel spécialisé (Back-Office).

[583] La liquidation des prestations CMU relève de la Gestion des prestations en nature.

1. DONNEES GENERALES

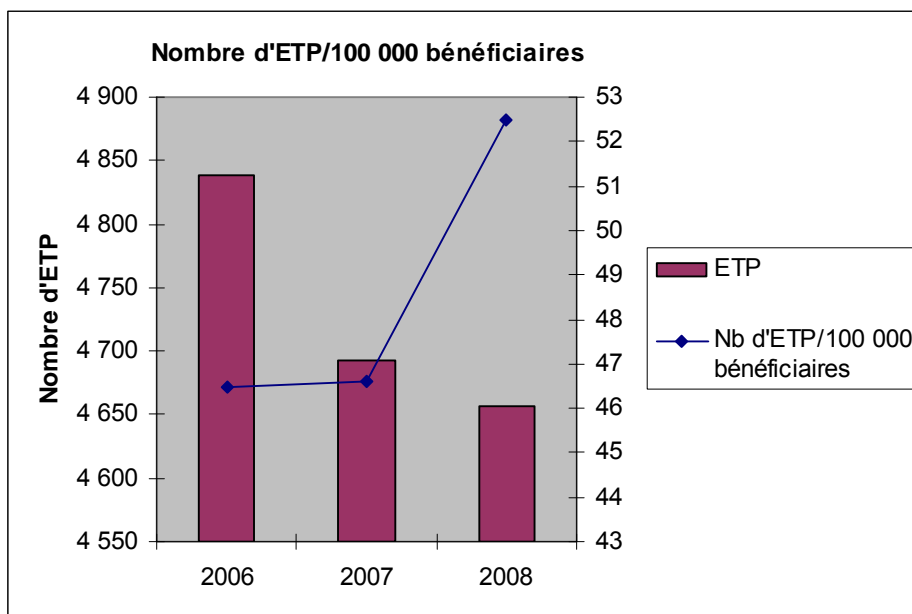
Tableau 68 : Statistiques descriptives sur la productivité du processus CMU, en 2004 et 2008

	Nb d'ETP affectés au processus/100 000 bénéficiaires CMU	
	2004	2008
Moyenne	36,67	31,99
Médiane	35,58	30,51
Écart-type	14,27	11,40
Plage	68,32	65,96
Minimum	7,28	13,81
Maximum	75,60	79,76
Taux de dispersion (rapport Ecart-type/moyenne)	38,9%	35,6%

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

[584] On pourra noter une légère réduction de la dispersion et donc des écarts de productivité, qui reste néanmoins à un niveau élevé.

Graphique 23 : Evolution de la productivité du processus CMU



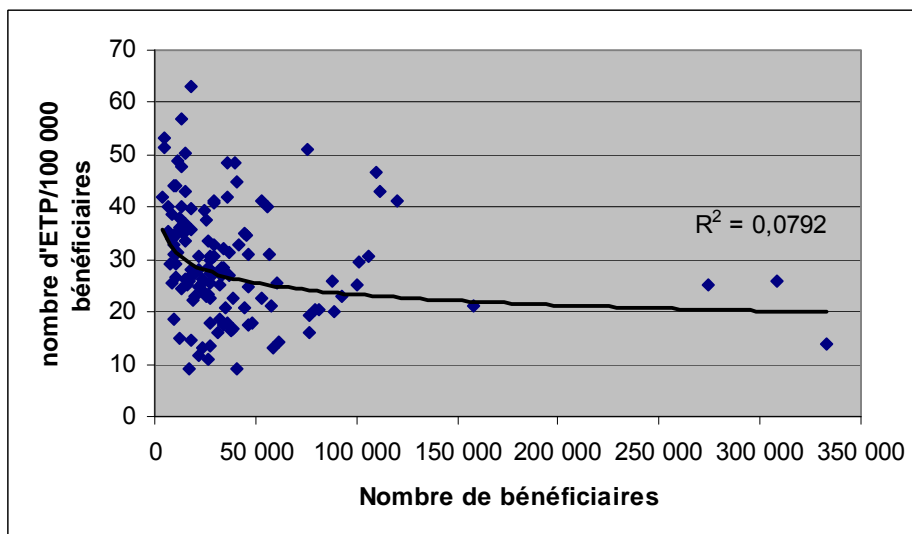
Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

[585] Alors que le nombre d'ETP consacrés au processus se réduit sensible et régulièrement depuis 2004, les années 2007 et 2008 sont marquées par une stabilisation de la productivité (nombre d'ETP/100 000 bénéficiaires) qui s'explique par une décrue de l'unité d'œuvre concernée.

2. ANALYSE DE LA RELATION ENTRE VOLUME D'ACTIVITE ET PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008

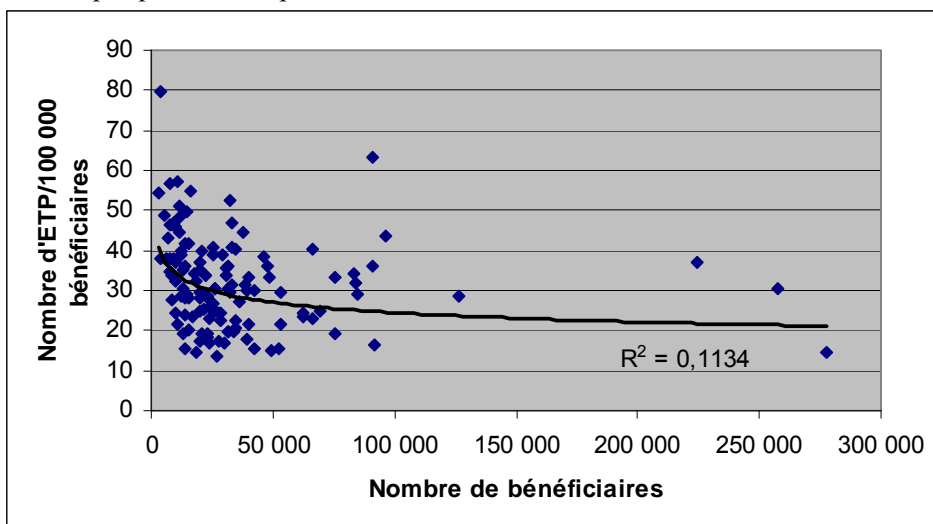
2.1. Pour l'ensemble des caisses

Graphique 24 : Dispersion des caisses en 2006, sans retraitement



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

Graphique 25 : Dispersion des caisses en 2008, sans retraitement



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

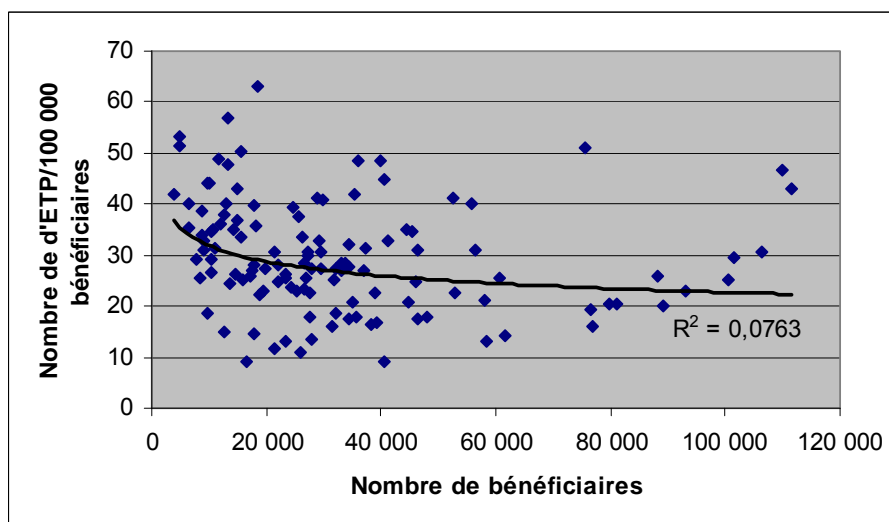
[586] Entre 2004 et 2008 on peut observer un regroupement des productivités autour d'un nombre d'EPT pour 100 000 bénéficiaires si situant schématiquement entre 50 et 15. L'existence de trois situations atypiques ne permet pas d'appréhender visuellement correctement la dispersion qui reste importante.

[587] Il n'est pas possible de trouver une relation solide entre productivité et volume d'activité. On peut néanmoins observer que les caisses ayant l'activité la plus forte ont une productivité plutôt bonne. Par ailleurs on notera que la relation entre volume d'activité et productivité est plus forte en 2008 qu'en 2004.

2.2. Avec un retraitement simplifié

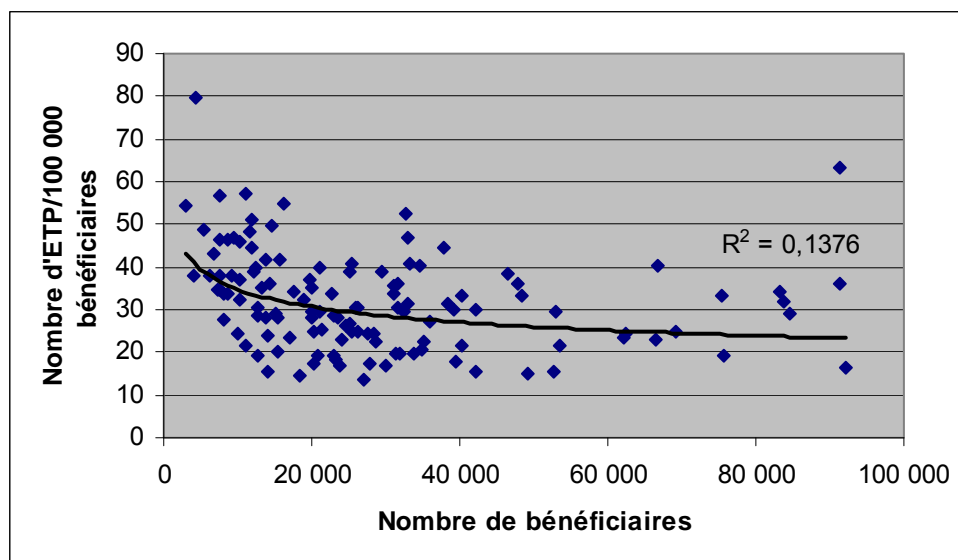
[588] Le retraitement a consisté à ne pas faire figurer les 5 caisses ayant l'activité la plus importante sur ce processus pour rendre la lecture du graphe plus facile.

Graphique 26 : Dispersion des caisses en 2006, avec retraitement



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

Graphique 27 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement



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

- [589] Avec un retraitement simplifié, le regroupement est confirmé mais la dispersion reste importante. Certaines situations restent atypiques avec un volume d'activité important et une faible productivité ou au contraire un faible volume d'activité et une très bonne productivité.
- [590] Comme pour les autres processus, il n'est pas possible d'établir une relation forte entre volume d'activité et productivité.

Annexe 2.3 : Analyse du processus FSP manuel

[591] Le processus FSP manuel comprend :

- Ensemble des activités liées à la prise en compte des flux entrants.
- Ensemble des opérations liées au remboursement réalisé dans le cadre d'une saisie manuelle (saisie des prestations initiales ou de régularisations, ordonnancement global explicite, traitement des rejets, signalements et recyclage ...),
- Opérations de transfert de charges (transfert des lots vers le CTI).
- Tous contrôles réalisés dans le cadre du contrôle interne.
- Ensemble des opérations d'archivage.
- Gestion des réclamations par le personnel spécialisé (Back –Office).

1. DONNEES GENERALES

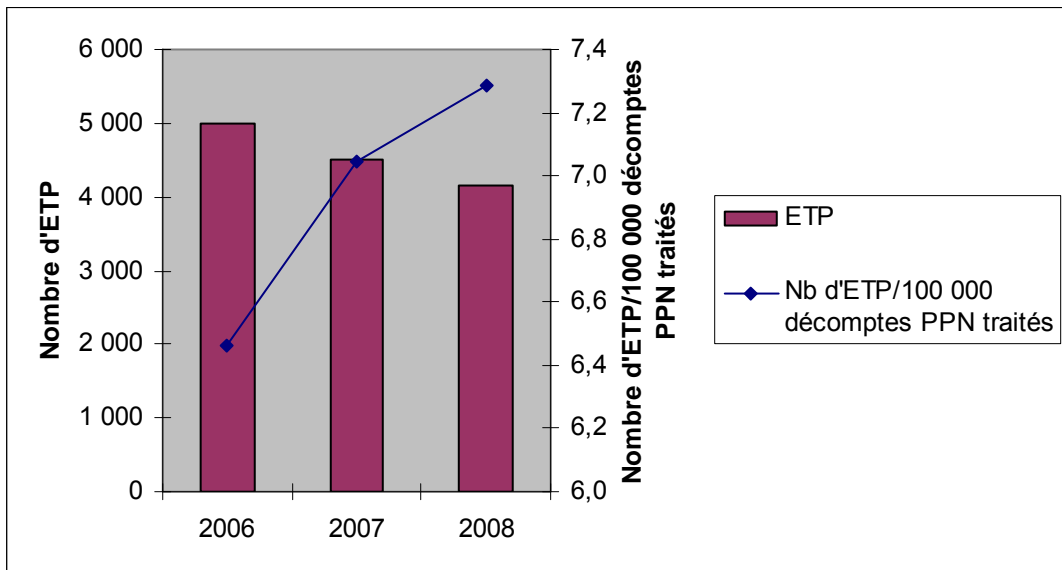
Tableau 69 : Statistiques descriptives sur la productivité du processus FSP manuel, en 2004 et 2008

	Nb d'ETP affectés au processus/100 000 décomptes PPN traités	
	2004	2008
Moyenne	6,44	7,13
Médiane	6,26	7,03
Écart-type	2,16	2,12
Plage	10,13	13,65
Minimum	2,42	2,84
Maximum	12,55	16,48
Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne)	33,6%	29,7%

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

[592] On relèvera que la dispersion est importante, mais s'est réduite légèrement de 33,6% en 2004 à 29,7% en 2008.

Graphique 28 : Evolution de la productivité du processus FSP manuel



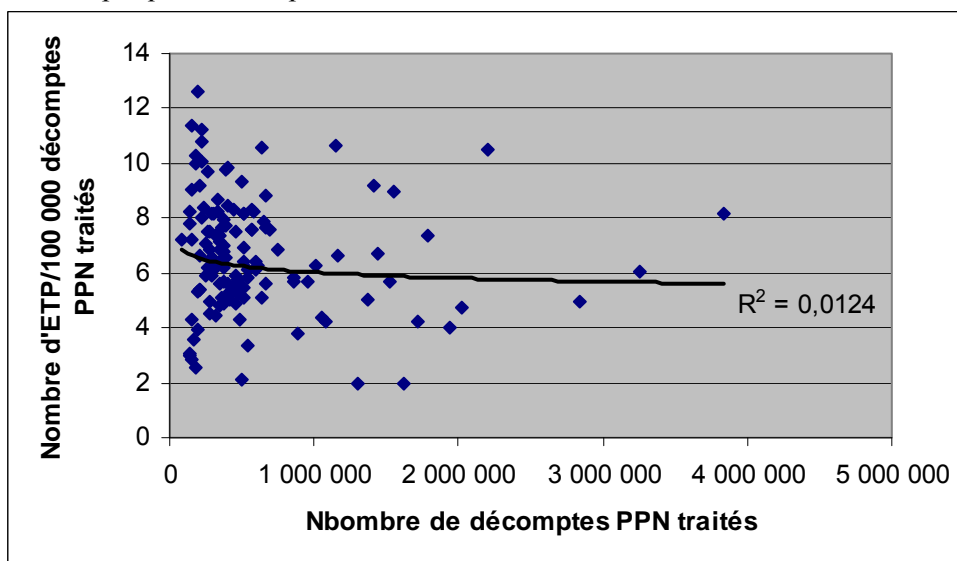
Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

[593] L'évolution de la productivité sur le processus de traitement des feuilles de soins papiers fait apparaître une baisse des effectifs consacrés au processus mais une nette dégradation de la productivité. Cette dégradation s'explique par une baisse très forte du nombre de feuilles de soins papier et de décomptes à traiter.

2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2006 ET 2008

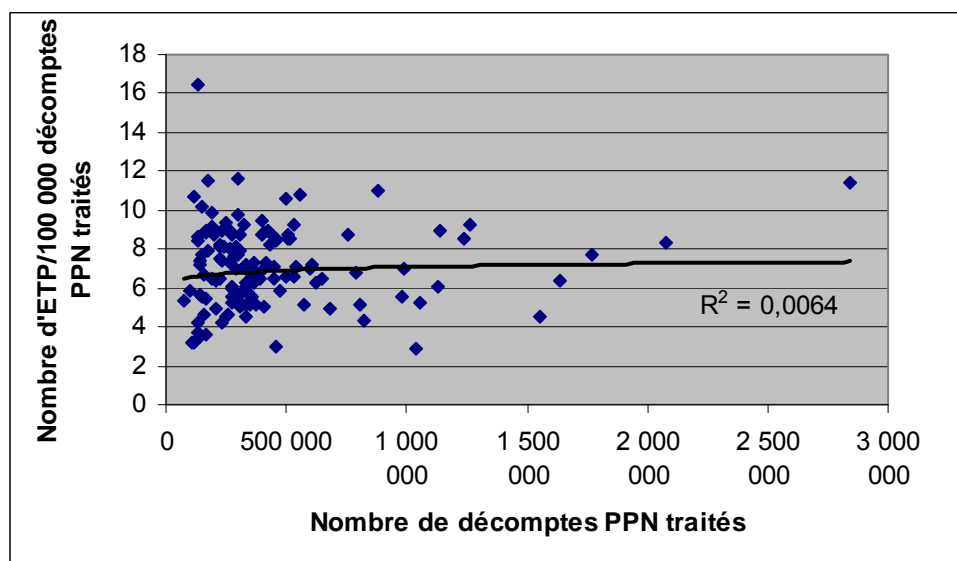
2.1. Pour l'ensemble des caisses

Graphique 29 : Dispersion des caisses en 2006, sans retraitement



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

Graphique 30 : Dispersion des caisses en 2008, sans retraitement



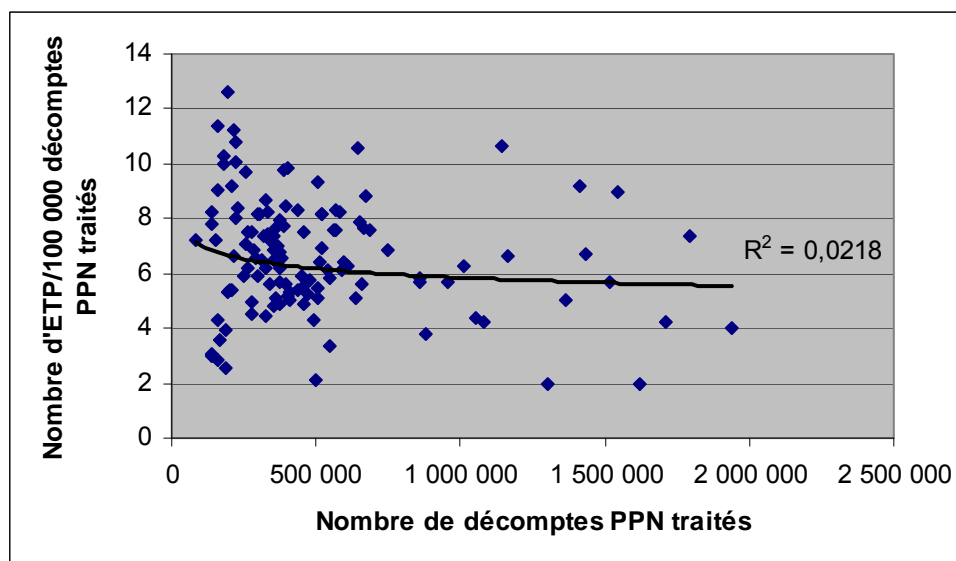
Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

- [594] On observe une dispersion importante pour partie masquée sur le graphe par le positionnement des plus grosses caisses. Il y a une réduction de l'amplitude des productivités entre 2006 et 2008, mais la dispersion reste importante. Il n'y a pas de relation forte entre volume d'activité et productivité.

2.2. Avec retraitement simplifié

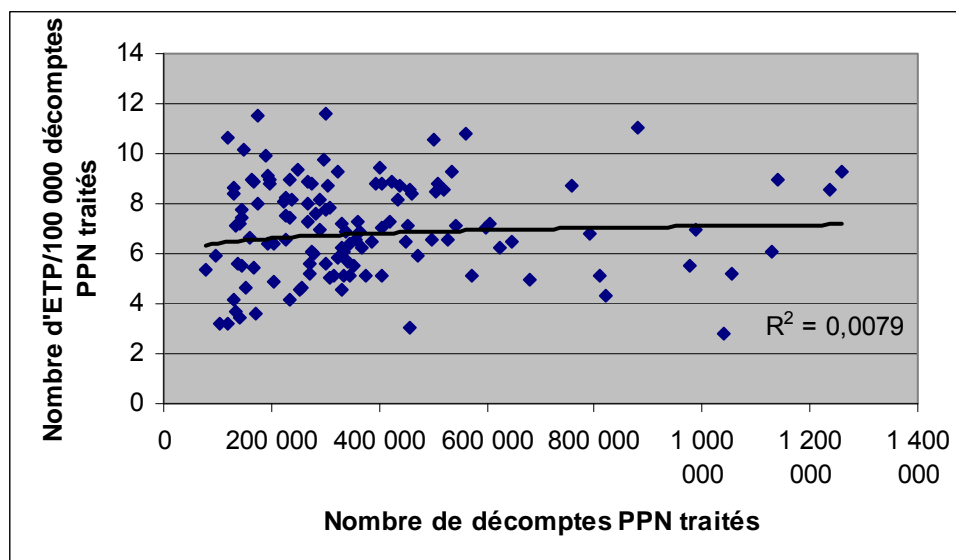
- [595] Le retraitement simplifié a consisté à ne pas représenter des 5 caisses connaissant la plus grosse activité sur ce processus. Par ailleurs un résultat atypique (une productivité très mauvaise mais très isolée par rapport au reste des caisses) a été corrigé et placée artificiellement à la moyenne pour les besoins de l'analyse.

Graphique 31 : Dispersion des caisses en 2006, avec retraitement



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

Graphique 32 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement



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

- [596] Le retraitement simplifié permet de faire ressortir la dispersion des productivités et l'absence de corrélation entre volume d'activité et productivité. Par contre à la différence de certains processus il est difficile d'observer une réduction de la dispersion.

Annexe 2.4 : Analyse du processus FSE + B2

[597] Le processus FSE, B2 comprend :

- Ensemble des opérations liées au remboursement des FSE (ordonnancement global explicite des lots FSE, vérifications, traitement des signalements, rejets, recyclages ...).
- Tous contrôles réalisés dans le cadre du contrôle interne.
- Ensemble des activités liées à la prise en compte des flux entrants.
- Ensemble des opérations liées au remboursement des flux externes hors FSE (rapprochement des pièces justificatives, ordonnancement global explicite des lots B 2, traitement des signalements, rejets, recyclages ...).
- Ensemble des opérations d'archivage des pièces concernées.
- Gestion des réclamations par le personnel spécialisé (Back –Office).

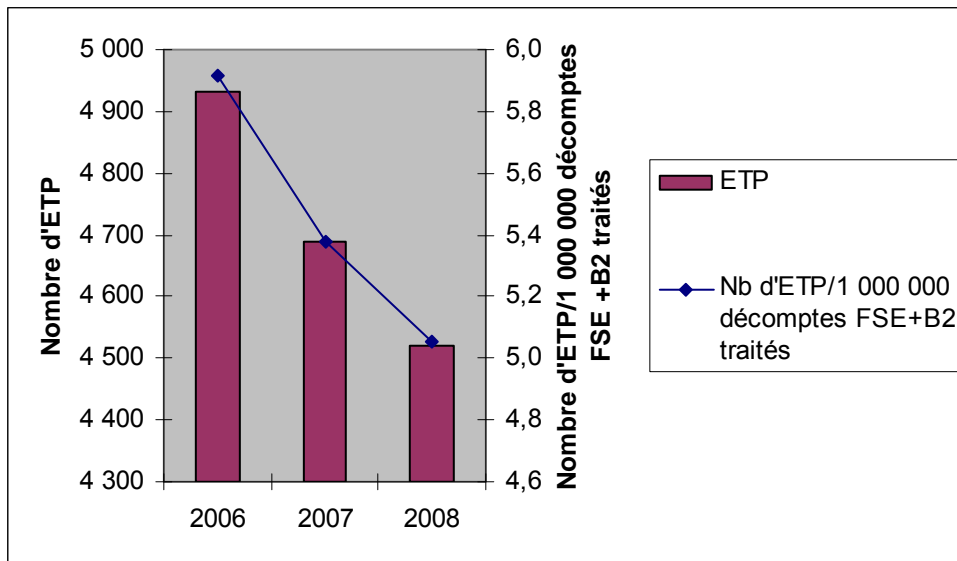
1. DONNEES GENERALES

Tableau 70 : Statistiques descriptives sur la productivité du processus FSE + B2, en 2004 et 2008

	Nb d'ETP affectés au processus/1 000 000 décomptes FSE + B2 traités	
	2004	2008
Moyenne	7,16	5,21
Médiane	6,91	4,99
Écart-type	2,16	1,26
Plage	16,99	8,46
Minimum	2,75	2,38
Maximum	19,74	10,84
Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne)	30,2%	24,2%

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

Graphique 33 : Evolution de la productivité du processus FSE + B2



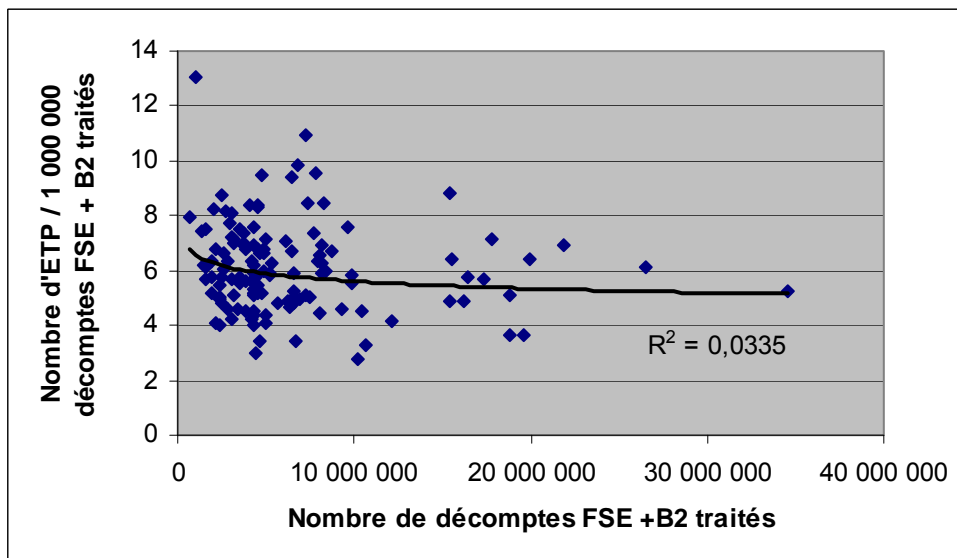
Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

[598] On peut observer une décreue régulière du nombre d'ETP qui suit assez fidèlement celle de l'activité, avec une productivité qui s'améliore selon le même rythme.

2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008

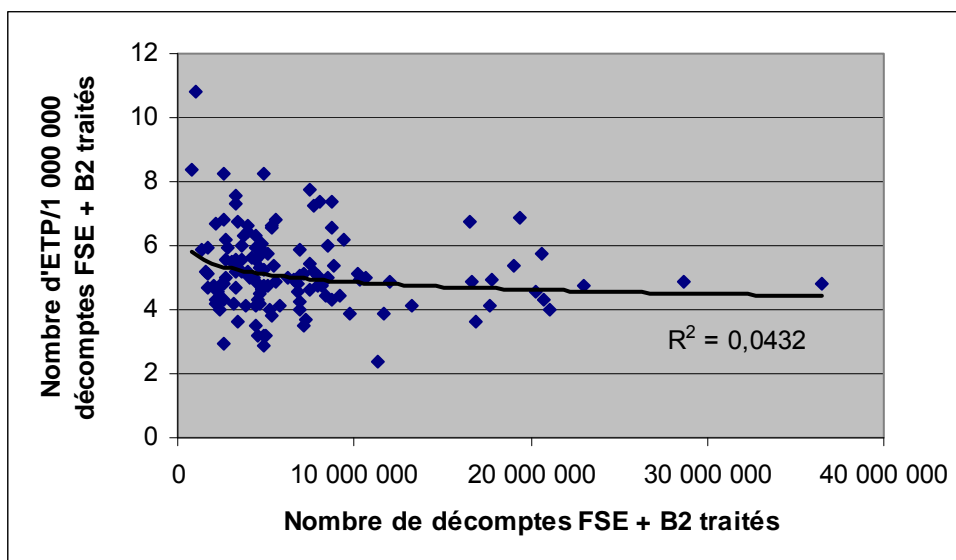
2.1. Pour l'ensemble des caisses

Graphique 34 : Dispersion des caisses en 2006, sans retraitement



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

Graphique 35 : Dispersion des caisses en 2008, sans retraitement



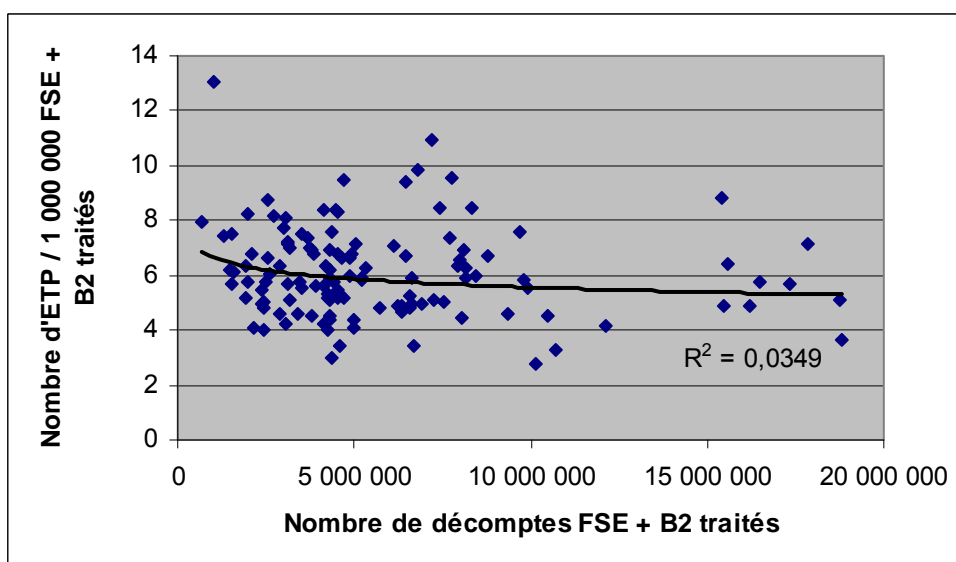
Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

[599] On peut observer une réduction de la dispersion des caisses avec un effet de « rattrapage » concernant les caisses à faible activité et dont les productivités étaient très mauvaises. La dispersion reste cependant forte.

[600] La relation entre volume d'activité et productivité est quasi inexistante et ne connaît pas d'évolution significative.

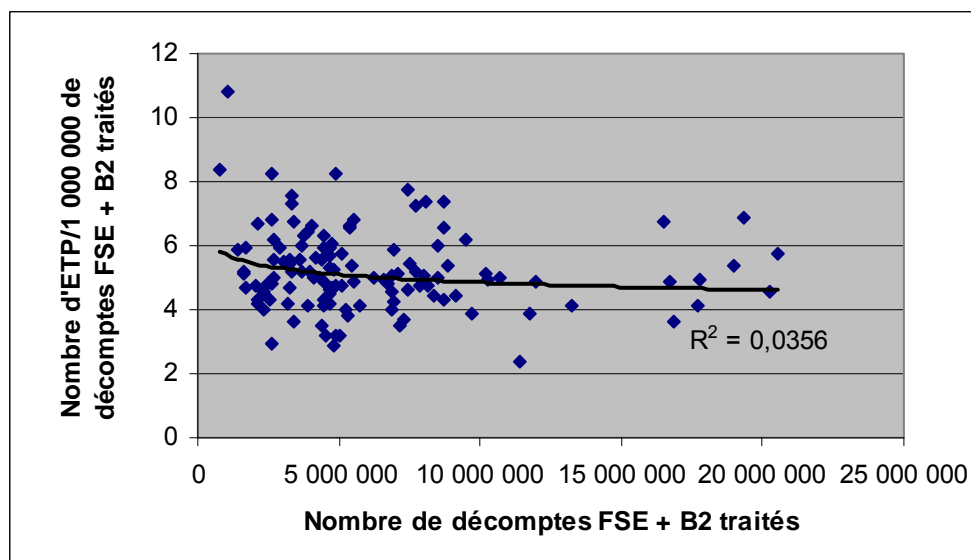
2.2. Avec un retraitement simplifié

Graphique 36 : Dispersion des caisses en 2006, avec retraitement simplifié



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

Graphique 37 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement



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

- [601] L'analyse des données retraitées confirme l'existence d'une dispersion forte et l'absence de relation volume d'activité/productivité.

Annexe 2.5 : Analyse du processus FSP SCAN

[602] Le processus FSP SCAN comprend :

- Ensemble des activités liées à la prise en compte des flux entrants.
- Ensemble des opérations liées au remboursement réalisé dans le cadre de la scannérisation (lecture, vidéo-codage, forçage, ordonnancement global explicite, traitement des rejets, signalements, recyclages ...).
- Opération de transfert de charges (transfert des lots vers le CTI).
- Tous contrôles réalisés dans le cadre du contrôle interne.
- Ensemble des opérations d'archivage.
- Gestion des réclamations par le personnel spécialisé (Back –Office).

1. DONNEES GENERALES

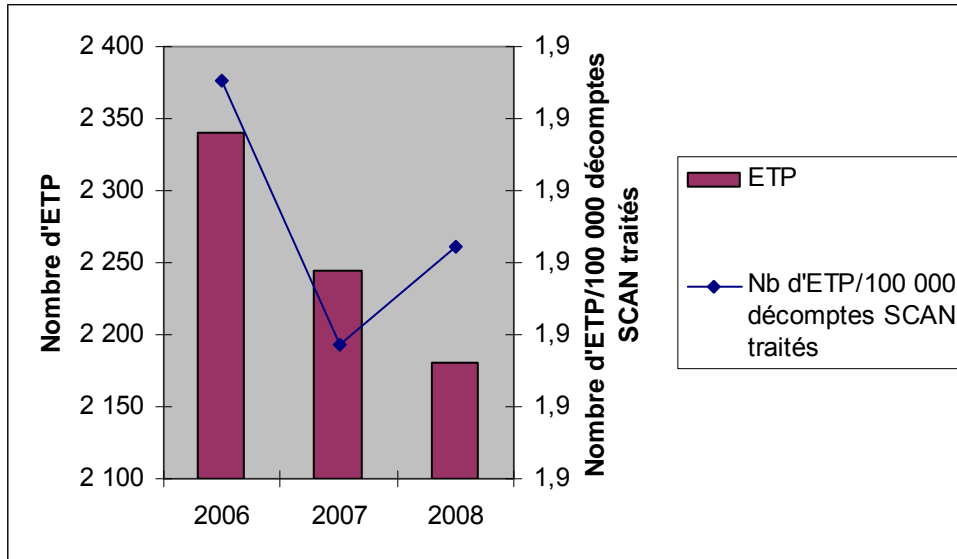
Tableau 71 : Statistiques descriptives sur la productivité du processus FSP SCAN, en 2004 et 2008

	Nb d'ETP affectés au processus/100 000 décomptes SCAN traités	
	2004	2008
Moyenne	1,90	2,09
Médiane	1,77	1,96
Écart-type	0,77	0,96
Plage	4,66	6,43
Minimum	0,00	0,20
Maximum	4,66	6,63
Taux de dispersion (Rapport écart-type/moyenne)	40,7%	46,1%

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

[603] On notera une dispersion importante et qui se dégrade entre 2004 et 2008.

Graphique 38 : Evolution de la productivité sur le processus FSP SCAN



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

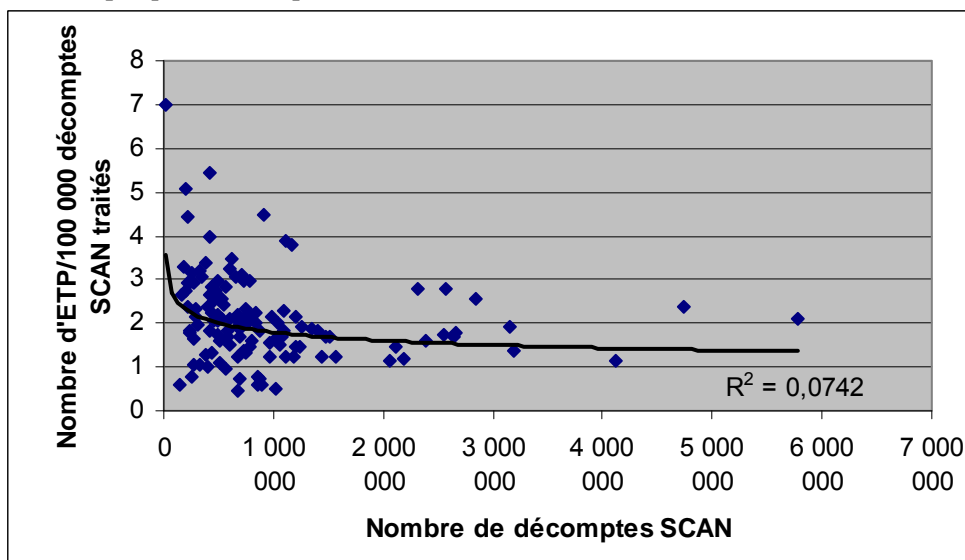
[604] Après une augmentation des effectifs consacrés au traitement des FSP par scanner qui est probablement la conséquence de la mise en place de solutions informatique de numérisation des documents, on observe une décreue des effectifs mais une dégradation de la productivité, du fait d'un rythme de baisse plus important du nombre de décomptes traités.

[605] Cette dégradation de la productivité montre également que toutes les conséquences de la dématérialisation n'ont pas encore été traduites dans les organisations. La baisse du nombre de décomptes traités dans ce processus est la conséquence des progrès de la dématérialisation.

2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008

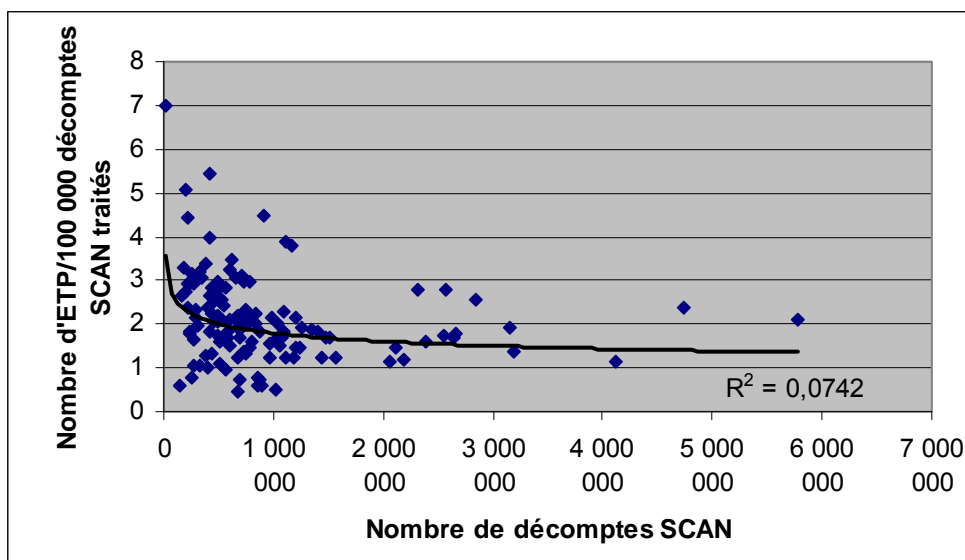
2.1. Pour toutes les caisses

Graphique 39 : Dispersion des caisses en 2006, sans retraitement



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

Graphique 40 : Dispersion des caisses en 2008, sans retraitement



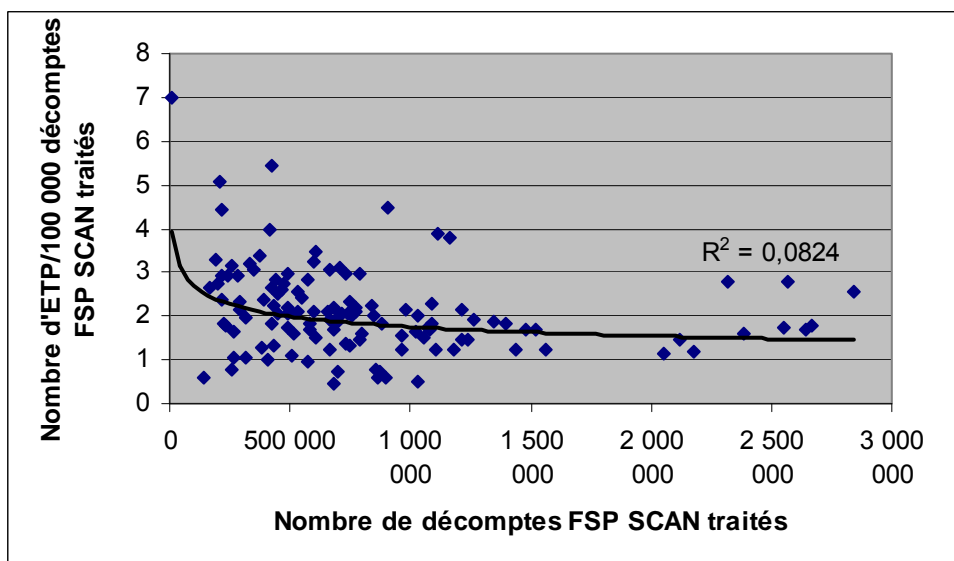
Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

- [606] On n'observe pas d'évolution significative quant à la dispersion des productivités qui reste forte. On notera même la dégradation de l'amplitude des écarts, conséquence de la décrue de la productivité globale. Il n'y a pas de relation entre la productivité et le volume d'activité.

2.2. Avec un retraitement simplifié

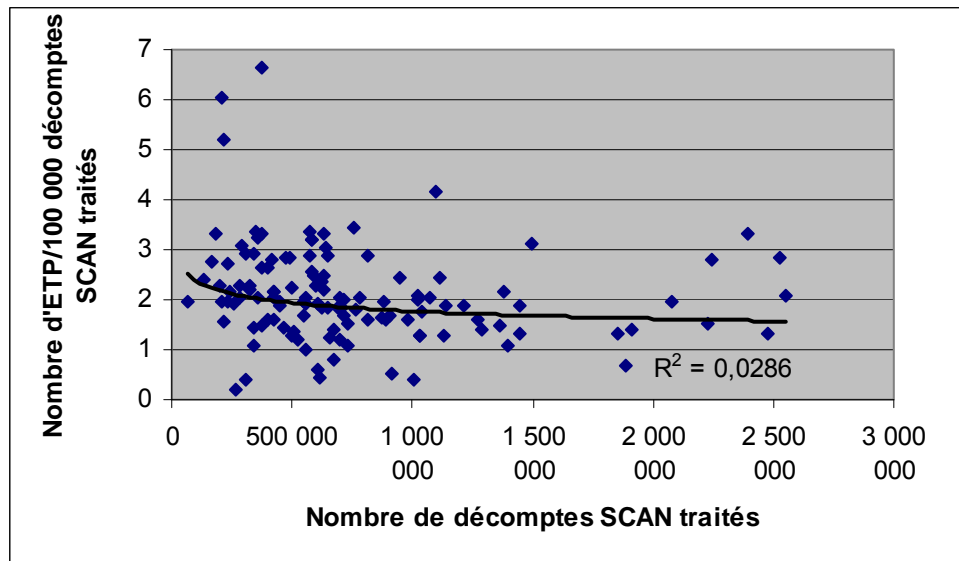
- [607] Le retraitement a consisté à exclure les 5 caisses ayant le plus gros volume d'activité pour mieux rendre compte de la dispersion. En 2008, deux résultats atypiques ont été redressés et placés artificiellement à la moyenne des caisses.

Graphique 41 : Dispersion des caisses en 2006, avec retraitement simplifié



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

Graphique 42 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement simplifié



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

Annexe 2.6 : Analyse du processus IJ maladie, maternité, paternité

Le processus IJ maternité, paternité, maladie comprend :

- Ensemble des activités liées à la prise en compte des flux entrants.
- Ensemble des opérations liées à l'instruction des dossiers (ouverture des droits, demandes d'informations, notifications de refus ...).
- Saisie des éléments de salaire
- Gestion de l'échéancier,
- Tous contrôles réalisés dans le cadre du contrôle interne.
- Ensemble des opérations d'archivage.
- Gestion des réclamations par le personnel spécialisé (Back –Office).

1. DONNEES GENERALES

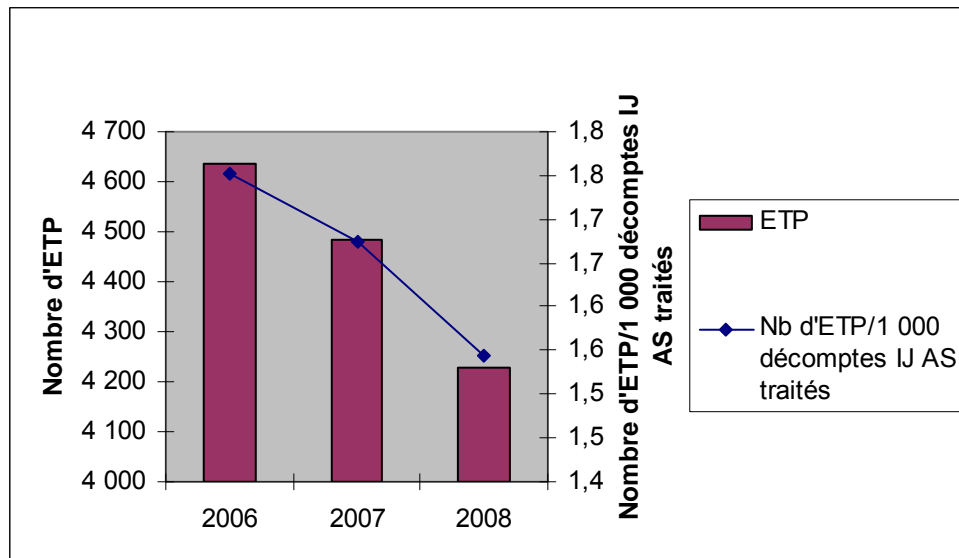
Tableau 72 : Statistiques descriptives sur la productivité du processus IJ AS en 2004 et 2008

	Nb d'ETP affectés au processus/10 000 décomptes IJ et AS traités	
	2004	2008
Moyenne	1,83	1,50
Médiane	1,78	1,45
Écart-type	0,49	0,39
Plage	2,94	2,34
Minimum	0,96	0,42
Maximum	3,90	2,76
Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne)	27,0%	25,9%

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

[608] Bien que la dispersion reste assez importante, on peut noter une légère réduction entre 2004 et 2008, le taux passant de 27% à 25,9%

Graphique 43 : Evolution de la productivité sur le processus IJ/AS



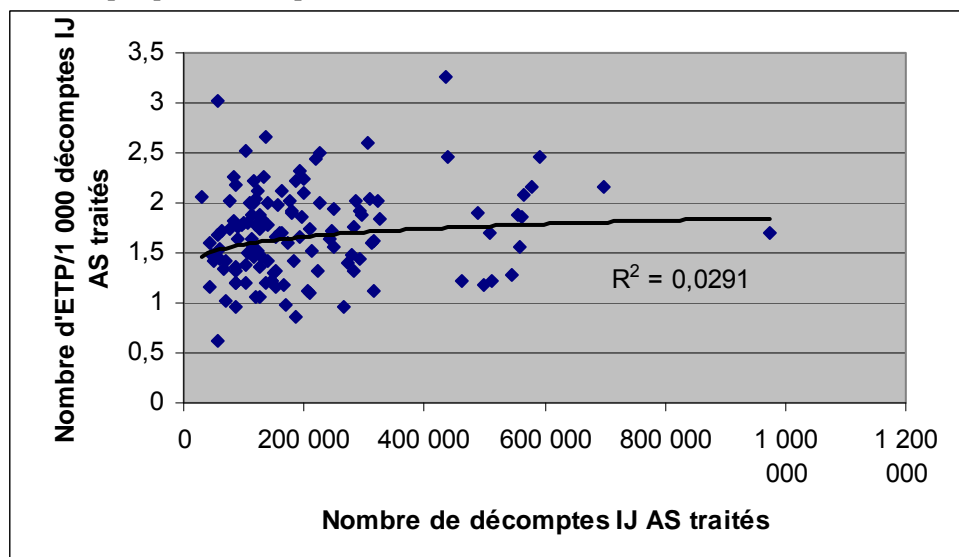
Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

[609] On peut observer une amélioration régulière de la productivité qui s'explique par une faible décroissance puis une légère augmentation de l'activité et dans le même temps une baisse, modérée mais régulière des effectifs.

2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2006 ET 2008

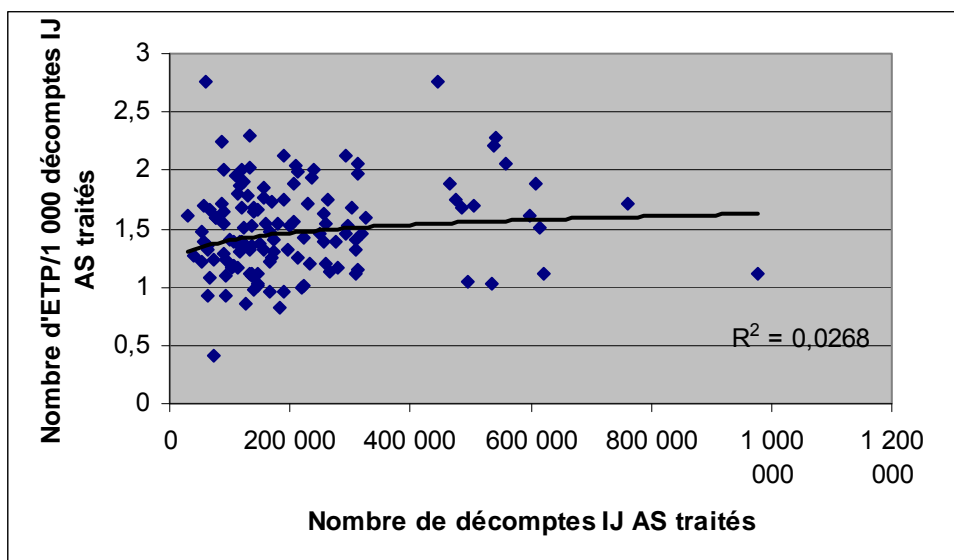
2.1. Pour l'ensemble des caisses

Graphique 44 : Dispersion des caisses en 2006, sans retraitement



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

Graphique 45 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement



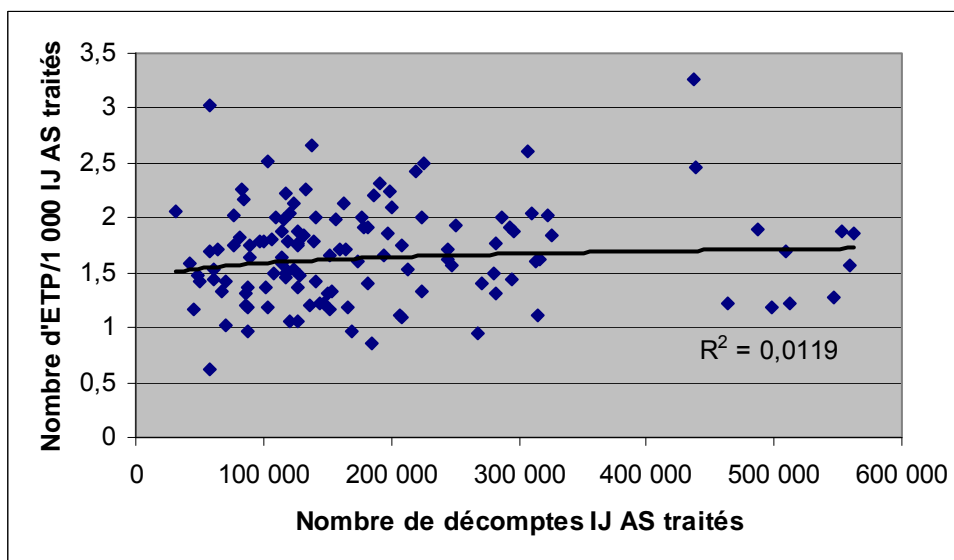
Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

[610] On n'observe pas d'évolution significative entre 2006 et 2008.

2.2. Avec un retraitement simplifié

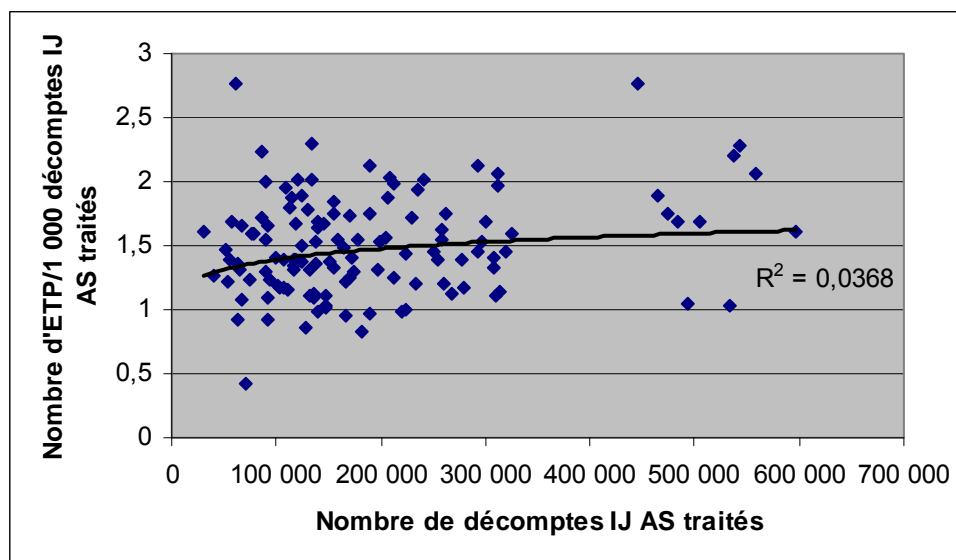
[611] Pour faciliter la lecture les 5 caisses ayant le plus gros volume d'activité n'ont pas été représentées sur les deux graphes suivants.

Graphique 46 : Dispersion des caisses en 2006, avec retraitement simplifié



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

Graphique 47 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement simplifié



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

- [612] Le retraitement n'apporte rien de particulier quant à la dispersion et à la relation productivité/volume d'activité. On notera cependant qu'entre 2006 et 2008 le groupe des caisses ayant une activité importante mais une productivité faible s'est élargi.

Annexe 2.7 : Analyse de plusieurs processus support

[613] Cet appendice regroupe les processus suivis dans la comptabilité analytique suivants :

- gestion du personnel,
- emploi,
- relations sociales,
- pilotage stratégique,
- optimisation des organisations.

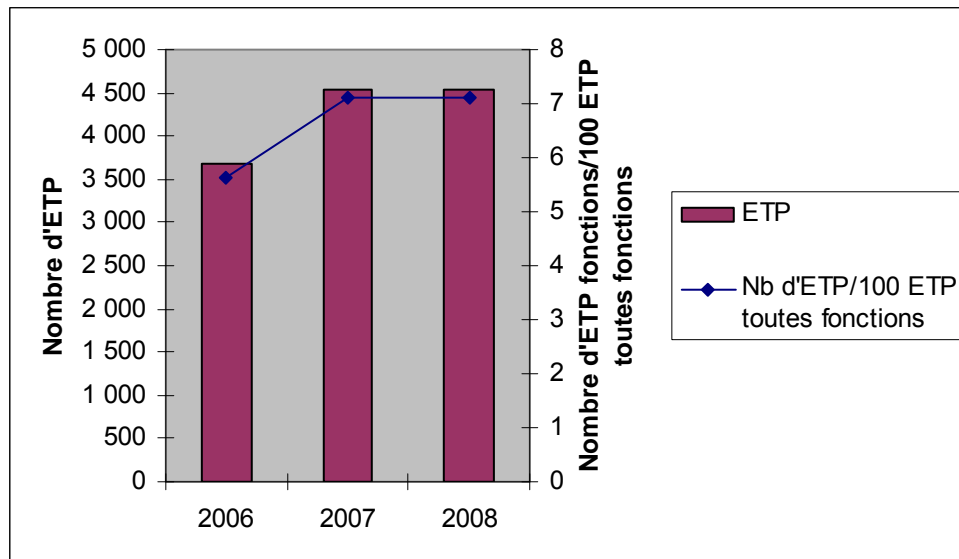
1. DONNEES GENERALES

Tableau 73 : Statistiques descriptives sur la productivité du processus support, en 2004 et 2008

	Nb d'ETP affectés au processus/100 ETP toutes fonctions	
	2004	2008
Moyenne	7,03	7,14
Médiane	6,80	6,91
Écart-type	1,84	1,81
Plage	11,05	12,22
Minimum	2,77	3,71
Maximum	13,82	15,93
Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne)	26,1%	25,3%

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

Graphique 48 : Evolution de la productivité du processus support



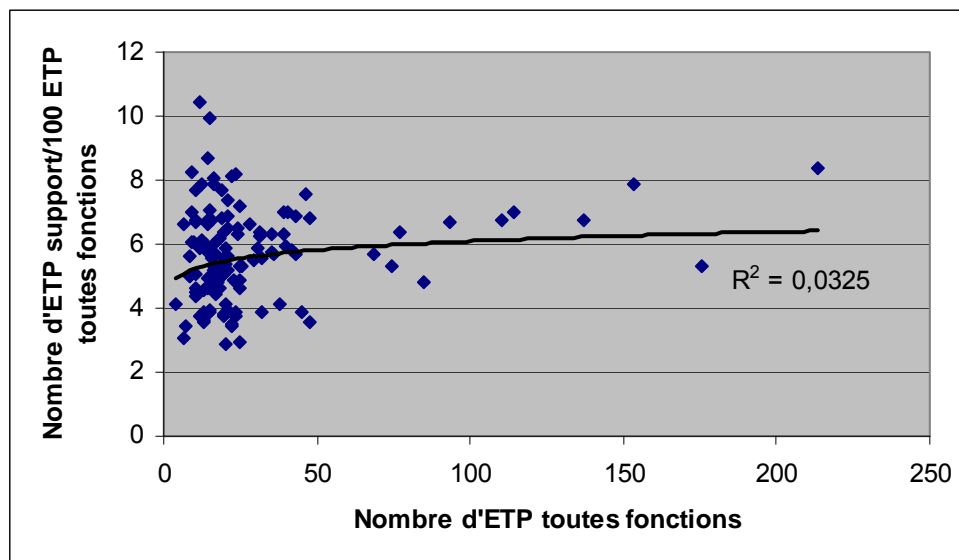
Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

- [614] Contrairement à la plupart des processus, on peut observer s'agissant des fonctions support une dégradation de la productivité entre 2006 et 2008.

2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2006 ET 2008

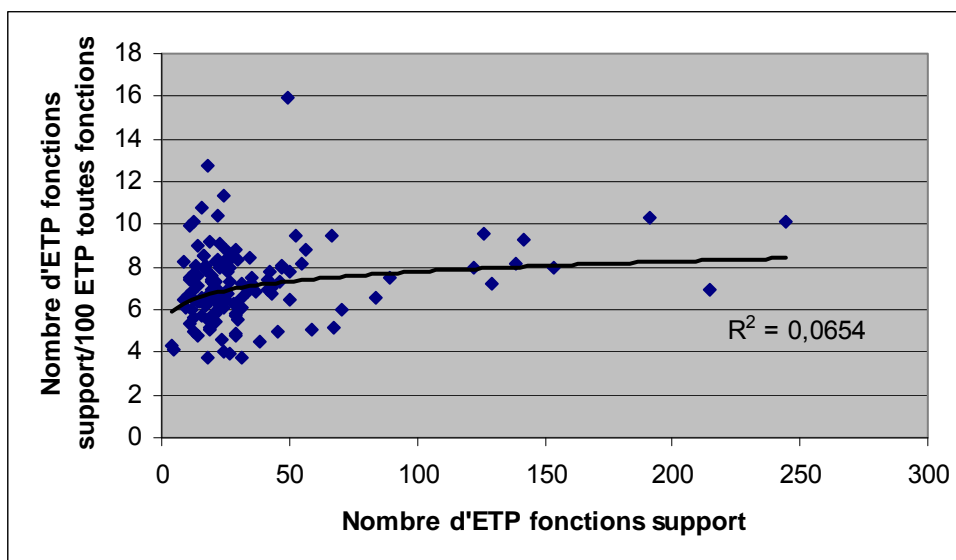
2.1. Pour l'ensemble des caisses

Graphique 49 : Dispersion des caisses en 2006, sans retraitement



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

Graphique 50 : Dispersion des caisses en 2008, sans retraitement

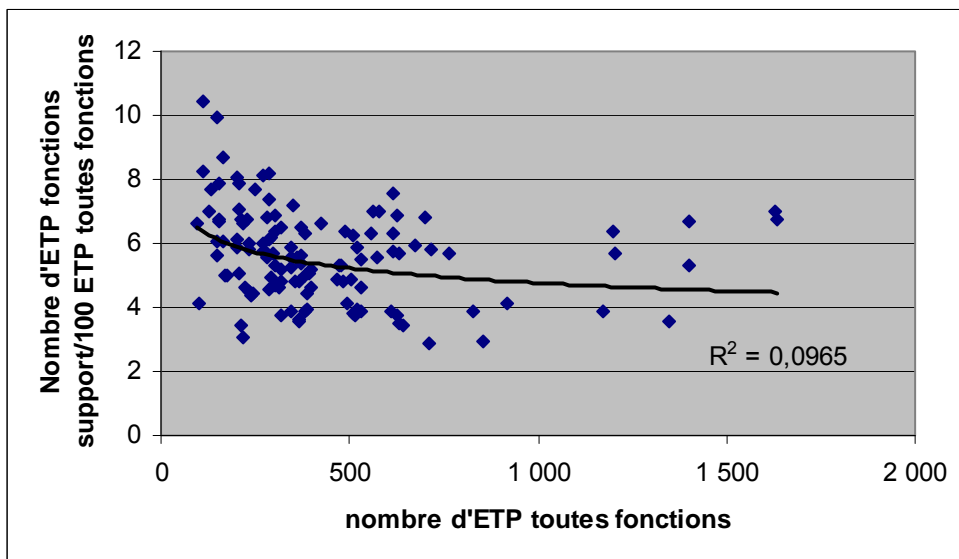


Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

- [615] On ne peut pas noter d'évolution notable de la dispersion qui reste importante. Il n'y pas de relation forte entre volume d'activité et productivité.

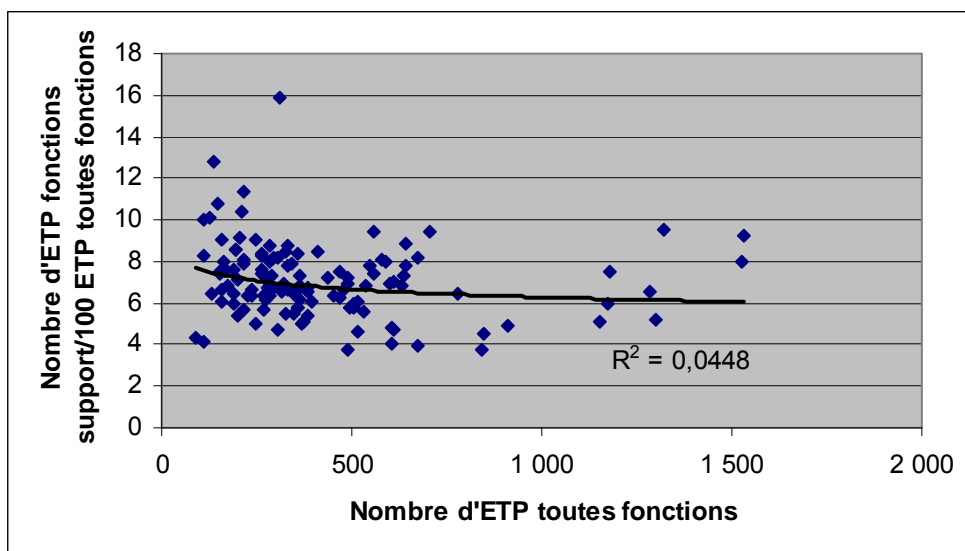
2.2. Avec un retraitement simplifié

Graphique 51 : Dispersion des caisses en 2006, avec retraitement simplifié



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

Graphique 52 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement simplifié



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

[616] Le retraitement permet de faire apparaître plus nettement la réduction de la dispersion dans les caisses à faible volume d'activité.

Annexe 2.8 : Analyse du processus accueil physique

[617] Le processus accueil physique comprend :

- Accueil physique des assurés, des professionnels de santé et des employeurs, (y compris l'accueil à domicile),
- Traitement des réclamations par le personnel de l'accueil.

1. DONNEES GENERALES

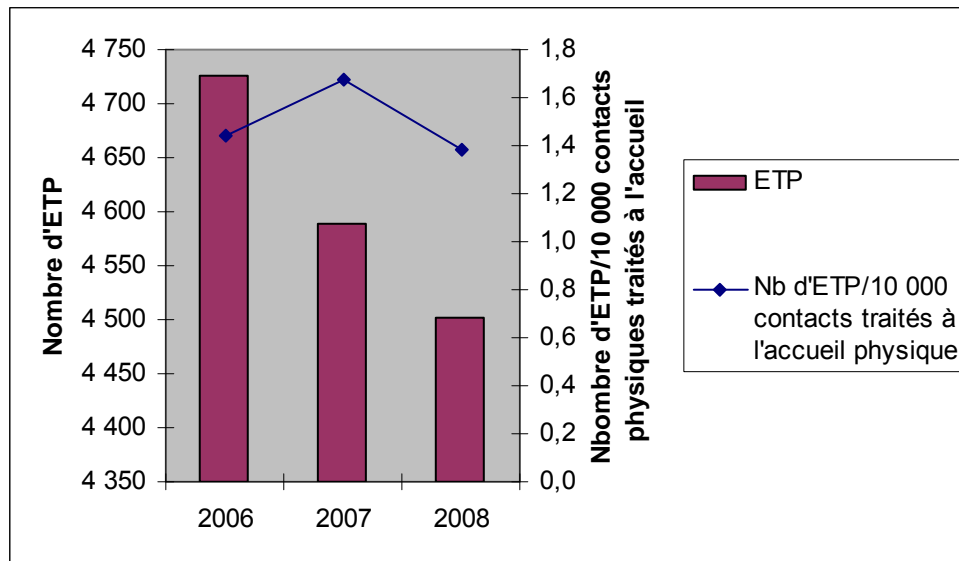
Tableau 74 : Statistiques descriptives productivité processus accueil physique

	Nb d'ETP affectés au processus/10 000 contacts traités à l'accueil physique	
	2006	2008
Moyenne	1,49	1,47
Médiane	1,46	1,43
Écart-type	0,35	0,44
Plage	1,77	4,35
Minimum	0,69	0,50
Maximum	2,46	4,84
Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne)	23,4%	29,9%

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

[618] On notera une dispersion assez forte et qui augmente significativement entre 2006 et 2008.

Graphique 53 : Evolution de la productivité du processus accueil physique



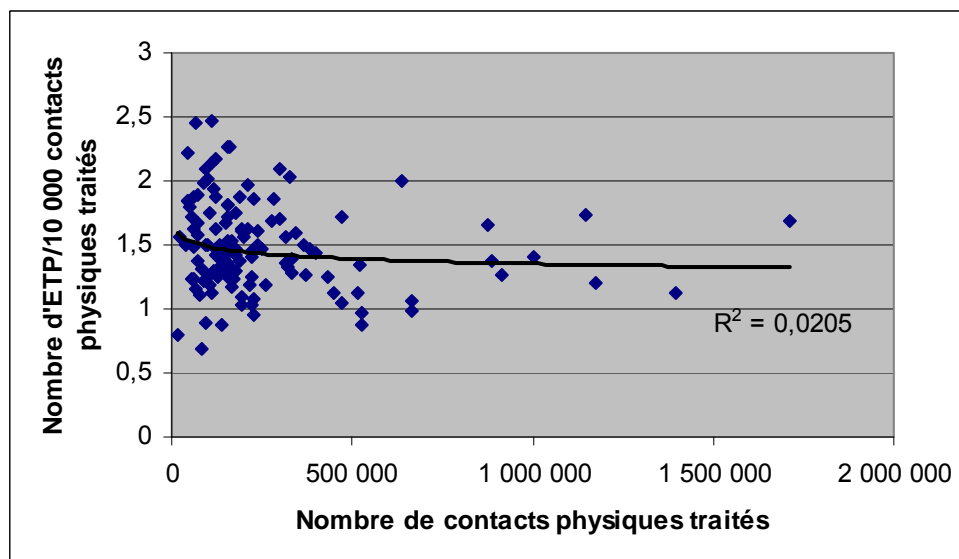
Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

[619] Malgré une réduction constante des ETP, la productivité a connu une hausse en 2007 avant de baisser de nouveau en raison de la baisse du nombre de contacts. La productivité s'améliore de nouveau à partir de 2008 pour trouver un niveau légèrement meilleur qu'en 2006.

2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008

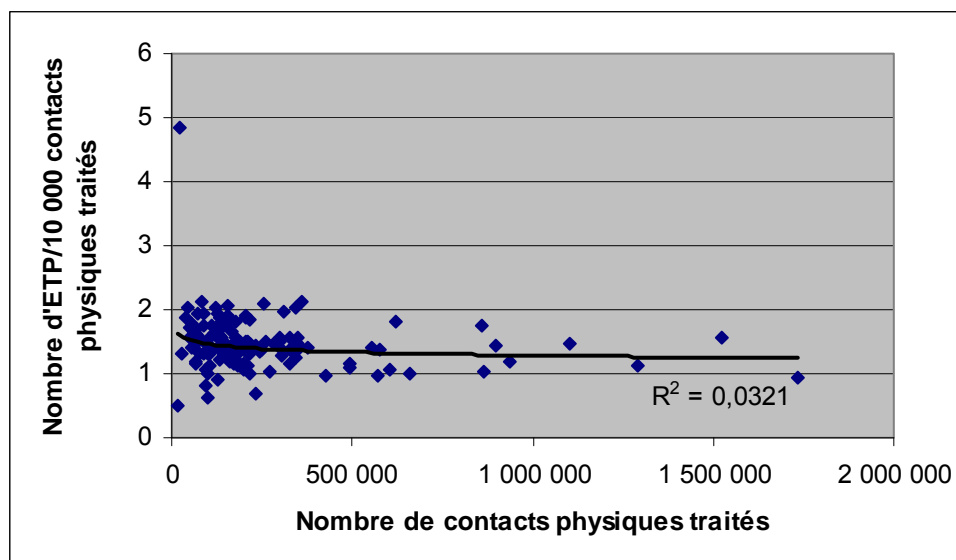
2.1. Pour l'ensemble des caisses

Graphique 54 : Dispersion des caisses en 2006, sans retraitement



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

Graphique 55 : Dispersion des caisses en 2008, sans retraitement



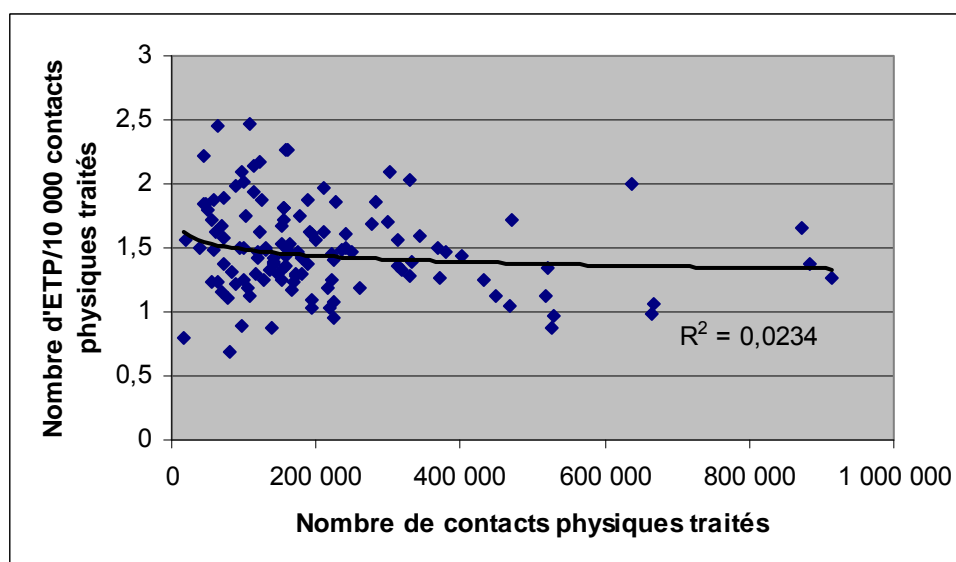
Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

- [620] La comparaison entre 2004 et 2008 est rendu difficile par l'existence d'une atypie importante en 2008.

2.2. Avec un retraitement simplifié

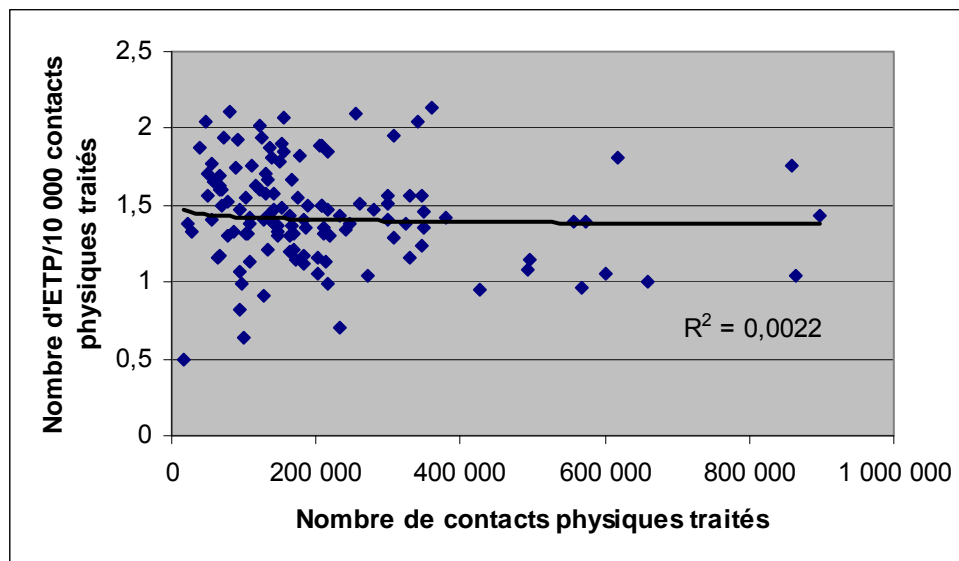
- [621] Le retraitement a consisté à retirer les 5 caisses connaissant l'activité la plus forte et à placer artificiellement la caisse dont la productivité en 2008 était très inférieure à celles des autres au niveau de la moyenne.

Graphique 56 : Dispersion entre les caisses en 2006, avec retraitement simplifié



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

Graphique 57 : Dispersion entre les caisses en 2008, avec retraitement simplifié



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

- [622] Avec le retraitement on pourra noter que la dispersion reste forte en 2008. On notera également une légère réduction de l'amplitude des productivités, les caisses les moins performantes ayant vu leur productivité se rapprocher de la moyenne.

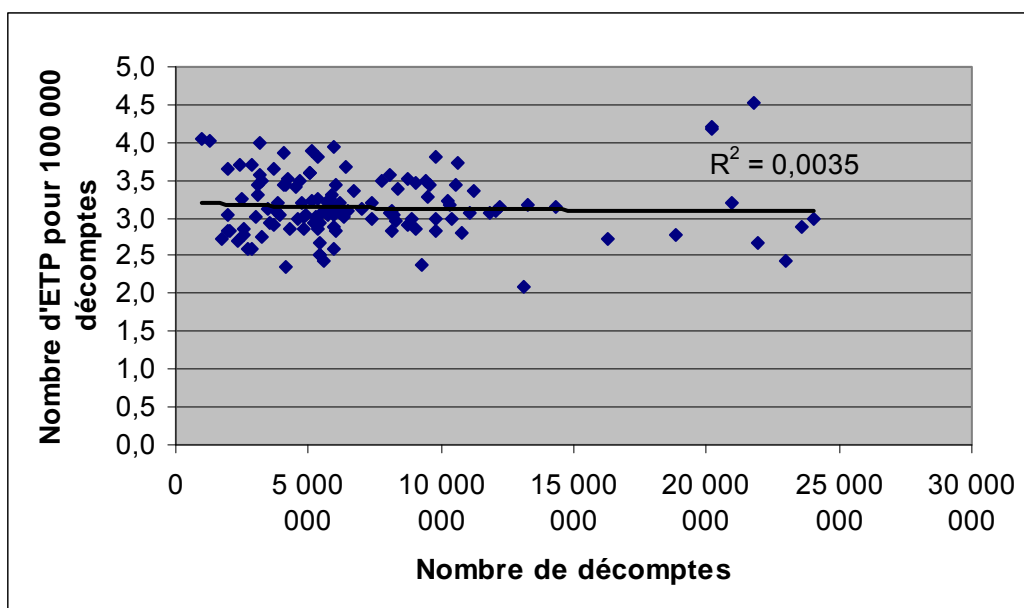
Annexe 2.9 : Analyse des résultats obtenus par indicateurs CPG fonction de production et fonctions support

[623] En complément graphes figurant dans l'annexe, cet appendice réalise un traitement simplifié des données relatives aux indicateurs CPG de productivité des fonctions de production et des fonctions support. Le retraitement simplifié a consisté à retirer les 5 caisses ayant le plus gros volume d'activité.

1. PRODUCTIVITE DE LA PRODUCTION

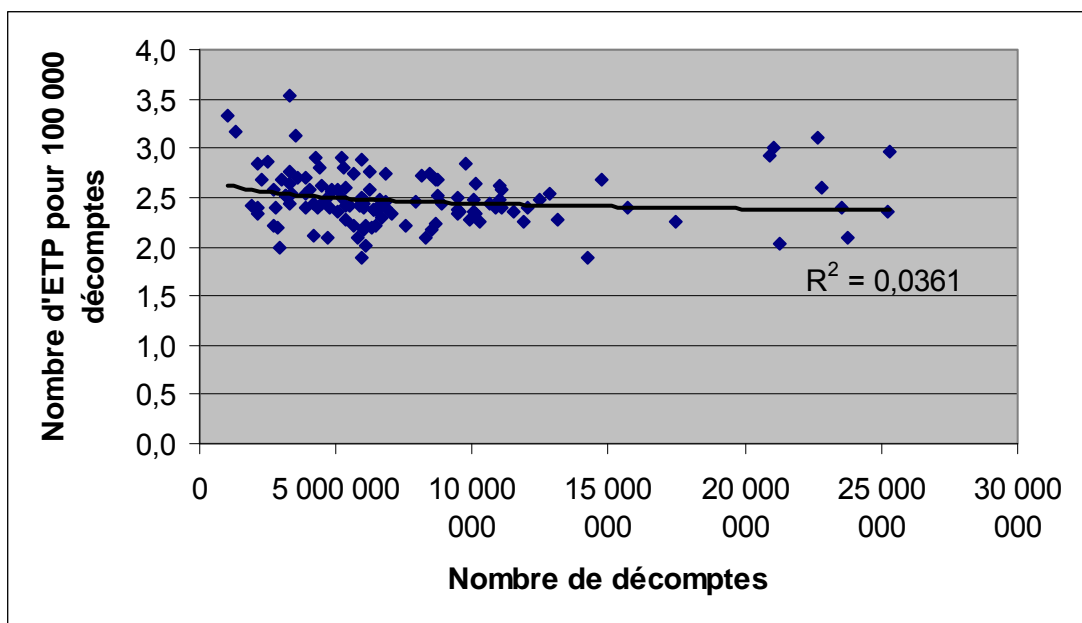
[624] Les effectifs affectés à la production sont rapportés au nombre de décomptes.

Graphique 58 : Dispersion des caisses en 2004, avec retraitement simplifié



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

Graphique 59 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement simplifié



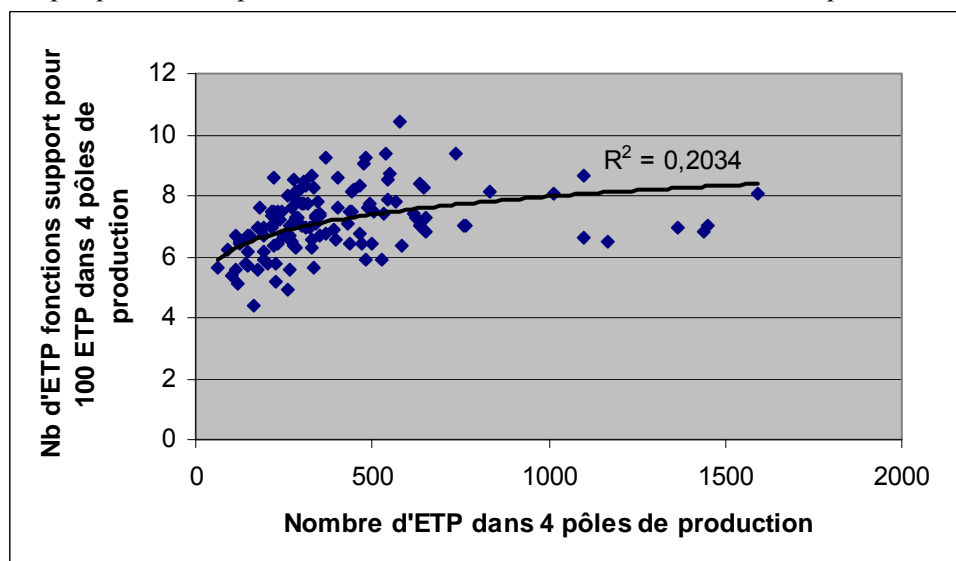
Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission

- [625] Le retraitement simplifié ne fait pas apparaître d'évolution sur la dispersion qui reste toujours aussi forte. Il n'est pas non plus possible d'établir une relation entre volume d'activité et productivité.

2. PRODUCTIVITE FONCTIONS SUPPORT

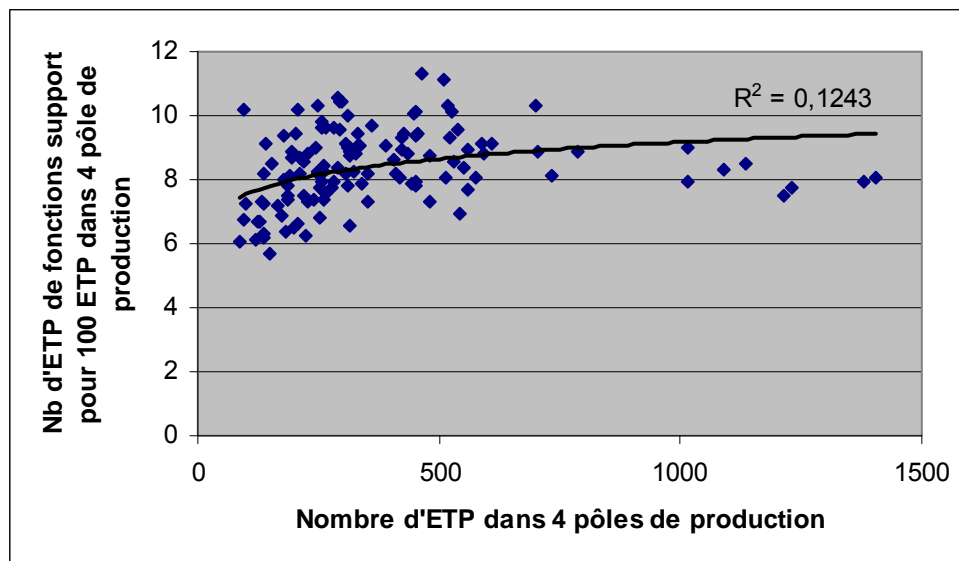
- [626] Les ETP des fonctions support sont rapportés aux ETP affectés dans les 4 pôles de production.

Graphique 60 : Dispersion des caisses en 2004, avec retraitement simplifié



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

Graphique 61 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement



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

- [627] Le retraitement simplifié fait apparaître une dégradation de la dispersion, et assez curieusement une relation volume d'activité/productivité inversée. Plus le nombre d'ETP des 4 pôles de production est important plus la productivité est mauvaise.

Annexe 2.10 : Simulation d'évolution des besoins en ETP par caisse liés à la réduction des écarts de productivité

[628] La présente annexe détaille par caisse les estimations relatives à la réduction des écarts de productivité entre caisses. Ces calculs sont réalisés selon trois scénarios :

[629] Un scénario qui consiste à appliquer les productivités de référence de la tranche selon la méthode indiquée dans le corps de l'annexe

[630] Deux scénarios où cette productivité est volontairement dégradée de 15% puis 30%, soit un ou deux écarts types.

1. SCENARIO PRODUCTIVITE DE REFERENCE

Tableau 75 : Evolution des besoins en ETP par caisse pour la productivité de référence simulée

Caisse	ETP présents rémunérés en 2008, CDI + CDD (1)	BAP 2008	ETP/1 000 BAP en 2008	Productivité de référence	Productivité retenue	ETP compte tenu de la productivité retenue (2)	(1)- (2)
Mende	105,9	49 114	2,156596136	1,664	1,664	82	-24,2
Elbeuf	84,6	53 180	1,589997034	1,664	1,58999703	85	0,0
Gueret	107,3	83 660	1,282676336	1,664	1,28267634	107	0,0
Annonay	106,7	91 239	1,169121011	1,664	1,16912101	107	0,0
Aurillac	120,5	93 847	1,284204863	1,664	1,28420486	121	0,0
Gap	135,4	101 673	1,331655899	1,365	1,3316559	135	0,0
Belfort	142,5	109 698	1,298813683	1,365	1,29881368	142	0,0
Ajaccio	126,7	112 683	1,124147748	1,365	1,12414775	127	0,0
Cahors	130,2	119 290	1,091536274	1,365	1,09153627	130	0,0
Foix	132,7	120 314	1,102797613	1,365	1,10279761	133	0,0
Roanne	176,6	120 736	1,462445994	1,365	1,365	165	-11,8
Auch	142,2	126 246	1,126102041	1,365	1,12610204	142	0,0
Longwy	205,2	127 657	1,607719105	1,365	1,365	174	-31,0
Digne	140,2	128 753	1,088888603	1,365	1,0888886	140	0,0
Bastia	142,7	134 239	1,063041394	1,365	1,06304139	143	0,0
Armentieres	167,9	134 307	1,250427253	1,365	1,25042725	168	0,0
Chaumont	181,9	136 526	1,332105856	1,365	1,33210586	182	0,0
Bar Le Duc	188,8	136 805	1,380197307	1,365	1,365	187	-2,1
Villefranche s/Saone	164,2	142 537	1,152324834	1,365	1,15232483	164	0,0
Privas	151,0	144 712	1,043357831	1,365	1,04335783	151	0,0
Cholet	196,4	144 907	1,355373859	1,365	1,35537386	196	0,0
Cambrai	184,1	147 211	1,250563722	1,365	1,25056372	184	0,0
Montbeliard	205,9	152 320	1,351515967	1,365	1,35151597	206	0,0
Nevers	204,2	157 045	1,300088452	1,365	1,30008845	204	0,0
Le Puy	185,7	157 302	1,180666858	1,365	1,18066686	186	0,0

Chateauroux	204,1	164 586	1,239983756	1,365	1,23998376	204	0,0
Vesoul	215,8	167 787	1,286293162	1,365	1,28629316	216	0,0
Tulle	210,3	173 413	1,212630301	1,365	1,2126303	210	0,0
Dieppe	235,0	173 497	1,354514346	1,365	1,35451435	235	0,0
Montauban	183,3	182 141	1,006433446	1,365	1,00643345	183	0,0
Lons Le Saunier	242,2	183 827	1,317282406	1,365	1,31728241	242	0,0
Tarbes	194,2	184 451	1,052878286	1,365	1,05287829	194	0,0
Tourcoing	346,5	191 307	1,81125579	1,365	1,365	261	-85,4
Laval	233,1	194 296	1,199553917	1,365	1,19955392	233	0,0
Rodez	190,7	196 785	0,968910484	1,365	0,96891048	191	0,0
Saint Quentin	257,8	197 205	1,307156357	1,365	1,30715636	258	0,0
Douai	243,9	200 868	1,214009792	1,352	1,21400979	244	0,0
Vienne	215,3	206 672	1,041619709	1,352	1,04161971	215	0,0
Alencon	262,4	207 511	1,264363315	1,352	1,26436332	262	0,0
Maubeuge	283,9	212 744	1,334366407	1,352	1,33436641	284	0,0
Boulogne sur Mer	260,7	217 208	1,200334943	1,352	1,20033494	261	0,0
Colmar	249,6	217 973	1,145117937	1,352	1,14511794	250	0,0
Thionville	285,3	218 840	1,303881623	1,352	1,30388162	285	0,0
Bourges	289,2	226 240	1,278269057	1,352	1,27826906	289	0,0
Troyes	276,9	227 225	1,218803318	1,352	1,21880332	277	0,0
Agen	248,6	227 487	1,092943691	1,352	1,09294369	249	0,0
Charleville	262,5	230 964	1,136687746	1,352	1,13668775	263	0,0
Laon	259,4	236 716	1,095860449	1,352	1,09586045	259	0,0
Blois	246,3	237 174	1,038372393	1,352	1,03837239	246	0,0
Arras	323,1	238 156	1,356498924	1,352	1,352	322	-1,1
Dunkerque	299,1	239 097	1,251028859	1,352	1,25102886	299	0,0
Besancon	267,7	241 946	1,106360909	1,352	1,10636091	268	0,0
Haguenau	297,3	245 530	1,211003616	1,352	1,21100362	297	0,0
Niort	277,2	245 656	1,1285277	1,352	1,1285277	277	0,0
Creil	316,1	248 084	1,274140543	1,352	1,27414054	316	0,0
Angoulême	313,8	253 651	1,237328927	1,352	1,23732893	314	0,0
Sarreguemines	295,6	257 862	1,146413532	1,352	1,14641353	296	0,0
Calais	312,6	258 024	1,211386981	1,352	1,21138698	313	0,0
Auxerre	297,2	259 639	1,144854884	1,352	1,14485488	297	0,0
Mont de Marsan	254,3	259 899	0,978369529	1,352	0,97836953	254	0,0
Moulins	347,3	261 898	1,326093361	1,352	1,32609336	347	0,0
Bayonne	268,6	262 512	1,023290221	1,352	1,02329022	269	0,0
Selestat	313,7	262 887	1,193116691	1,352	1,19311669	314	0,0
Pau	317,8	269 528	1,178916577	1,352	1,17891658	318	0,0
Carcassonne	265,4	270 612	0,980558855	1,352	0,98055885	265	0,0
Limoges	324,5	272 821	1,189499287	1,352	1,18949929	325	0,0
Beziers	266,0	274 590	0,968682377	1,352	0,96868238	266	0,0
Perigueux	265,3	276 006	0,961310027	1,352	0,96131003	265	0,0
Epinal	358,8	280 586	1,278730697	1,352	1,2787307	359	0,0
Poitiers	344,0	284 874	1,207485976	1,352	1,20748598	344	0,0
Chartres	328,2	290 497	1,129837818	1,352	1,12983782	328	0,0
St Nazaire	328,2	291 867	1,124510857	1,352	1,12451086	328	0,0
Roubaix	368,5	292 640	1,259393518	1,352	1,25939352	369	0,0
Chambery	350,0	299 539	1,16834972	1,352	1,16834972	350	0,0
Albi	322,1	300 383	1,072440533	1,352	1,07244053	322	0,0

Quimper	335,2	301 978	1,110043092	1,352	1,11004309	335	0,0
St Lo	337,5	322 448	1,046620864	1,352	1,04662086	337	0,0
Valenciennes	446,8	325 746	1,371638313	1,352	1,352	440	-6,4
Le Havre	451,4	338 070	1,335101906	1,352	1,33510191	451	0,0
Brest	398,7	351 444	1,134564731	1,352	1,13456473	399	0,0
Metz	426,3	359 038	1,18720111	1,352	1,18720111	426	0,0
Mulhouse	458,1	361 339	1,267677954	1,352	1,26767795	458	0,0
Beauvais	437,6	369 465	1,184481431	1,352	1,18448143	438	0,0
Dijon	469,0	371 016	1,26419552	1,352	1,26419552	469	0,0
Valence	441,2	387 238	1,139382898	1,352	1,1393829	441	0,0
Le Mans	445,4	388 013	1,148017909	1,352	1,14801791	445	0,0
Perpignan	360,5	389 891	0,92470756	1,352	0,92470756	361	0,0
Bourg en Bresse	448,7	396 558	1,131503025	1,352	1,13150302	449	0,0
Macon	476,5	398 827	1,194814549	1,352	1,19481455	477	0,0
Angers	448,7	399 208	1,123904788	1,352	1,12390479	449	0,0
St Briec	447,8	406 080	1,102695918	1,209	1,10269592	448	0,0
Reims	531,4	407 783	1,303248114	1,209	1,209	493	-38,4
Evreux	530,8	416 192	1,275267847	1,209	1,209	503	-27,6
Strasbourg	564,0	417 777	1,349985157	1,209	1,209	505	-58,9
Nancy	563,9	428 215	1,316773831	1,209	1,209	518	-46,2
Tours	493,9	428 420	1,152757074	1,209	1,15275707	494	0,0
La Roche s/Yon	466,8	428 983	1,088126168	1,209	1,08812617	467	0,0
Rouen	617,6	439 442	1,405393933	1,209	1,209	531	-86,3
Amiens	595,0	443 642	1,341093857	1,209	1,209	536	-58,6
La Rochelle	505,6	449 301	1,125226025	1,209	1,12522603	506	0,0
Avignon	471,5	451 021	1,045315751	1,209	1,04531575	471	0,0
Clermont Ferrand	673,3	470 496	1,431007748	1,209	1,209	569	-104,5
Orléans	552,6	472 517	1,169446392	1,209	1,16944639	553	0,0
Caen	593,1	493 443	1,202042267	1,209	1,20204227	593	0,0
St Etienne	608,3	496 759	1,224570763	1,209	1,209	601	-7,7
Annecy	545,1	502 877	1,083899677	1,209	1,08389968	545	0,0
Lens	561,9	505 237	1,11206957	1,209	1,11206957	562	0,0
Vannes	584,2	525 326	1,11214895	1,209	1,11214895	584	0,0
Lille	658,4	551 138	1,194529668	1,209	1,19452967	658	0,0
Nimes	566,7	606 400	0,934491311	1,157	0,93449131	567	0,0
Nantes	725,9	643 281	1,128373944	1,157	1,12837394	726	0,0
Montpellier	600,6	671 798	0,894061229	1,157	0,89406123	601	0,0
Rennes	770,3	684 943	1,124659685	1,157	1,12465969	770	0,0
Grenoble	779,8	752 544	1,036194044	1,157	1,03619404	780	0,0
Evry	1 291,8	909 213	1,420816103	1,157	1,157	1 052	-239,9
Toulon	840,5	909 624	0,924019524	1,157	0,92401952	841	0,0
Cergy Pontoise	1 255,2	919 528	1,365046527	1,157	1,157	1 064	-191,3
Creteil	1 431,0	974 539	1,468352598	1,157	1,157	1 128	-303,4
Melun	1 129,7	982 509	1,149820729	1,157	1,14982073	1 130	0,0
Toulouse	1 094,6	1 022 113	1,070870632	1,157	1,07087063	1 095	0,0
Nice	1 043,8	1 030 947	1,012426934	1,157	1,01242693	1 044	0,0
Versailles	1 472,3	1 048 514	1,404132871	1,157	1,157	1 213	-259,1
Bordeaux	1 171,3	1 081 663	1,082909351	1,157	1,08290935	1 171	0,0
Lyon	1 422,7	1 223 501	1,162781209	1,157	1,157	1 416	-7,1

Bobigny	1 821,4	1 236 655	1,472805651	1,157	1,157	1 431	-390,5
Nanterre	1 755,1	1 382 760	1,269299044	1,157	1,157	1 600	-155,3
Paris	2 759,6	1 771 787	1,557496079	1,157	1,157	2 050	-709,6
Marseille	2 278,3	2 069 855	1,10071103	1,157	1,10071103	2 278	0,0
Total	58 905,7	48 958 807			0	56 060	-2 846,2

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

2. SCENARIO PRODUCTIVITE DE REFERENCE DEGRADEE DE 15%

Tableau 76 : Evolution des besoins en ETP par caisse pour la productivité de référence simulée dégradée de 15%

Nom	ETP présents et rémunérés en 2008, CDI + CDD (1)	BAP 2008	ETP/1000 BAP en 2008	Productivité de référence	Productivité retenue	ETP compte tenu de la productivité retenue (2)	(1) - (2)
Mende	105,9	49 114	2,156596136	1,472	1,472	72	-33,6
Elbeuf	84,6	53 180	1,589997034	1,472	1,472	78	-6,3
Gueret	107,3	83 660	1,282676336	1,472	1,28267634	107	0,0
Annonay	106,7	91 239	1,169121011	1,472	1,16912101	107	0,0
Aurillac	120,5	93 847	1,284204863	1,472	1,28420486	121	0,0
Gap	135,4	101 673	1,331655899	1,2075	1,2075	123	-12,6
Belfort	142,5	109 698	1,298813683	1,2075	1,2075	132	-10,0
Ajaccio	126,7	112 683	1,124147748	1,2075	1,12414775	127	0,0
Cahors	130,2	119 290	1,091536274	1,2075	1,09153627	130	0,0
Foix	132,7	120 314	1,102797613	1,2075	1,10279761	133	0,0
Roanne	176,6	120 736	1,462445994	1,2075	1,2075	146	-30,8
Auch	142,2	126 246	1,126102041	1,2075	1,12610204	142	0,0
Longwy	205,2	127 657	1,607719105	1,2075	1,2075	154	-51,1
Digne	140,2	128 753	1,088888603	1,2075	1,0888886	140	0,0
Bastia	142,7	134 239	1,063041394	1,2075	1,06304139	143	0,0
Armentieres	167,9	134 307	1,250427253	1,2075	1,2075	162	-5,8
Chaumont	181,9	136 526	1,332105856	1,2075	1,2075	165	-17,0
Bar Le Duc	188,8	136 805	1,380197307	1,2075	1,2075	165	-23,6
Villefranche s/Saone	164,2	142 537	1,152324834	1,2075	1,15232483	164	0,0
Privas	151,0	144 712	1,043357831	1,2075	1,04335783	151	0,0
Cholet	196,4	144 907	1,355373859	1,2075	1,2075	175	-21,4
Cambrai	184,1	147 211	1,250563722	1,2075	1,2075	178	-6,3
Montbeliard	205,9	152 320	1,351515967	1,2075	1,2075	184	-21,9
Nevers	204,2	157 045	1,300088452	1,2075	1,2075	190	-14,5
Le Puy	185,7	157 302	1,180666858	1,2075	1,18066686	186	0,0
Chateauroux	204,1	164 586	1,239983756	1,2075	1,2075	199	-5,3
Vesoul	215,8	167 787	1,286293162	1,2075	1,2075	203	-13,2
Tulle	210,3	173 413	1,212630301	1,2075	1,2075	209	-0,9
Dieppe	235,0	173 497	1,354514346	1,2075	1,2075	209	-25,5
Montauban	183,3	182 141	1,006433446	1,2075	1,00643345	183	0,0
Lons Le Saunier	242,2	183 827	1,317282406	1,2075	1,2075	222	-20,2
Tarbes	194,2	184 451	1,052878286	1,2075	1,05287829	194	0,0

Tourcoing	346,5	191 307	1,81125579	1,2075	1,2075	231	-115,5
Laval	233,1	194 296	1,199553917	1,2075	1,19955392	233	0,0
Rodez	190,7	196 785	0,968910484	1,2075	0,96891048	191	0,0
Saint Quentin	257,8	197 205	1,307156357	1,2075	1,2075	238	-19,7
Douai	243,9	200 868	1,214009792	1,196	1,196	240	-3,6
Vienne	215,3	206 672	1,041619709	1,196	1,04161971	215	0,0
Alencon	262,4	207 511	1,264363315	1,196	1,196	248	-14,2
Maubeuge	283,9	212 744	1,334366407	1,196	1,196	254	-29,4
Boulogne sur Mer	260,7	217 208	1,200334943	1,196	1,196	260	-0,9
Colmar	249,6	217 973	1,145117937	1,196	1,14511794	250	0,0
Thionville	285,3	218 840	1,303881623	1,196	1,196	262	-23,6
Bourges	289,2	226 240	1,278269057	1,196	1,196	271	-18,6
Troyes	276,9	227 225	1,218803318	1,196	1,196	272	-5,2
Agen	248,6	227 487	1,092943691	1,196	1,09294369	249	0,0
Charleville	262,5	230 964	1,136687746	1,196	1,13668775	263	0,0
Laon	259,4	236 716	1,095860449	1,196	1,09586045	259	0,0
Blois	246,3	237 174	1,038372393	1,196	1,03837239	246	0,0
Arras	323,1	238 156	1,356498924	1,196	1,196	285	-38,2
Dunkerque	299,1	239 097	1,251028859	1,196	1,196	286	-13,2
Besancon	267,7	241 946	1,106360909	1,196	1,10636091	268	0,0
Hagenau	297,3	245 530	1,211003616	1,196	1,196	294	-3,7
Niort	277,2	245 656	1,1285277	1,196	1,1285277	277	0,0
Creil	316,1	248 084	1,274140543	1,196	1,196	297	-19,4
Angoulême	313,8	253 651	1,237328927	1,196	1,196	303	-10,5
Sarreguemines	295,6	257 862	1,146413532	1,196	1,14641353	296	0,0
Calais	312,6	258 024	1,211386981	1,196	1,196	309	-4,0
Auxerre	297,2	259 639	1,144854884	1,196	1,14485488	297	0,0
Mont de Marsan	254,3	259 899	0,978369529	1,196	0,97836953	254	0,0
Moulins	347,3	261 898	1,326093361	1,196	1,196	313	-34,1
Bayonne	268,6	262 512	1,023290221	1,196	1,02329022	269	0,0
Selestat	313,7	262 887	1,193116691	1,196	1,19311669	314	0,0
Pau	317,8	269 528	1,178916577	1,196	1,17891658	318	0,0
Carcassonne	265,4	270 612	0,980558855	1,196	0,98055885	265	0,0
Limoges	324,5	272 821	1,189499287	1,196	1,18949929	325	0,0
Beziers	266,0	274 590	0,968682377	1,196	0,96868238	266	0,0
Perigueux	265,3	276 006	0,961310027	1,196	0,96131003	265	0,0
Epinal	358,8	280 586	1,278730697	1,196	1,196	336	-23,2
Poitiers	344,0	284 874	1,207485976	1,196	1,196	341	-3,3
Chartres	328,2	290 497	1,129837818	1,196	1,12983782	328	0,0
St Nazaire	328,2	291 867	1,124510857	1,196	1,12451086	328	0,0
Roubaix	368,5	292 640	1,259393518	1,196	1,196	350	-18,6
Chambery	350,0	299 539	1,16834972	1,196	1,16834972	350	0,0
Albi	322,1	300 383	1,072440533	1,196	1,07244053	322	0,0
Quimper	335,2	301 978	1,110043092	1,196	1,11004309	335	0,0
St Lo	337,5	322 448	1,046620864	1,196	1,04662086	337	0,0
Valenciennes	446,8	325 746	1,371638313	1,196	1,196	390	-57,2
Le Havre	451,4	338 070	1,335101906	1,196	1,196	404	-47,0
Brest	398,7	351 444	1,134564731	1,196	1,13456473	399	0,0
Metz	426,3	359 038	1,18720111	1,196	1,18720111	426	0,0
Mulhouse	458,1	361 339	1,267677954	1,196	1,196	432	-25,9
Beauvais	437,6	369 465	1,184481431	1,196	1,18448143	438	0,0
Dijon	469,0	371 016	1,26419552	1,196	1,196	444	-25,3

Valence	441,2	387 238	1,139382898	1,196	1,1393829	441	0,0
Le Mans	445,4	388 013	1,148017909	1,196	1,14801791	445	0,0
Perpignan	360,5	389 891	0,92470756	1,196	0,92470756	361	0,0
Bourg en Bresse	448,7	396 558	1,131503025	1,196	1,13150302	449	0,0
Macon	476,5	398 827	1,194814549	1,196	1,19481455	477	0,0
Angers	448,7	399 208	1,123904788	1,196	1,12390479	449	0,0
St Brieu	447,8	406 080	1,102695918	1,0695	1,0695	434	-13,5
Reims	531,4	407 783	1,303248114	1,0695	1,0695	436	-95,3
Evreux	530,8	416 192	1,275267847	1,0695	1,0695	445	-85,6
Strasbourg	564,0	417 777	1,349985157	1,0695	1,0695	447	-117,2
Nancy	563,9	428 215	1,316773831	1,0695	1,0695	458	-105,9
Tours	493,9	428 420	1,152757074	1,0695	1,0695	458	-35,7
La Roche s/Yon	466,8	428 983	1,088126168	1,0695	1,0695	459	-8,0
Rouen	617,6	439 442	1,405393933	1,0695	1,0695	470	-147,6
Amiens	595,0	443 642	1,341093857	1,0695	1,0695	474	-120,5
La Rochelle	505,6	449 301	1,125226025	1,0695	1,0695	481	-25,0
Avignon	471,5	451 021	1,045315751	1,0695	1,04531575	471	0,0
Clermont Ferrand	673,3	470 496	1,431007748	1,0695	1,0695	503	-170,1
Orléans	552,6	472 517	1,169446392	1,0695	1,0695	505	-47,2
Caen	593,1	493 443	1,202042267	1,0695	1,0695	528	-65,4
St Etienne	608,3	496 759	1,224570763	1,0695	1,0695	531	-77,0
Annecy	545,1	502 877	1,083899677	1,0695	1,0695	538	-7,2
Lens	561,9	505 237	1,11206957	1,0695	1,0695	540	-21,5
Vannes	584,2	525 326	1,11214895	1,0695	1,0695	562	-22,4
Lille	658,4	551 138	1,194529668	1,0695	1,0695	589	-68,9
Nimes	566,7	606 400	0,934491311	1,0235	0,93449131	567	0,0
Nantes	725,9	643 281	1,128373944	1,0235	1,0235	658	-67,5
Montpellier	600,6	671 798	0,894061229	1,0235	0,89406123	601	0,0
Rennes	770,3	684 943	1,124659685	1,0235	1,0235	701	-69,3
Grenoble	779,8	752 544	1,036194044	1,0235	1,0235	770	-9,6
Evry	1 291,8	909 213	1,420816103	1,0235	1,0235	931	-361,2
Toulon	840,5	909 624	0,924019524	1,0235	0,92401952	841	0,0
Cergy Pontoise	1 255,2	919 528	1,365046527	1,0235	1,0235	941	-314,1
Creteil	1 431,0	974 539	1,468352598	1,0235	1,0235	997	-433,5
Melun	1 129,7	982 509	1,149820729	1,0235	1,0235	1 006	-124,1
Toulouse	1 094,6	1 022 113	1,070870632	1,0235	1,0235	1 046	-48,4
Nice	1 043,8	1 030 947	1,012426934	1,0235	1,01242693	1 044	0,0
Versailles	1 472,3	1 048 514	1,404132871	1,0235	1,0235	1 073	-399,1
Bordeaux	1 171,3	1 081 663	1,082909351	1,0235	1,0235	1 107	-64,3
Lyon	1 422,7	1 223 501	1,162781209	1,0235	1,0235	1 252	-170,4
Bobigny	1 821,4	1 236 655	1,472805651	1,0235	1,0235	1 266	-555,6
Nanterre	1 755,1	1 382 760	1,269299044	1,0235	1,0235	1 415	-339,9
Paris	2 759,6	1 771 787	1,557496079	1,0235	1,0235	1 813	-946,1
Marseille	2 278,3	2 069 855	1,10071103	1,0235	1,0235	2 118	-159,8
Total	58 905,7	48 958 807			0	52 734	-6 171,4

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

3. SCENARIO PRODUCTIVITE DE REFERENCE DEGRADEE DE 30%

Tableau 77 : Evolution des besoins en ETP par caisse avec une productivité de référence simulée dégradée de 30%

Nom	ETP présents et rémunérés, CDI + CDD, en 2008 (1)	BAP 2008	ETP/1000 BAP en 2008	Productivité de référence	Productivité retenue	ETP compte tenu de la productivité retenue (2)	(1) - (2)
Mende	105,9	49 114	2,156596136	1,28	1,28	62,87	-43,05
Elbeuf	84,6	53 180	1,589997034	1,28	1,28	68,07	-16,49
Gueret	107,3	83 660	1,282676336	1,28	1,28	107,09	-0,22
Annonay	106,7	91 239	1,169121011	1,28	1,16912101	106,67	0,00
Aurillac	120,5	93 847	1,284204863	1,28	1,28	120,12	-0,39
Gap	135,4	101 673	1,331655899	1,05	1,05	106,76	-28,64
Belfort	142,5	109 698	1,298813683	1,05	1,05	115,18	-27,29
Ajaccio	126,7	112 683	1,124147748	1,05	1,05	118,32	-8,36
Cahors	130,2	119 290	1,091536274	1,05	1,05	125,25	-4,95
Foix	132,7	120 314	1,102797613	1,05	1,05	126,33	-6,35
Roanne	176,6	120 736	1,462445994	1,05	1,05	126,77	-49,80
Auch	142,2	126 246	1,126102041	1,05	1,05	132,56	-9,61
Longwy	205,2	127 657	1,607719105	1,05	1,05	134,04	-71,20
Digne	140,2	128 753	1,088888603	1,05	1,05	135,19	-5,01
Bastia	142,7	134 239	1,063041394	1,05	1,05	140,95	-1,75
Armentieres	167,9	134 307	1,250427253	1,05	1,05	141,02	-26,92
Chaumont	181,9	136 526	1,332105856	1,05	1,05	143,35	-38,51
Bar Le Duc	188,8	136 805	1,380197307	1,05	1,05	143,65	-45,17
Villefranches/Saone	164,2	142 537	1,152324834	1,05	1,05	149,66	-14,59
Privas	151,0	144 712	1,043357831	1,05	1,04335783	150,99	0,00
Cholet	196,4	144 907	1,355373859	1,05	1,05	152,15	-44,25
Cambrai	184,1	147 211	1,250563722	1,05	1,05	154,57	-29,53
Montbéliard	205,9	152 320	1,351515967	1,05	1,05	159,94	-45,93
Nevers	204,2	157 045	1,300088452	1,05	1,05	164,90	-39,28
Le Puy	185,7	157 302	1,180666858	1,05	1,05	165,17	-20,55
Chateauroux	204,1	164 586	1,239983756	1,05	1,05	172,82	-31,27
Vesoul	215,8	167 787	1,286293162	1,05	1,05	176,18	-39,65
Tulle	210,3	173 413	1,212630301	1,05	1,05	182,08	-28,20
Dieppe	235,0	173 497	1,354514346	1,05	1,05	182,17	-52,83
Montauban	183,3	182 141	1,006433446	1,05	1,00643345	183,31	0,00
Lons Le Saunier	242,2	183 827	1,317282406	1,05	1,05	193,02	-49,13
Tarbes	194,2	184 451	1,052878286	1,05	1,05	193,67	-0,53
Tourcoing	346,5	191 307	1,81125579	1,05	1,05	200,87	-145,63
Laval	233,1	194 296	1,199553917	1,05	1,05	204,01	-29,06
Rodez	190,7	196 785	0,968910484	1,05	0,96891048	190,67	0,00
Saint Quentin	257,8	197 205	1,307156357	1,05	1,05	207,06	-50,71
Douai	243,9	200 868	1,214009792	1,04	1,04	208,90	-34,95
Vienne	215,3	206 672	1,041619709	1,04	1,04	214,94	-0,33
Alençon	262,4	207 511	1,264363315	1,04	1,04	215,81	-46,56
Maubeuge	283,9	212 744	1,334366407	1,04	1,04	221,25	-62,62

Boulogne sur Mer	260,7	217 208	1,200334943	1,04	1,04	225,90	-34,83
Colmar	249,6	217 973	1,145117937	1,04	1,04	226,69	-22,91
Thionville	285,3	218 840	1,303881623	1,04	1,04	227,59	-57,75
Bourges	289,2	226 240	1,278269057	1,04	1,04	235,29	-53,91
Troyes	276,9	227 225	1,218803318	1,04	1,04	236,31	-40,63
Agen	248,6	227 487	1,092943691	1,04	1,04	236,59	-12,04
Charleville	262,5	230 964	1,136687746	1,04	1,04	240,20	-22,33
Laon	259,4	236 716	1,095860449	1,04	1,04	246,19	-13,22
Blois	246,3	237 174	1,038372393	1,04	1,03837239	246,27	0,00
Arras	323,1	238 156	1,356498924	1,04	1,04	247,68	-75,38
Dunkerque	299,1	239 097	1,251028859	1,04	1,04	248,66	-50,46
Besancon	267,7	241 946	1,106360909	1,04	1,04	251,62	-16,06
Haguenau	297,3	245 530	1,211003616	1,04	1,04	255,35	-41,99
Niort	277,2	245 656	1,1285277	1,04	1,04	255,48	-21,75
Creil	316,1	248 084	1,274140543	1,04	1,04	258,01	-58,09
Angoulême	313,8	253 651	1,237328927	1,04	1,04	263,80	-50,05
Sarreguemines	295,6	257 862	1,146413532	1,04	1,04	268,18	-27,44
Calais	312,6	258 024	1,211386981	1,04	1,04	268,34	-44,22
Auxerre	297,2	259 639	1,144854884	1,04	1,04	270,02	-27,22
Mont de Marsan	254,3	259 899	0,978369529	1,04	0,97836953	254,28	0,00
Moulins	347,3	261 898	1,326093361	1,04	1,04	272,37	-74,93
Bayonne	268,6	262 512	1,023290221	1,04	1,02329022	268,63	0,00
Selestat	313,7	262 887	1,193116691	1,04	1,04	273,40	-40,25
Pau	317,8	269 528	1,178916577	1,04	1,04	280,31	-37,44
Carcassonne	265,4	270 612	0,980558855	1,04	0,98055885	265,35	0,00
Limoges	324,5	272 821	1,189499287	1,04	1,04	283,73	-40,79
Beziers	266,0	274 590	0,968682377	1,04	0,96868238	265,99	0,00
Perigueux	265,3	276 006	0,961310027	1,04	0,96131003	265,33	0,00
Epinal	358,8	280 586	1,278730697	1,04	1,04	291,81	-66,98
Poitiers	344,0	284 874	1,207485976	1,04	1,04	296,27	-47,71
Chartres	328,2	290 497	1,129837818	1,04	1,04	302,12	-26,10
St Nazaire	328,2	291 867	1,124510857	1,04	1,04	303,54	-24,67
Roubaix	368,5	292 640	1,259393518	1,04	1,04	304,35	-64,20
Chambéry	350,0	299 539	1,16834972	1,04	1,04	311,52	-38,45
Albi	322,1	300 383	1,072440533	1,04	1,04	312,40	-9,74
Quimper	335,2	301 978	1,110043092	1,04	1,04	314,06	-21,15
St Lo	337,5	322 448	1,046620864	1,04	1,04	335,35	-2,13
Valenciennes	446,8	325 746	1,371638313	1,04	1,04	338,78	-108,03
Le Havre	451,4	338 070	1,335101906	1,04	1,04	351,59	-99,76
Brest	398,7	351 444	1,134564731	1,04	1,04	365,50	-33,23
Metz	426,3	359 038	1,18720111	1,04	1,04	373,40	-52,85
Mulhouse	458,1	361 339	1,267677954	1,04	1,04	375,79	-82,27
Beauvais	437,6	369 465	1,184481431	1,04	1,04	384,24	-53,38
Dijon	469,0	371 016	1,26419552	1,04	1,04	385,86	-83,18
Valence	441,2	387 238	1,139382898	1,04	1,04	402,73	-38,48
Le Mans	445,4	388 013	1,148017909	1,04	1,04	403,53	-41,91
Perpignan	360,5	389 891	0,92470756	1,04	0,92470756	360,54	0,00
Bourg en Bresse	448,7	396 558	1,131503025	1,04	1,04	412,42	-36,29
Macon	476,5	398 827	1,194814549	1,04	1,04	414,78	-61,74
Angers	448,7	399 208	1,123904788	1,04	1,04	415,18	-33,50
St Brieuc	447,8	406 080	1,102695918	0,93	0,93	377,65	-70,13
Reims	531,4	407 783	1,303248114	0,93	0,93	379,24	-152,20

Evreux	530,8	416 192	1,275267847	0,93	0,93	387,06	-143,70
Strasbourg	564,0	417 777	1,349985157	0,93	0,93	388,53	-175,46
Nancy	563,9	428 215	1,316773831	0,93	0,93	398,24	-165,62
Tours	493,9	428 420	1,152757074	0,93	0,93	398,43	-95,43
La Roche s/Yon	466,8	428 983	1,088126168	0,93	0,93	398,95	-67,83
Rouen	617,6	439 442	1,405393933	0,93	0,93	408,68	-208,91
Amiens	595,0	443 642	1,341093857	0,93	0,93	412,59	-182,38
La Rochelle	505,6	449 301	1,125226025	0,93	0,93	417,85	-87,72
Avignon	471,5	451 021	1,045315751	0,93	0,93	419,45	-52,01
Clermont Ferrand	673,3	470 496	1,431007748	0,93	0,93	437,56	-235,72
Orléans	552,6	472 517	1,169446392	0,93	0,93	439,44	-113,14
Caen	593,1	493 443	1,202042267	0,93	0,93	458,90	-134,24
St Etienne	608,3	496 759	1,224570763	0,93	0,93	461,99	-146,33
Annecy	545,1	502 877	1,083899677	0,93	0,93	467,68	-77,39
Lens	561,9	505 237	1,11206957	0,93	0,93	469,87	-91,99
Vannes	584,2	525 326	1,11214895	0,93	0,93	488,55	-95,69
Lille	658,4	551 138	1,194529668	0,93	0,93	512,56	-145,79
Nimes	566,7	606 400	0,934491311	0,89	0,89	539,70	-26,98
Nantes	725,9	643 281	1,128373944	0,89	0,89	572,52	-153,34
Montpellier	600,6	671 798	0,894061229	0,89	0,89	597,90	-2,73
Rennes	770,3	684 943	1,124659685	0,89	0,89	609,60	-160,73
Grenoble	779,8	752 544	1,036194044	0,89	0,89	669,76	-110,02
Evry	1 291,8	909 213	1,420816103	0,89	0,89	809,20	-482,62
Toulon	840,5	909 624	0,924019524	0,89	0,89	809,56	-30,94
Cergy Pontoise	1 255,2	919 528	1,365046527	0,89	0,89	818,38	-436,82
Creteil	1 431,0	974 539	1,468352598	0,89	0,89	867,34	-563,63
Melun	1 129,7	982 509	1,149820729	0,89	0,89	874,43	-255,28
Toulouse	1 094,6	1 022 113	1,070870632	0,89	0,89	909,68	-184,87
Nice	1 043,8	1 030 947	1,012426934	0,89	0,89	917,54	-126,22
Versailles	1 472,3	1 048 514	1,404132871	0,89	0,89	933,18	-539,08
Bordeaux	1 171,3	1 081 663	1,082909351	0,89	0,89	962,68	-208,66
Lyon	1 422,7	1 223 501	1,162781209	0,89	0,89	1 088,92	-333,75
Bobigny	1 821,4	1 236 655	1,472805651	0,89	0,89	1 100,62	-720,73
Nanterre	1 755,1	1 382 760	1,269299044	0,89	0,89	1 230,66	-524,48
Paris	2 759,6	1 771 787	1,557496079	0,89	0,89	1 576,89	-1 182,66
Marseille	2 278,3	2 069 855	1,10071103	0,89	0,89	1 842,17	-436,14
Total	58 905,7	48 958 807			0	46 945,61	-11 960,13

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

Sommaire - Annexe 3

ANNEXE 3 : LA QUALITE DE SERVICE	171
1. LA QUALITE DE SERVICE S'AMELIORE GLOBALEMENT. SI SEULEMENT QUATRE DES OBJECTIFS DE LA COG ONT ETE ATTEINTS EN 2008, LA PLUPART DES RESULTATS SONT PROCHES DES OBJECTIFS	171
1.1. <i>Des progrès sur presque tous les indicateurs mais des résultats très insuffisants sur les indemnités journalières et le remplacement de la carte vitale</i>	<i>171</i>
1.2. <i>La dispersion des résultats est plus ou moins forte selon les indicateurs.....</i>	<i>174</i>
1.3. <i>Les autres démarches d'amélioration de la qualité de service.....</i>	<i>175</i>
2. UNE OFFRE DE SERVICES QUI S'EST ENRICHIE	175
2.1. <i>Les « parcours attentionnés » sont déployés de manière inégale et n'ont fait l'objet d'aucune évaluation</i>	<i>175</i>
2.2. <i>Des services internet qui s'enrichissent mais dont les gains en efficacité et en efficience restent entièrement à concrétiser</i>	<i>178</i>
2.3. <i>De nouvelles modalités d'accueil</i>	<i>180</i>
2.4. <i>Le renforcement qualitatif des relations avec les employeurs et les professionnels de santé se poursuit.....</i>	<i>180</i>

Annexe 3 : La qualité de service

[631] La qualité de service est un axe important du projet d'entreprise et de la convention d'objectif et de gestion 2006-2009. C'est d'abord un objectif de l'assurance maladie à l'égard de ses assurés. Mais c'est aussi, dans une acception plus large, comme le précise justement le projet d'entreprise, un outil au service de la gestion du risque. En effet le développement d'une offre de services sur internet et l'élargissement des informations mises à disposition des assurés (sur les tarifs par exemple) et des professionnels de santé (historique des remboursements) sont de nature à rendre leurs sollicitations et leurs interventions plus justifiées.

1. LA QUALITE DE SERVICE S'AMELIORE GLOBALEMENT. SI SEULEMENT QUATRE DES OBJECTIFS DE LA COG ONT ETE ATTEINTS EN 2008, LA PLUPART DES RESULTATS SONT PROCHES DES OBJECTIFS

[632] Toutes les caisses sont dorénavant certifiées ISO au moins sur une partie de leur champ. L'objectif d'une certification de toutes les caisses sur l'ensemble des processus devrait être atteint fin 2009, à l'exception peut-être des caisses qui sont engagées dans des opérations de fusion.

1.1. Des progrès sur presque tous les indicateurs mais des résultats très insuffisants sur les indemnités journalières et le remplacement de la carte vitale

[633] Si seulement quatre objectifs sont atteints la plupart des indicateurs sont proches des cibles fixées. On notera cependant que s'agissant des délais de règlement des indemnités journalières et des délais de remplacement de la carte vitale les résultats ne se sont pas améliorés.

Tableau 78 : Résultats et objectifs des indicateurs de qualité de service en 2007 et 2008

	2007	2008	Objectif COG 2008	Objectif atteint ?
Délai de remboursement des FSE aux Assurés	7,1	6,9	7 jours pour 90%	Oui
Taux de FSE+EDI	82,7%	84,6%	83%	Oui
Taux de rejet IRIS	2,7%	2,6%	<2,5%	Non
Délai de règlement à l'assuré de la 1 ^{ière} IJ maladie non subrogée	45,3 jours pour 80% des dossiers	46 j pour 80% des dossiers	<=30j pour 80% des dossiers	Non
Délai de remplacement de la carte vitale	95,8%	86,4%	délai moyen inférieur ou égal 21 j	Non
Taux de certification des ayants-droits	98,5%	98,6%	97%	Oui
taux de décroché téléphonique	89,9%	87,3%	90%	Non
Indice de satisfaction Assurés		7,2	7,3	Non
Indice de satisfaction Professionnels de Santé		6,6	6,8	Non
Indice de satisfaction Employeurs		6,7	6,9	Non
Délai de traitement des réclamations	Neutralisé	Neutralisé	21j pour 90% des cas	
Offre de téléservices assurés (% d'assurés ayant fait au moins une connexion au service) (*)	Neutralisé	7,5%	10%	Non
Offre de téléservices professionnels de santé (% de professionnels de santé ayant fait au moins une connexion au service) (*)	27,1%	51,7%	40%	Oui
Offre de téléservices employeurs (% de professionnels de santé ayant fait au moins une connexion au service) (*)	9,14%	31,70%	15%	Oui

Source : COG, CNAMTS : CPG ;(*) : ces trois objectifs n'ont pas été fixés dans la COG qui s'en tenait à un engagement général. La CNAMTS les a déterminé pour les exercices 2007 à 2009 et les a fait figurer ans les contrats pluriannuels de gestion

1.1.1. Les performances en matière de délai de paiement de la première indemnité journalière non subrogée sont faibles, mais l'indicateur souffre de quelques limites

- [634] La performance réalisée par la branche maladie en matière de délai de versement de la première indemnité journalière (IJ) non subrogée est très nettement inférieure à l'objectif fixé. Cette faible performance s'accompagne d'une dispersion assez forte des résultats entre les caisses (cf. tableau 2).
- [635] Il est difficile de déterminer les causes de ces résultats. Il est vrai que la computation du délai, qui court entre la date de l'arrêt de travail et la date de mandatement de la première indemnité journalière renvoie à la responsabilité de la CPAM mais aussi à celle des employeurs. C'est une source de confusion, qui ne permet pas de distinguer les responsabilités de chaque acteur.
- [636] Néanmoins du point de vue de l'assuré seul ce délai compte. Il est donc logique que ce délai soit suivi. Néanmoins les caisses ne peuvent être comptables que de la part sur laquelle elles peuvent agir avec leurs propres moyens.

Recommandation n°39 : Maintenir l'objectif de délai de paiement de la première IJ non subrogée. Ajouter un indicateur de temps de traitement par les caisses, calculé entre la date de réception du dossier par la CPAM et le versement de la première IJ non subrogée.

1.1.2. La carte VITALE 2

- [637] On notera également la dégradation de la performance en matière de remplacement de la carte Vitale qui renvoie aux difficultés globales du dispositif de distribution des cartes.
- [638] Les nouvelles modalités de diffusion de la carte Vitale 2 avec l'envoi à l'assuré, par le numérisateur, d'un formulaire de collecte de la photographie ont modifié le processus de diffusion.
- [639] Il est difficile de comparer les délais de diffusion avant et après la mise en place de la carte Vitale 2. En outre le rôle des CPAM dans la procédure est dorénavant moins important. Dans la mesure où elles ne maîtrisent pas la totalité de la chaîne, l'indicateur se heurte à la même limite que l'indicateur de délai de versement de la première indemnité journalière.
- [640] Par ailleurs, un certain nombre de demandes de cartes Vitale ont été bloquées suite à des anomalies techniques du système d'information. Un dispositif de rattrapage est en cours.

Recommandation n°40 : En complément de l'indicateur prévu à la COG, la CNAMTS, devrait suivre un indicateur sur le délai de délivrance de la carte VITALE 2 imputable aux seules caisses.

Réponse de l'organisme : *La mission estime qu'en complément de l'indicateur prévu à la COG, la CNAMTS, devrait suivre un indicateur sur le délai de délivrance de la carte VITALE 2 imputable aux seules caisses. La CNAMTS est en phase de déploiement d'outils automatisés permettant de mieux isoler le délai de délivrance de la carte Vitale 2 qui relève des caisses.*

Observation de la mission : *Vu.*

1.1.3. Les indicateurs de satisfaction posent des problèmes d'utilisation

- [641] Pour compléter le panel d'indicateurs sur la qualité de service, la CNAMTS a mis en place des indicateurs de satisfaction. Démarche intéressante et complétant utilement la batterie d'indicateurs en place, la recherche d'une mesure de la perception par les assurés du service rendu est en soi très positive et source d'enseignements.
- [642] Néanmoins les caisses visitées par la mission ont toutes rapporté des difficultés de compréhension et d'utilisation de ces indicateurs.
- [643] En effet la variabilité des résultats, d'une période à une autre, d'un site à un autre, est à l'origine de difficultés d'interprétation. L'exemple le plus frappant est celui des plateformes téléphoniques. Aujourd'hui étant toutes mutualisées, les appels sont traités de manière banalisée, c'est-à-dire indépendamment de la CPAM d'affiliation. Pourtant l'indice de satisfaction des usagers peut être très différent parmi les caisses qui participent à la plateforme.
- [644] D'une manière générale, les caisses semblent parfois démunies pour identifier les leviers d'action qu'elles doivent mobiliser pour améliorer leurs résultats.
- [645] Le calcul de cet indicateur est réalisé sur la base d'un sondage. Une partie des difficultés semble tenir à la fiabilité de l'échantillon utilisé. On notera d'abord que les personnes interrogées n'ont pas forcément été en contact avec l'assurance maladie. Ensuite, la composition de l'échantillon peut varier sensiblement dans le temps et expliquer des écarts d'une année sur l'autre.

Recommandation n°41 : Faire évoluer les indicateurs de satisfaction de sorte que les résultats soient lisibles et que les caisses identifient mieux les leviers d'amélioration mobilisables

1.2. La dispersion des résultats est plus ou moins forte selon les indicateurs

Tableau 79 : Dispersion des résultats des principaux indicateurs de qualité de service en 2008

	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Plage	Min.	Max.	Taux de dispersion (écart type/moyenne)
Délai de remboursement des FSE aux Assurés	6,77	6,80	0,43	2,90	5,80	8,70	6,40%
Taux de FSE+EDI	84,83%	84,84%	2,31%	13,58%	77,87%	91,45%	2,73%
Taux de rejet IRIS	2,45%	2,42%	0,34%	2,18%	1,74%	3,92%	13,74%
Délai de règlement à l'assuré de la 1 ^{ière} IJ maladie non subrogée	43,36	42,00	9,76	60,00	21,00	81,00	22,50%
Délai de remplacement de la carte vitale	86,38%	88,24%	10,37%	69,48%	30,00%	99,48%	12,01%
Taux de certification des ayants-droits	98,82%	98,94%	0,70%	3,75%	96,14%	99,90%	0,71%
taux de décroché téléphonique	90,73%	92,31%	6,27%	48,25%	48,25%	96,51%	6,91%
Indice de satisfaction Assurés	7,11	7,11	0,15	0,74	6,75	7,49	2,06%
Indice de satisfaction PS	6,90	6,93	0,26	1,52	5,92	7,44	3,74%
Indice de satisfaction Employeurs	6,65	6,67	0,23	1,31	5,85	7,16	3,41%
Offres téléservices assurés	6,90%	6,80%	1,45%	7,68%	4,13%	11,82%	21,06%
Offres téléservices PS	50,89%	48,51%	11,11%	55,35%	29,92%	85,28%	21,83%
Offres téléservices employeurs	33,50%	33,06%	5,23%	27,17%	19,32%	46,49%	15,60%

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

[646] Les taux de dispersion que l'on peut observer sur les indicateurs de qualité de service sont faibles dans leur ensemble. Cela démontre une homogénéité assez forte sur l'ensemble du territoire. En particulier on peut voir l'impact de la dématérialisation sur la qualité de service. Ainsi les délais de remboursement des FSE aux assurés sont très proches d'une caisse à l'autre.

[647] On relèvera néanmoins une dispersion plus importante sur trois objectifs. Il s'agit en premier lieu du développement de l'offre de téléservices, qu'il s'agisse des assurés, des employeurs ou des professionnels de santé. Le déploiement récent de ces services peut expliquer la persistance d'écart assez important entre les caisses. Compte tenu de l'effet de levier de ces téléservices à la fois sur la qualité de service mais aussi sur l'organisation et la productivité, c'est un axe de progrès important.

Réponse de l'organisme : *La Cnamts a porté dans les CPG 2009 des objectifs de montée en charge des téléservices différenciés selon les organismes en fonction de leurs résultats au 31/12/2008. A titre d'exemple, pour les téléservices relatifs aux assurés, le taux d'effort demandé est varié en fonction du résultat 2008 : - Pour une partie des caisses, une hausse de 5 points est prise en compte par rapport à leur taux de 2008 (exemple : caisse d'Auxerre : taux 2008 5,49% ; + 5 points : 10,49% ; -Pour les autres caisses, l'objectif est une progression de 6,5 points. Enfin, des objectifs communs ont été fixés aux caisses appelées à fusionner.*

Observation de la mission : Vu.

- [648] On observe également une qualité de service assez variable en matière de délai de paiement de la première IJ non subrogée et de délai de remplacement de la carte VITALE. S'agissant du premier, comme la mission l'a relevé (cf. Supra), cette dispersion n'est pas que la conséquence des différences d'organisation entre caisses mais aussi de pratiques des employeurs.

Recommandation n°42 : Fixer un objectif de réduction des écarts entre caisses quant au déploiement de tous les téléservices**1.3. Les autres démarches d'amélioration de la qualité de service****1.3.1. Les outils de gestion de la relation client sont en place**

- [649] L'amélioration de la qualité des contacts avec les assurés de l'assurance maladie suppose un suivi formalisé des échanges. Cette exigence de formalisation des contacts devient d'autant plus importante avec le développement d'une offre multicanal s'appuyant sur l'accueil physique, les plateformes téléphoniques ou encore les services internet.

- [650] Le développement des outils de gestion de relation client (GRC) est donc un enjeu important de qualité et d'efficacité. Sans attendre l'existence d'une solution nationale certaines caisses avaient d'ailleurs mis en place des solutions locales. Une solution nationale (MEDIALOG) a depuis été lancée. La version 8 de cet outil est déployée dans l'ensemble des caisses depuis la fin du premier semestre 2009.

1.3.2. Le processus d'amélioration de la rédaction des courriers n'est pas encore achevé

- [651] La convention d'objectifs et de gestion prévoyait une amélioration de la rédaction des courriers. Si ce travail a effectivement débuté, il est regrettable qu'il n'ait pu être achevé dans le temps de la COG. Une charte rédactionnelle pour normaliser les modalités de rédaction des courriers à destination des assurés est en cours de réalisation. Elle devrait être finalisée pour la fin de l'année 2009. La remise à jour des courriers adressés aux assurés pourra alors être engagée en fonction des priorités (degré d'importance du courrier, faisabilité technique).

- [652] Concernant les professionnels de santé, les travaux d'amélioration sont plus avancés. La charte rédactionnelle pour les professionnels de santé a été rédigée. Elle a permis la remise à jour d'une partie des courriers à destination des professionnels de santé. La révision de tous les courriers devrait être achevée d'ici la fin de l'année 2009.

2. UNE OFFRE DE SERVICES QUI S'EST ENRICHIE**2.1. Les « parcours attentionnés » sont déployés de manière inégale et n'ont fait l'objet d'aucune évaluation**

- [653] Conformément aux engagements de la COG, la CNAMTS a mis en œuvre, pour certains publics depuis plusieurs années, des services dits attentionnés. Il s'agit de répondre aux besoins et aux attentes spécifiques des assurés ou des professionnels de santé.

- [654] Même si les informations obtenues ne sont pas suffisantes pour juger pleinement de ce qui a été fait, la mission tient à souligner d'abord les progrès réalisés en la matière.

- [655] Elle constate néanmoins que tous les services attentionnés rencontrent les mêmes difficultés. Ils sont en général déployés inégalement sur le territoire. Par ailleurs leur mise en œuvre peut être différente d'une caisse à l'autre. En outre tous souffrent d'une absence d'évaluation.

Recommandation n°43 : Accélérer le déploiement des parcours attentionnés. Les évaluer.

2.1.1. L'accompagnement de l'installation des médecins fait l'objet d'une intervention coordonnée avec la branche recouvrement

- [656] L'accompagnement des jeunes médecins dans leur installation consiste à les aider dans leurs démarches administratives mais aussi dans le choix de leur lieu d'installation notamment à l'aide d'études de marché.
- [657] Près de 80% des CPAM proposent ce service déployé depuis juin 2007 et qui rencontre un écho positif auprès des professionnels. En effet depuis le lancement près de 5 000 jeunes médecins en ont bénéficié. Cela représente en 2007 un peu moins de la moitié des nouveaux inscrits. Les enquêtes de satisfaction réalisées par la CNAMTS montrent que le service est apprécié.
- [658] Rappelons que lors de son installation le professionnel de santé doit s'inscrire à l'ordre (pour les professionnels concernés), faire valider son diplôme auprès de la DDASS, s'inscrire auprès de la CPAM puis auprès du centre de formalité des entreprises de l'URSSAF. La mise en œuvre de ce parcours se fait en partenariat avec la branche recouvrement. La CPAM joue un rôle pivot en étant l'interlocuteur des professionnels de santé. Lors du premier contact avec le professionnel, la CPAM réalise une coordination des contacts avec le régime général. Elle prend les rendez-vous pour les deux organismes et en informe l'URSSAF.
- [659] La CNAMTS envisage une extension aux infirmières, aux masseurs kinésithérapeutes, voire aux médecins remplaçants.

2.1.2. Le « parcours d'accompagnement » des femmes enceintes est inégalement déployé

- [660] Depuis 2007, un dispositif d'information composé de trois guides a été mis en place. Il est adressé à chaque femme ayant fait une déclaration de grossesse. Ces guides donnent les informations essentielles aux étapes clés de la grossesse.
- [661] En complément, des visites des délégués de l'assurance maladie (DAM) ont été réalisées auprès des professionnels de santé pour faciliter les échanges patients/professionnels sur les facteurs de risque.
- [662] Par ailleurs ces guides qui donnent des informations de santé publique mais rappellent aussi les démarches administratives et les droits des assurées, devraient être adressés à toutes les femmes enceintes. A terme il est prévu que le service soit enrichi d'un outil de simulation des indemnités journalières.
- [663] La mission note que seulement 60% des caisses déclarent avoir proposé ce service. Même si la montée en charge peut expliquer ce niveau de déploiement, la CNAMTS devrait maintenant s'attacher à poursuivre la généralisation à toutes les caisses.
- [664] Par ailleurs certaines d'entre elles ont décidé de ne le proposer qu'aux populations les plus fragiles (femmes précaires, ou très jeunes femmes). Il conviendrait que toutes les caisses primaires diffusent ce guide à toutes les femmes enceintes.

2.1.3. La mise en place du service attentionné « passage en invalidité » est récente

- [665] Diffusé depuis mars 2009, ce service attentionné vise d'abord à apporter une information sur les droits et devoirs des personnes invalides. Une aide personnalisée à la constitution du dossier est proposée. Le service social traite les conséquences de l'invalidité sur la situation sociale et professionnelle et peut proposer un accompagnement complémentaire aux personnes les plus en difficulté. Suivant les besoins des personnes en invalidité, une orientation vers des partenaires peut être proposée.

- [666] A terme l'offre devrait être enrichie par un transfert automatique du relevé de carrière entre la CPAM, la CRAM et la CNAV. Ce relevé de carrière devrait faire l'objet d'une intégration dans l'outil de gestion des carrières.
- [667] La mise en place de ce parcours qui répond à une des observations du rapport IGAS de 2006³⁷ est trop récente pour porter une appréciation.

2.1.4. Le parcours attentionné CMUC a certainement contribué à l'augmentation récente du nombre de recours à l'aide financière à l'acquisition d'une complémentaire santé

- [668] Un des enjeux de la CMUC est l'accès aux droits. En effet, l'aide financière à l'acquisition d'une complémentaire santé reste assez mal connue des publics concernés, expliquant, au moins pour partie, qu'elle n'ait pas rencontré l'écho attendu. Informer les bénéficiaires potentiels de la CMUC est donc une priorité. Le service attentionné poursuit cet objectif. Pour cela la CPAM adresse un courrier personnalisé aux personnes potentiellement concernées. Ce courrier est accompagné d'un guide qui rappelle les droits et les services dont peut bénéficier le titulaire.
- [669] Un travail d'information des professionnels de santé sur l'offre de service destinée aux assurés est également réalisé. Les professionnels de santé sont également informés des services dont ils peuvent bénéficier comme la garantie de paiement de la FSE en cas de tiers payant, ou encore la consultation des droits des patients depuis le compte AMELI.
- [670] On constate une accélération des ouvertures de droits à compter de septembre 2008 (autour de 53 000 mensuelles en moyenne, chiffre à comparer aux 40 000 constatées en moyenne sur la même période un an plus tôt). Le taux d'utilisation des attestations ressort désormais à près de 75 %. Ce chiffre s'établissait à 65 % fin 2007.

2.1.5. Des progrès ont été faits dans les procédures de mutations entre CPAM, mais des efforts importants restent à réaliser pour les changements inter régime

- [671] Jusque là, en cas de changement de CPAM d'affiliation, l'assuré devait adresser un dossier complet à sa nouvelle caisse. Depuis la mise en place de cette nouvelle procédure il n'a qu'à transmettre les informations relatives à sa nouvelle adresse, son médecin traitant et éventuellement ses coordonnées bancaires, le reste des informations faisant l'objet d'un transfert automatisé entre les CPAM.
- [672] Corollairement les opérations de mutation ont été aussi été facilitées pour les caisses grâce à la mise en place d'un transfert électronique du dossier de l'assuré qui limite les opérations de ressaisie par la caisse de destination.
- [673] Par contre le changement de régime reste aussi peu performant faisant toujours l'objet d'une transmission du dossier papier, avec les difficultés de complétude du dossier, puis une ressaisie par la caisse de destination. Un projet de transfert automatique des informations émises dans le cadre de la mutation inter - régimes (assurance maladie obligatoire) via le PCIR (Point Central Inter régimes) devrait permettre d'automatiser l'émission et la réception des informations échangées entre unités de rattachement cédantes et prenantes, d'accélérer les échanges entre unités de rattachement afin d'aboutir plus rapidement à la mutation des cartes, et d'économiser les frais d'affranchissement en évitant les envois postaux. Il est prévu de déployer cette solution à partir de 2010.

Recommandation n°44 : Fixer dans la future COG un objectif de fin du déploiement du transfert automatique de données pour les changements inter régimes

³⁷ La prise en charge de l'invalidité : perspectives financières et positionnement du dispositif, rapport n° RM 2006-200P, IGAS, 2006

2.1.6. Un parcours attentionné de reprise du travail

- [674] L'objet du service attentionné serait la prévention de la désinsertion professionnelle dans son acception la plus large. Il couvrirait donc en priorité, le maintien dans l'emploi ou le reclassement dans la même entreprise, mais aussi, lorsque l'entreprise est dans l'incapacité de proposer une solution de reclassement, l'orientation vers une autre activité professionnelle ou un autre secteur.
- [675] La mise en place de ce parcours contribuerait aux politiques publiques développées pour promouvoir l'employabilité des personnes et notamment des salariés les plus exposés au risque de précarité. En effet, l'allongement de la vie professionnelle conjuguée au vieillissement de la population salariée milite en faveur d'une détection et d'un accompagnement les plus précoces possibles des assurés en difficulté afin de permettre la construction d'un nouveau parcours professionnel.
- [676] Cette action s'inscrirait dans le cadre de la politique de gestion du risque des deux branches AT-MP et maladie-invalidité, la prévention de la désinsertion professionnelle permettant la maîtrise des indemnités journalières en limitant l'allongement des arrêts de travail ou la chronicisation de certaines pathologies.
- [677] L'intérêt de ce parcours est d'autant plus fort que la désinsertion professionnelle repose en partie sur l'implication et la mobilisation des multiples acteurs institutionnels et des différents services de l'assurance maladie (service médical, service social, service prévention, services administratifs AT-MP et maladie). Ces actions devraient impérativement se coordonner avec les actions conduites localement pas les autres acteurs sociaux (médecins du travail notamment) et le service public de l'emploi.

Recommandation n°45 : Fixer un objectif de déploiement du parcours de désinsertion professionnelle et intégrer l'objectif de partenariat avec les services ou collectivités publiques concernés.

2.2. Des services internet qui s'enrichissent mais dont les gains en efficacité et en efficience restent entièrement à concrétiser

- [678] Le développement d'une offre de téléservices sur internet répond à une exigence d'enrichissement du contenu de services proposés aux professionnels de santé, aux assurés et aux employeurs. C'est aussi un enjeu important pour l'efficience de l'organisation pour autant que l'organisation et les systèmes d'information tirent pleinement profit des nouvelles technologies, ce qui n'est pas encore le cas.

2.2.1. Un enrichissement du contenu incontestable mais une diffusion très inégale

- [679] L'enrichissement des services proposés via internet est incontestable (cf. infra) et les perspectives ouvertes sont intéressantes. On pourra néanmoins regretter que le rythme de développement ne soit pas plus rapide et que le contenu soit encore loin de ce que proposent des opérateurs de service (mise à jour en ligne, réalisation de transactions, éditions de documents personnels...)

2.2.1.1. Un faible taux d'adhésion pour les assurés

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

[682] En 2009, le service offert aux assurés développera une nouvelle dimension puisque aux informations administratives s'ajouteront des informations spécifiques de prévention selon les catégories d'assurés (suivi de la grossesse, prévention bucco-dentaire pour les familles avec enfants et adolescents, suivi de la vaccination antigrippale pour les seniors...).

[683] Il a été indiqué à la mission que la branche n'étant pas sûre de la capacité de son infrastructure technique à absorber un flux très important, elle n'avait pas recherché un développement rapide. Effectivement le taux de diffusion auprès des assurés reste faible. Au niveau national un peu plus de 7% des assurés sont actifs, c'est-à-dire se sont connectés au moins une fois dans l'année (en décembre 2008 il y avait plus de 2 millions de comptes).

2.2.1.2. Les services destinés aux professionnels de santé bénéficient d'un contenu plus riche et d'une meilleure diffusion

[684] Mis en en place plus tôt que le compte assuré, notamment pour mettre à disposition l'historique des remboursements, le compte du professionnel de santé offre un contenu plus important.

[685] En 2008 l'accès aux services et les échanges avec les caisses ont été simplifiés avec la mise en place du portail "Votre Espace Pro".

[686] En outre les médecins peuvent via ameli.fr faire le suivi des gardes et des astreintes, consulter la liste des patients les ayant choisis comme médecin traitant, accéder aux relevés d'activité et de prescriptions, et aux relevés d'honoraires, ou disposer d'un historique des remboursements plus complet.

[687] De nouveaux services vont être proposés d'ici la fin de l'année 2009, comme le protocole de soins électronique et l'avis d'arrêt de travail dématérialisé pour les médecins libéraux, ou la consultation des droits pour les professionnels de santé hospitaliers.

[688] Au 31 décembre 2008, plus de 28 000 médecins libéraux ont accès aux services de Votre espace pro. Plus de 180 000 comptes professionnels sont actifs, soit le double du nombre de comptes ouverts au 31 décembre de l'année précédente.

2.2.1.3. Malgré une diffusion correcte les téléservices proposés aux employeurs des efforts importants restent à faire pour qu'ils soient profitables à tous

[689] En dehors de la consultation pour suivre leurs comptes AT/MP, les employeurs peuvent réaliser en ligne des déclarations d'accident du travail et des déclarations de salaires pour le paiement des indemnités journalières (DSIJ).

[690] Le service DSIJ a permis l'établissement de 6,7 millions d'attestations depuis sa mise en place fin octobre 2005 dont 2,75 millions pour la seule année 2008. Cela représente approximativement 25% des déclarations.

[691] Ce sont également 114 000 déclarations d'accident du travail reçues depuis la mise en ligne du service en septembre 2008.

[692] De nouveaux services viendront compléter cette offre en 2009, avec par exemple la déclaration de salaires « EDI to EDI » qui devrait simplifier la démarche de l'employeur et favorisant le paiement rapide des indemnités journalières. Il s'agit de doter les logiciels de comptabilité d'un module permettant de générer un fichier de données reprenant les éléments de la déclaration de salaires dans un format que les systèmes d'information de l'assurance maladie sauront reconnaître. Ces logiciels se verront labellisés pour garantir qu'ils utilisent des formats d'échange de données agréés par la branche maladie.

- [693] C'est une solution technique qui répond aux limites actuelles de la dématérialisation (pas de lien possible entre les logiciels comptables et les outils de transmission à la branche) et permettra aux CPAM de faire des gains de productivité (cf annexe relative à la productivité). Toutefois cette fonctionnalité ne sera pas disponible rapidement et pour toutes les entreprises. Elle suppose en effet que les éditeurs adaptent leurs produits et diffusent les évolutions. En outre, les discussions n'ont été engagées qu'avec un nombre réduit d'éditeurs. Par ailleurs, les grandes entreprises qui ont souvent des outils propres ou des progiciels de gestion intégrée (PGI) ne pourront pas bénéficier de cette solution. Il faudrait travailler également avec les éditeurs de ces solutions informatiques.

Recommandation n°46 : La COG devrait comporter des objectifs chiffres concernant la diffusion des téléservices

2.3. De nouvelles modalités d'accueil

- [694] La mission a pu observer dans toutes les caisses visitées des guichets automatiques. Certaines d'entre elles sont aussi en train d'expérimenter des visio guichets. « Visio guichet » est une appellation un peu réductrice. L'intérêt de cette solution ne se limite pas un contact visuel mais permet aussi au technicien de l'assurance maladie de numériser tous les documents de l'assuré et donc de pouvoir donner une réponse immédiate tant sur le fond que sur la complétude du dossier.
- [695] Depuis fin 2007, 18 Caisses Primaires se sont portées volontaires pour expérimenter le dispositif de visioguichets. A ce jour, elles offrent, en partenariat avec d'autres services publics, un accueil personnalisé à distance sur 61 Points Visio Publics mis à disposition des usagers, dans des régions à forte densité rurale : Poitou Charente, Basse Normandie, Franche Comté, Midi Pyrénées, Auvergne, Bretagne, Alsace, Rhône-Alpes et PACA.
- [696] Dans la très grande majorité des cas, les Caisses ont adhéré à des projets pilotés par les Conseils généraux, régionaux ou par des Communautés de communes. Du côté des assurés et des élus locaux le service est apprécié positivement. On notera néanmoins que la fréquentation est dans certaines caisses faible (un contact par semaine). Cela renvoie certainement à une méconnaissance de ce service de la part des assurés. C'est une modalité d'accueil qu'il faut continuer de développer chaque fois qu'elle présente un intérêt et qu'elle permet d'associer plusieurs services publics, en l'accompagnant d'un dispositif de communication adapté.

2.4. Le renforcement qualitatif des relations avec les employeurs et les professionnels de santé se poursuit

2.4.1. Les « conseillers employeurs », une démarche locale intéressante, à évaluer

- [697] On notera avec intérêt que parmi les caisses visitées certaines ont mis en place des « conseillers employeurs ». C'est là une déclinaison possible d'une stratégie nationale consistant à agir sur les facteurs de dépenses.
- [698] En mettant en place des « conseillers employeurs » les caisses, en association avec les CRAM, souhaitent sensibiliser les employeurs en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Donner une information détaillée sur la situation de l'entreprise et des éléments de comparaison et déboucher éventuellement sur des conseils en partenariat avec les services compétents est une démarche intéressante. A cette occasion les « conseillers employeurs » doivent aussi inciter les entrepreneurs à s'engager dans la dématérialisation des procédures, en particulier en ce qui concerne les attestations de salaire et les déclarations des accidents de travail.
- [699] La mission n'est pas en mesure de porter une réelle appréciation du dispositif. Si elle juge l'initiative digne d'intérêt elle estime qu'elle devrait faire l'objet d'une évaluation pour mesurer les bénéfices et les coûts de ce type de service déterminer la suite qui pourrait lui être donnée.

Recommandation n°47 : Conduire une évaluation du dispositif "conseiller employeur"

2.4.2. Les « conseillers informatique service », un nouveau levier d'action qui doit être encadré

- [700] La CNAMTS a également engagé une démarche nationale pour développer et structurer la fonction de Conseiller Informatique Service dont les missions et la finalité seraient les suivantes :
- assurer l'interface entre l'Assurance maladie, les professionnels de santé et les entreprises
 - accompagner les professionnels de santé, les établissements et les entreprises dans leur adaptation aux changements liés aux échanges entretenus avec l'Assurance Maladie,
 - conseiller les publics sur les conditions d'équipement et les modalités garantissant le respect des normes logicielles et matérielles définies (homologation et agrément...)
- [701] La finalité du métier de Conseiller Informatique Service est de contribuer au processus de modernisation et de simplification des échanges des données médico administratives informatisées.
- [702] Face aux enjeux liés à la dématérialisation de flux et au potentiel offert par les services internet (cf. supra), il est logique que la CNAMTS souhaite développer de nouveaux leviers d'action pour développer l'informatisation des professionnels de santé. La mission s'interroge sur la pertinence de développer une modalité spécifique de visite des professionnels de santé au sujet de l'informatisation alors que la branche maladie dispose déjà de délégués (les DAM). Elle estime par contre que la fourniture d'un service de support et d'assistance aux médecins présenterait un intérêt. Par ailleurs, cette solution présente aussi un intérêt dans le cadre de la réorganisation de la Direction déléguée aux systèmes d'information (DDSI). Les moyens consacrés à cette nouvelle fonction devraient néanmoins rester modérés.
- [703] Plus généralement la mission considère que les fonctions de contact risquent se développer sans réelle cohérence d'ensemble et avec un cloisonnement des dispositifs selon les objectifs poursuivis. Chaque dispositif étant porteur d'un ou plusieurs objectifs, les contacts, en particulier avec les professionnels de santé, se multiplieraient sans garantie quant à la bonne utilisation des moyens et au risque de voir le taux de refus de visite se développer.
- [704] Il n'est pas souhaitable de multiplier ces fonctions sans une réflexion d'ensemble sur les relations de la branche maladie avec les professionnels de santé et les employeurs.

Recommandation n°48 : Réaliser une étude de besoins pour déterminer l'évolution que devraient, en termes de contenu et de modalités, les relations de la branche maladie avec les professionnels de santé et les employeurs.

Sommaire - Annexe 4

ANNEXE 4-1 : L'EXECUTION DES BUDGETS PLURIANNUELS DU FNG ET DU FNASS185

1. LE BUDGET PLURIANNUEL ATTRIBUE PAR LA COG AU FONDS NATIONAL DE GESTION A ETE FORTEMENT SURESTIME..... 185
 - 1.1. *Une sous consommation qui atteint plus de 941 millions d'euros de crédits, et s'explique par la surestimation de la base budgétaire et le cumul d'un volume importants de reports* 185
 - 1.2. *La sous exécution ne se traduit pas par une mobilisation inutile des fonds publics. Elle n'a pas d'impact sur la LFSS.* 190
 - 1.3. *Il n'y pas au sein de la caisse nationale de fonction budgétaire unifiée* 190
2. L'EXECUTION BUDGETAIRE DU FNASS SE DEGRADE TRES FORTEMENT 191

ANNEXE 4.2. : LA POLITIQUE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES 197

1. EVOLUTIONS DES EFFECTIFS ET REMUNERATIONS 197
 - 1.1. *Des erreurs de prévision sur les départs en retraite ont permis à la branche de remplir aisément ses objectifs de réduction des effectifs*..... 197
 - 1.2. *Dans un contexte général d'excédent de crédits et de baisse des dépenses de personnel, la rémunération moyenne a connu une évolution favorable*..... 198
2. OUTILS DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES 208
 - 2.1. *Des ambitions larges en matière de gestion des ressources humaines*..... 208
 - 2.2. *Une dynamique de modernisation encore trop timide est en cours*..... 209
3. PILOTAGE DES RESSOURCES HUMAINES 214
 - 3.1. *Les indicateurs relatifs aux ressources humaines sont relativement pauvres* 214
 - 3.2. *Le dispositif de pilotage donne un rôle d'impulsion à la caisse nationale, encore insuffisamment assumé*..... 214
 - 3.3. *Un système managérial perfectible*..... 216

ANNEXE 4.3 : ELEMENTS DE BILAN ET PERSPECTIVES CONCERNANT LA GESTION DES SYSTEMES D'INFORMATION..... 219

1. UNE REORGANISATION DIFFICILE 219
 - 1.1. *Un pilotage réorganisé qui n'impacte qu'assez peu les pratiques. Une fonction ressources humaines sous dimensionnée*..... 219
 - 1.2. *La réorganisation doit maintenant embrasser la fonction production et l'organisation territoriale* 221
 - 1.3. *Des développements locaux importants et non coordonnés* 226
2. UN RETARD PREOCCUPANT DES OPERATIONS DE PREPARATION DE FUSION DE CAISSES..... 228
3. LA CNAMTS DOIT SE DOTER D'UN SCHEMA DIRECTEUR DE MOYEN/ LONG TERME 229
 - 3.1. *La cible fonctionnelle et technique reste à déterminer. Elle doit faire l'objet d'une étude de valeur approfondie*..... 229

3.2. <i>La mise en œuvre de DIADEME représente un progrès important, mais des efforts sont encore nécessaires pour en tirer pleinement parti.....</i>	234
3.3. <i>Un plan de travail qui laisse peu de place à des évolutions parfois modestes dont les gains seraient pourtant rapides et significatifs, en matière de contrôle, d'efficience et de liquidation médico administrative.....</i>	235
4. LE PLAN DE CONTINUITÉ DES ACTIVITÉS DOIT ÊTRE ACHEVÉ.....	237
5. LE RÔLE DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ EN MATIÈRE DE GESTION DU RISQUE IMPOSE DE LEUR METTRE À DISPOSITION LES APPLICATIONS NÉCESSAIRES.....	238
ANNEXE 4-3-1 : RÉPARTITION DES MOYENS ENTRE LES PRINCIPAUX CHANTIERS INFORMATIQUES	239
ANNEXE 4.4 : LA FONCTION D'AUDIT INTERNE	241
1. LE DISPOSITIF DE CONTRÔLE INTERNE DÉJÀ LARGEMENT DÉVELOPPÉ DEVRAIT ÊTRE COMPLÈTE.....	241
2. UNE FONCTION DE GESTION DES RISQUES DOIT ÊTRE MISE EN PLACE.....	242
3. UNE REORGANISATION PERMETTRAIT DE RENFORCER L'AUDIT INTERNE.....	243
3.1. <i>L'audit interne, essentiellement tourné vers le réseau, réalise peu de missions sur l'établissement public national.....</i>	243
3.2. <i>Les moyens de la fonction d'audit interne pourraient être renforcés par une organisation sur un modèle décentralisé.....</i>	243
3.3. <i>Plusieurs points doivent faire l'objet d'amélioration pour obtenir une plus grande conformité aux normes professionnelles de l'audit interne.....</i>	244
4. L'AUDIT LIÉ À LA CERTIFICATION DES COMPTES EST DÉTACHÉ DE L'AUDIT INTERNE. UNE COORDINATION EST CEPENDANT ASSURÉE	247
4.1. <i>La fonction d'audit liée à la certification des comptes est assurée par la direction financière et comptable</i>	247
4.2. <i>L'articulation avec l'audit général est organisée.....</i>	247

Annexe 4-1 : L'exécution des budgets pluriannuels du FNG et du FNASS

1. LE BUDGET PLURIANNUEL ATTRIBUE PAR LA COG AU FONDS NATIONAL DE GESTION A ETE FORTEMENT SURESTIME

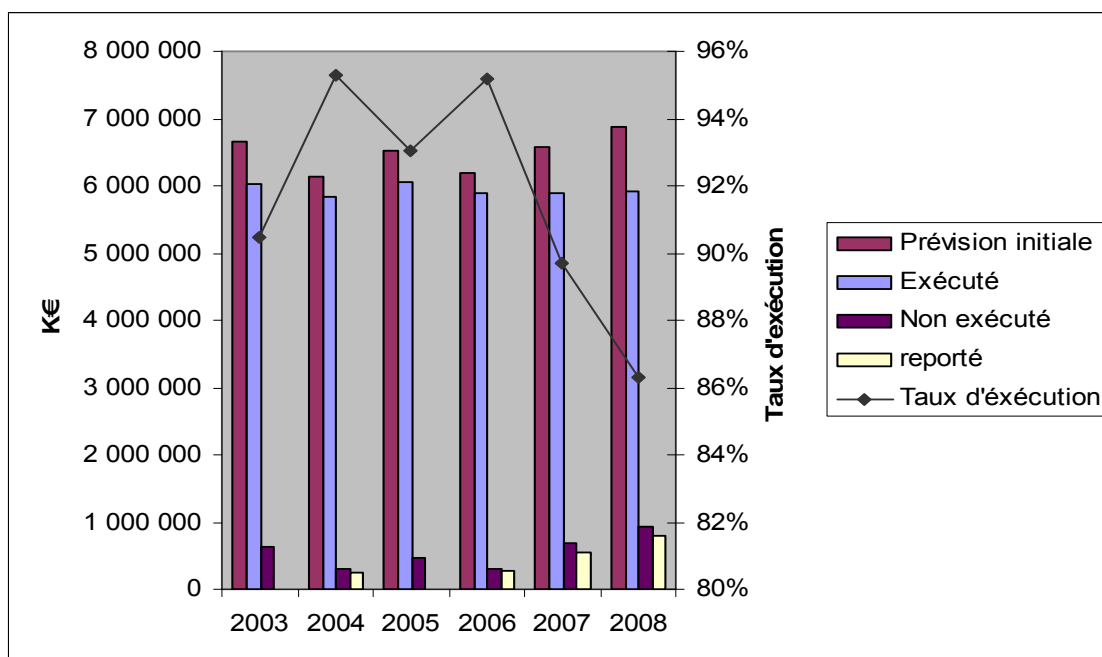
- [705] La convention d'objectif et de gestion prévoit en annexe les montants de base du fonds national de gestion (FNG), dans le cadre d'une programmation pluriannuelle.
- [706] Le budget de gestion comprend des dépenses limitatives et des dépenses évaluatives (dont la dotation aux amortissements et aux provisions et la contribution AGIRC-ARCCO).
- [707] Seules les dépenses de personnel sont actualisées. La correction se fait par la prise en compte de la différence entre le taux d'inflation prévisionnelle hors tabac de l'année (N-1), utilisé pour établir la prévision de base, et le taux d'inflation hors tabac corrigé de l'année N-1 qui figure dans le projet de loi de finances pour l'année N.
- [708] Les crédits sont fongibles à l'intérieur des groupes de dépenses limitatives suivants : dépenses de personnel, autres dépenses de fonctionnement, dépenses d'investissement immobilier et autres objets, dépenses d'investissement informatique. Les virements de crédits entre ces groupes de dépenses sont de l'autorité du Directeur général. Pour les virements de crédits des dépenses de personnel vers les autres groupes de dépenses, et des autres dépenses de fonctionnement vers les dépenses d'investissement, une information du contrôleur général doit être réalisée. Tout autre virement fait l'objet d'une décision modificative soumise au vote du conseil et à l'approbation des services de l'Etat.
- [709] Une enveloppe de crédits est ajoutée à la base de référence pour faire face à des événements imprévisibles. Son utilisation suppose l'autorisation préalable des services de l'Etat.
- [710] Les crédits des groupes de dépenses à caractère limitatif, qui sont majoritaires peuvent être reportés sur l'exercice suivant. Par contre les crédits des dépenses évaluatives ne sont pas reportables. Seuls les reports dans des groupes de dépenses différents de celui dont sont issus les crédits supposent l'approbation de l'Etat.
- [711] Pour chaque exercice budgétaire, la CNAM fournit 6 tableaux de bord budgétaires.
- 1.1. Une sous consommation qui atteint plus de 941 millions d'euros de crédits, et s'explique par la surestimation de la base budgétaire et le cumul d'un volume importants de reports**
- [712] Depuis 2003, l'assurance maladie sous exécute son enveloppe de crédits. Après s'être amélioré entre 2003 et 2004, le taux d'exécution calculé sur la base de la prévision initiale c'est à dire en incluant les reports et transferts, diminue d'année en année. Il est passé de plus de 95% en 2006 à 86% en 2008.

Tableau 80 : Evolution de l'exécution budgétaire sur le fonds national de gestion (gestion administrative et contrôle médical)

En K€	2003	2004	2005	2006	2007	2008
base COG	5 884 055,5	6 114 814,0	6 152 034,0	6 145 170,0	6 165 365,0	6 165 390,0
Prévision initiale	6 649 317,1	6 123 984,0	6 511 455,4	6 179 150,0	6 573 580,0	6 870 954,0
Dont report	754 442,9	0,0	234 860,3	0,0	270 030,5	544 644,6
Dont transferts, virements	10 818,6	9 170,0	124 561,1	33 980,0	138 184,5	160 919,4
Exécuté	6 015 432,3	5 835 300,3	6 058 940,8	5 880 451,9	5 896 684,6	5 929 328,7
Taux d'exécution	90,47%	95,29%	93,05%	95,17%	89,70%	86,30%
Non exécuté	633 884,8	288 683,7	452 514,6	298 698,1	676 895,4	941 625,3
Non exécuté - non attribué		203 241,8		178 970,0	480 722,2	739 514,8
Non exécuté - non consommés		85 742,7		119 728,0	196 133,2	202 109,5
Reporté		234 860,3		270 030,5	544 644,6	794 694,0
Rendu		53 823,4		28 667,6	132 250,8	146 931,3

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

Graphique 62 :



Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

1.1.1. Les bases de la COG sont en décalage par rapport aux besoins

[713] Si le taux d'exécution par rapport à la prévision initiale se dégrade significativement, le taux d'exécution calculé par rapport à la base de la COG reste quant à lui stable aux environs de 96%. C'est l'illustration du décalage entre les bases prévues à la convention d'objectif et de gestion et la réalité des besoins de la branche.

Tableau 81 : Evolution des taux d'exécution par rapport à la base COG

GA + CM	2004	2005	2006	2007	2008
base COG	6 114 814,0	6 152 034,0	6 145 170,0	6 165 365,0	6 165 390,0
Prévision initiale (y compris reports et transferts)	6 123 984,0	6 511 455,4	6 179 150,0	6 573 580,0	6 870 954,0
Exécuté	5 835 300,3	6 058 940,8	5 880 451,9	5 896 684,6	5 929 328,7
Non exécuté	2 004,0	452 514,6	298 698,1	676 895,4	941 625,3
Taux d'exécution par rapport à la prévision initiale	95,3%	93,1%	95,2%	89,7%	86,3%
Taux d'exécution par rapport à la base COG	95,4%	98,5%	95,7%	95,6%	96,2%

Source : COG, CNAMTS

1.1.2. Les crédits non exécutés ont été très majoritairement reportés, une part très modeste a été rendue

Tableau 82 : Devenir des crédits non exécutés

En K€	2006		2007		2008	
	Montants	Taux	Montants	Taux	Montants	Taux
Non exécuté	298 698,1	100,0%	676 895,4	100,0%	941 625,3	100,0%
<i>Dont Reporté</i>	270 030,5	90,4%	544 644,6	80,5%	794 694,0	84,4%
<i>Dont Montant rendu + Dépenses évaluatives non reportées</i>	28 667,6	9,6%	132 250,8	19,5%	146 931,3	15,6%

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

[714] Les crédits non exécutés ont été largement reportés. La part réaffectée aux exercices suivants se situe entre 80 et 90% suivant les années. C'est le Directeur général de la caisse nationale qui prend la décision de rendre ou de reporter les autorisations de dépenses. Le choix de conserver la plus grande partie des crédits ne se justifie par aucun besoin particulier. La CNAMTS dispose déjà d'une réserve nationale pour faire face aux imprévus. Cette stratégie aboutit à la constitution d'une réserve qui laisse une marge de manœuvre bien trop importante.

[715] Il faut noter qu'une part des crédits non consommés par les caisses sert à financer la prime d'intéressement collectif. En effet, selon les règles fixées au CPG, 20% des crédits de personnel non consommés par les organismes viennent alimenter l'enveloppe d'intéressement. On relèvera toutefois que la prime d'intéressement collectif est plafonnée à 2,5% de la masse salariale hors charges patronales.

[716] Il aurait été plus clair et préférable que le directeur général prenne l'initiative de rendre les autorisations de crédits au fur et à mesure pour qu'elles soient annulées, ou que la DSS prenne l'initiative de négocier un avenant à la COG.

1.1.3. La sous exécution s'explique majoritairement par des crédits non attribués par la CNAMTS à son réseau

[717] Une large part des crédits non exécutés n'ont en fait pas été attribués. En 2008 ces crédits représentaient près des trois quarts de la non exécution.

[718] Cette rétention d'autorisation de crédits manifeste le souhait de la CNAMTS de ne pas notifier aux organismes du réseau des crédits qui n'ont pas de justification a priori. Elle démontre que l'enveloppe d'autorisations de dépenses, compte tenu de la sous exécution et des règles de report, a été largement surestimée.

[719] La part des crédits attribués et non exécutés s'établit quant à elle entre 20 et 40% des crédits non exécutés suivant les années.

Tableau 83 : Répartition des crédits non exécutés entre crédits non attribués et crédits non consommés

	2006		2007		2008	
	Montants	Taux	Montants	Taux	Montants	Taux
Non exécuté	298 698,1	100,0%	676 895,4	100,0%	941 625,3	100,0%
Dont non attribués	178 970,0	59,9%	480 722,2	71,0%	739 514,8	78,5%
Dont non consommés	119 728,0	40,1%	196 133,2	29,0%	202 109,5	21,5%

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

1.1.4. La sous exécution porte essentiellement sur les dépenses de personnel et les autres comptes de fonctionnement

[720] L'examen des taux d'exécution montre que certaines lignes de dépenses sont très mal exécutées. Il en est ainsi de tous les investissements, pour lesquelles la consommation peine à atteindre la moitié des crédits.

Tableau 84 : Répartition des montants non exécutés en 2008

En K€	Taux d'exécution	Montants non exécutés
Charges de personnel	92,9	316 967,39
Autres comptes	80,3	302 397,01
Investissement	Hors informatique	48,0
	Informatique CNAMTS	56,2
	Informatique réseau	51,1
	SESAME Vitale	31,6
Dépenses à caractère évaluatif		48 121,64
Total		941 624,32

Source : CNAMTS, calculs fait par la mission

[721] Toutefois, les lignes les plus mal exécutées ne sont pas celles qui pèsent le plus dans le total de la sous exécution du FNG du régime général de l'assurance maladie. En effet, ce sont les dépenses de personnel et les autres comptes de fonctionnement qui représentent, selon les années, entre 61 et 65% de la sous exécution.

[722] Comme le montre le tableau 4 cette part va croissant depuis 2006. C'est aussi vrai sur une période un peu plus longue puisqu'en 2004 les dépenses de personnel et les autres comptes de fonctionnement représentaient 59% des crédits non consommés.

[723] A elles seules les dépenses de personnel représentent un tiers des crédits non exécutés. C'est la traduction de la réduction des effectifs à un rythme supérieur aux prévisions de la COG. On notera qu'en 2004 les dépenses de personnel représentaient déjà un quart des crédits non exécutés.

Tableau 85 : Répartition des crédits non exécutés

En K€		2006		2007		2008	
		Montants	Poids	Montants	Poids	Montants	Poids
Charges de personnel		78 379,06	26,2%	215 167,01	31,8%	316 367,35	33,6%
Autres comptes		103 676,78	34,7%	203 673,40	30,1%	302 397,01	32,1%
Investissement	Hors informatique	39 654,97	13,3%	102 307,97	15,1%	149 584,25	15,9%
	Informatique CNAMTS	25 204,95	8,4%	43 781,95	6,5%	36 053,37	3,8%
	Informatique réseau	22 755,31	7,6%	64 845,95	9,6%	56 494,18	6,0%
	SESAME Vitale	359,44	0,1%	18 463,53	2,7%	32 006,49	3,4%
Dépenses à caractère évaluatif		28 667,56	9,6%	28 615,62	4,2%	48 121,64	5,1%
Total		298 698,06	100,0%	676 855,43	100,0%	941 024,28	100,0%

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

[724] En 2008 l'investissement hors informatique représente 16% des crédits non exécutés.

[725] Les dépenses informatiques représentent une faible partie de la sous exécution (10% en 2008 sans compter les dépenses liées à SESAME Vitale). Après avoir augmenté en 2007, les dépenses informatiques non exécutées diminuent en 2008. Cela se traduit par une moindre contribution à la non exécution. Entre 2007 et 2008 leur taux d'exécution est passé, respectivement, de 43% à 74% pour les dépenses de la CNAMTS et de 34% à 48% pour celles du réseau. La meilleure consommation des crédits nationaux est la conséquence d'une réduction importante des crédits initiaux, passés de 77 millions d'euros en 2007 à 62 millions en 2008.

[726] Malgré ces progrès le niveau d'exécution reste faible. Cette situation peut être le reflet de la limite atteinte par la DDSI, dans son organisation actuelle, à conduire tous les projets identifiés en l'absence d'une réelle priorisation des besoins et d'une affectation des moyens en conséquence. Au niveau des projets on relèvera également que les chefs de projet ne sont pas comptables des moyens mis à leur disposition, ce qui peut avoir deux effets pervers. Cela peut conduire les chefs de projet à surestimer leurs prévisions entraînant une sous exécution et au niveau global une mauvaise allocation des moyens. A contrario, il peut aussi y avoir un risque de dépassement des budgets.

Tableau 86 : Répartition des crédits non exécutés de la ligne autres comptes de fonctionnement

En K€	2006		2007		2008	
	Montants	Poids	Montants	Poids	Montants	Poids
Autres comptes de fonctionnements des organismes	54 335,8	52,5%	93 923,1	46,1%	120 897,1	40,0%
SESAME Vitale (fonctionnement)	18 463,2	17,8%	35 168,8	17,3%	60 627,0	20,0%
Autres contributions	1 770,4	1,7%	8 268,5	4,1%	10 451,5	3,5%
CNAMTS EP	28 118,6	27,2%	48 177,3	23,7%	51 595,6	17,1%
DIG FNCM	132,1	0,1%	242,0	0,1%	354,4	0,1%
Remises de gestion	656,7	0,6%	17 893,8	8,8%	58 471,4	19,3%
Total	103 476,8	100,0%	203 673,4	100,0%	302 397,0	100,0%

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

[727] La sous exécution de la ligne « autres comptes de fonctionnement » est très largement imputable aux autres comptes de fonctionnement du réseau (40%), SESAME Vitale (20%) conséquence du retard du projet, et enfin la ligne CNAMTS établissement public.

1.2. La sous exécution ne se traduit pas par une mobilisation inutile des fonds publics. Elle n'a pas d'impact sur la LFSS.

- [728] Compte tenu du schéma de dépenses Cette sous exécution n'a pas d'impact en termes de mobilisation des fonds public. Au niveau local, chaque caisse effectue chaque jour deux prélèvements, ou tirages, globaux (un pour la branche maladie, l'autre pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles) sur le compte de l'ACOSS à la Caisse des dépôts via un compte tenu par le trésorier payeur général (TPG). Ces tirages financent l'ensemble des dépenses de prestations et de gestion.
- [729] Le montant de ces prélèvements sur le compte de l'ACOSS est déterminé en fonction des prévisions de recettes et de dépenses. Les dépenses de prestations sont déterminées très exactement en fonction des montants ordonnancés. Les dépenses de gestion sont également facilement prévisibles. En outre, les caisses doivent maintenir un solde sur leur compte bancaire aussi proche que possible de zéro. Les soldes positifs éventuels doivent être restitués à l'ACOSS dès le lendemain.
- [730] Les dépenses de l'établissement public fonctionnent sur un schéma équivalent.
- [731] La sous-exécution du FNG n'a pas non plus d'impact sur la LFSS car ses dépenses sont comptées dans le tableau d'équilibre sur la base d'une prévision par la commission des comptes de la sécurité sociale établie à partir de la consommation, donc des dépenses réellement supportées, de l'année N-1
- [732] La difficulté réside plutôt dans l'accumulation d'autorisations de dépenses qui laisse dans les mains de la CNAMTS un potentiel de dépenses très important.

1.3. Il n'y pas au sein de la caisse nationale de fonction budgétaire unifiée

- [733] On ne trouve pas au sein de l'établissement public de direction budgétaire unifiée. Par direction budgétaire la mission entend le service qui supervise l'ensemble des questions budgétaires, sans être responsable de la mise en œuvre opérationnelle des crédits, qui est du ressort des directions métiers. Une telle direction joue un rôle de contradiction technique, au moment de l'élaboration du budget et dans sa mise en œuvre, ce qui suppose qu'elle soit indépendante du pilotage opérationnel.
- [734] La direction financière et comptable (DFC) ne joue pas ce rôle. Elle ne suit pas les questions budgétaires, ni au moment de leur élaboration ni dans le pilotage.
- [735] La fonction budgétaire est en fait partagée entre la DDO, la DDSI et la direction financière du secrétariat général :
- la DDO est l'interlocuteur budgétaire et financier du réseau. L'essentiel des crédits servant à financer le réseau, elle détient un rôle clé ;
 - la DDSI suit les crédits informatiques de l'établissement public, en particulier les projets. Elle comprend en son sein une fonction budgétaire portée par le département « dynamique des ressources humaines et des moyens » (DDRHM);
 - la direction financière du secrétariat général suit les crédits de l'établissement public CNAMTS à l'exception des crédits informatiques.
- [736] Cette organisation pose deux questions. La première porte sur la séparation du pilotage budgétaire du réseau de celui de l'établissement public national. Au niveau national la DDO rapporte directement au directeur général et aux instances sans être soumise à la contradiction technique d'un service tiers. Aux yeux de la mission, ce n'est pas une difficulté. Cette direction joue bien un rôle de direction budgétaire vis-à-vis des organismes du réseau. Prévoir un niveau supplémentaire de discussion technique n'aurait que peu de valeur ajoutée.
- [737] L'analyse est assez différente en ce qui concerne les crédits informatiques. Le schéma actuel souffre d'une certaine confusion dans la mesure où la DDSI est celle qui met en œuvre les crédits tout en étant sa propre direction budgétaire, ce qui n'est pas la garantie d'un pilotage efficace.

Réponse de l'organisme : *La mission estime que cette organisation soulève deux questions : 1/La séparation du pilotage budgétaire du réseau de celui de l'établissement public national, la DDO rapportant directement au DG et aux instances sans être soumise à la contradiction d'un service tiers ; 2/Les crédits informatiques, la DDSI mettant en œuvre ses crédits tout en étant sa propre direction budgétaire. La DDSI contribue au pilotage de l'ensemble des crédits informatiques de l'Assurance maladie : d'une part, avec la DDO pour les budgets des organismes, des centres informatiques et des centres éditiques ; d'autre part avec la mission budgétaire du Secrétariat général pour le budget de l'Etablissement public. Dans ce cadre, le processus d'élaboration budgétaire impose à la DDSI d'argumenter la construction de ce dernier devant le Contrôle de gestion de l'Etablissement public et devant le Secrétariat général, l'arbitrage final étant ensuite rendu par la direction générale. Ce dispositif vaut pour l'élaboration du budget primitif et des budgets rectificatifs. Par ailleurs, tout projet de dépense donne lieu à la rédaction d'une note d'opportunité à destination du Contrôle de gestion de l'Etablissement public et des services budgétaires du Secrétariat général. Comme évoqué en [§ 725], ce dispositif de pilotage partagé se traduit néanmoins « par une moindre contribution à la non exécution » des crédits.*

Observation de la mission : Vu.

2. L'EXECUTION BUDGETAIRE DU FNASS SE DEGRADE TRES FORTEMENT

- [738] Le fonds national d'action sanitaire et sociale permet de financer les dépenses de fonctionnement et les dépenses en capital relatives à l'action sanitaire et sociale ainsi que les dépenses relatives aux actions conventionnelles.
- [739] La convention d'objectif et de gestion prévoit en annexe les montants de base du FNASS, sur la base d'une programmation pluriannuelle.
- [740] Le budget du FNASS comprend des dépenses limitatives et des dépenses évaluatives. Les dépenses limitatives regroupent la dotation aux caisses pour l'aide au maintien à domicile, pour les subventions de fonctionnement aux associations, les subventions aux associations de la CNAMTS et les subventions affectées. Les prévisions concernant ces dépenses sont révisées chaque année en fonction du taux d'inflation prévisionnel hors tabac.
- [741] Si les virements à l'intérieur des 4 groupes de dépenses³⁸ sont de la compétence du directeur, tous les virements entre les groupes font l'objet d'une décision modificative soumise au vote du conseil et à l'approbation des services de l'Etat.
- [742] Tous les crédits peuvent être reportés. La décision de report se fait sur la base de l'exécution passée et des prévisions pour l'année à venir. Les crédits non utilisés au titre des dépenses limitatives donnent lieu à une réaffectation systématique aux caisses locales à hauteur de 80%, le solde étant mutualisé au niveau national et attribué sur demande ponctuelle circonstanciée.
- [743] Comme pour le fond national de gestion, la sous consommation porte sur les autorisations de crédit. Elle ne se traduit pas par une mobilisation inutile des fonds publics.

³⁸ Section de fonctionnement relative à l'action sanitaire et sociale, section de fonctionnement relative aux actions conventionnelles, section d'investissement relative aux établissements et aux œuvres de l'assurance maladie, section d'investissement relative aux établissements extérieurs

Tableau 87 : Evolution de l'exécution des crédits du FNASS

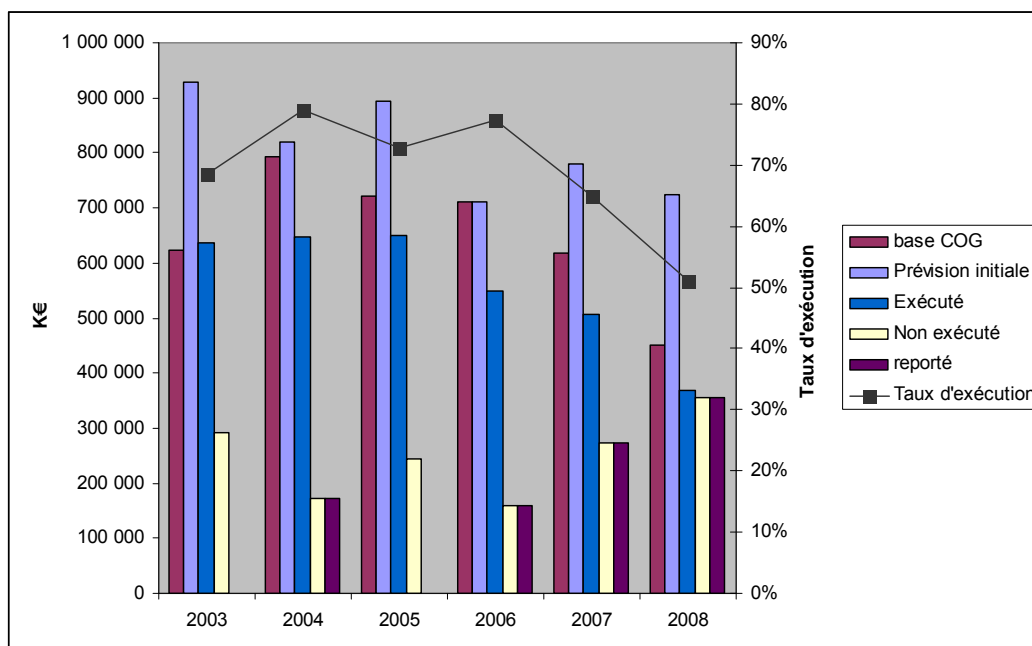
En K€	2003	2004	2005	2006	2007	2008
base COG	623 236,4	793 000,0	721 620,0	709 750,0	618 550,0	450 250,0
Prévision initiale	928 596,4	820 000,0	894 272,8	709 750,0	779 637,1	723 233,0
Dont report	305 360,0	/	172 652,7	/	160 457,6	272 701,3
Exécuté	637 228,4	647 347,3	651 056,9	549 292,4	506 935,6	368 671,3
Non exécuté	291 368,0	172 652,7	243 215,8	160 457,6	272 701,5	354 561,7
Taux d'exécution	68,6%	78,9%	72,8%	77,4%	65,0%	51,0%
Reporté		172 652,7		160 457,6	272 701,3	354 561,3

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

[744] Malgré un rebasage en 2006 avec la nouvelle convention d'objectifs et de gestion, et l'annulation des autorisations de crédits accumulées jusque là, les montants exécutés ne cessent de diminuer. Le taux d'exécution globale s'est très fortement dégradé passant de 77% en 2006 à 51% en 2008.

[745] La mission attire l'attention sur le niveau des crédits reportés en 2008 qui correspond au montant des crédits exécutés. Des reports aussi massifs ne seraient utiles que si les dépenses étaient très volatiles. Or depuis 2004 on constate une érosion constante. De sorte que la mission s'interroge sur le besoin de reporter autant de crédits plutôt que d'en annuler une partie purement et simplement. Globalement il convient de redéfinir les règles d'une gestion plus saine.

Graphique 63 : Evolution de l'exécution des crédits du FNASS



Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

Tableau 88 : Répartition des montants non exécutés du FNASS

	2006			2007			2008		
	Montants non exécutés	Poids	Taux d'exécution	Montants non exécutés	Poids	Taux d'exécution	Montants non exécutés	Poids	Taux d'exécution
Prestations obligatoires	15 404,4	9,6%	94,5%	19 674,1	7,2%	90,5%	33 070,0	9,3%	28,60%
Prestations facultatives	28 972,9	18,1%	82,5%	55 158,9	20,2%	74,1%	57 611,9	16,2%	76,76%
CNAMTS	4 035,8	2,5%	36,4%	5 863,3	2,2%	29,7%	6 350,0	1,8%	36,34%
Dépenses en capital (cp)	59 243,6	36,9%	56%	103 102,7	37,8%	38,9%	128 121,3	36,1%	35,33%
Actions conventionnelles	52 800,8	32,9%	57,4%	88 902,4	32,6%	51,1%	129 408,1	36,5%	41,42%
Total	160 457,6	100,0%		272 701,3	100,0%		354 561,3	100,0%	

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

Réponse de l'organisme : *Les taux d'exécution constatés en 2006 (65%) et 2008 (51%) sont basés sur les budgets rectificatifs incluant les reports de crédits non consommés. Ils démontrent la difficulté des organismes à gérer ce budget, notamment en début de COG, par manque de visibilité budgétaire et pour des dépenses difficilement prévisibles. Il est rappelé qu'en 2006, les organismes ont reçu des dotations provisoires, ce qui a conduit les Conseils à une extrême prudence compte tenu du caractère limitatif des crédits alloués (de nombreuses caisses ont dû, de ce fait, réviser leurs conditions d'attribution à la baisse). Par ailleurs, la nature des dépenses liée à des facteurs exogènes (contextes socio-économiques) ne permet pas une consommation linéaire des crédits du FNASS. A noter que l'exécution par rapport à la base COG s'élève en fait à 77% en 2006, 82% en 2007 et 80% en 2008. Il convient en effet de s'interroger sur les règles de gestion relatives aux reports des crédits non consommés : une réflexion est en cours dans le cadre de la négociation de la prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion.*

Observation de la mission : *Il est important que cette réflexion débouche sur des règles de gestion plus strictes des reports.*

[746] On notera en 2008 un taux d'exécution particulièrement faible pour les dépenses obligatoires, mais qui contribue assez peu (moins de 10%) au total de la non exécution.

Réponse de l'organisme : *A partir de 2008, seules les prestations relatives aux « cures thermales » et au « suivi post professionnel » sont encore servies dans le cadre des prestations obligatoires. La diminution des dépenses liées aux cures thermales, peut s'expliquer par le maintien depuis 1993 du plafond de ressources pris en considération pour l'attribution de cette aide et du montant de la participation aux frais d'hébergement et de la progression de la situation de précarité qui a un impact certain sur le recours aux cures thermales. Concernant le suivi post professionnel, le volume des dépenses comptabilisées à partir de 2006 a été impacté par l'arrêt, à la demande du Ministère chargé de la Sécurité Sociale, des expérimentations menées au cours des années 2004 et 2005, lequel a sollicité l'HAS pour redéfinir les modalités du suivi médical (étude en cours). A noter également qu'une partie des dépenses a pu être prise en charge sur le Risque Maladie et que les demandes de prise en charge sont faibles, cette prestation étant mal connue. Concernant les prestations facultatives, il faut souligner l'augmentation constante des taux d'exécution par rapport à la base COG : 82,5% en 2006, 85% en 2007 et 98,5% en 2008. Cette augmentation reflète le contexte socio-économique actuel qui accentue les difficultés d'accès aux soins des populations les plus précaires et partant, une plus grande sollicitation des fonds d'ASS. Il faut souligner, notamment, la montée en charge des dispositifs d'aide au dispositif légal ACS mis en place par les CPAM, dès 2008.*

Observation de la mission : *Vu.*

- [747] Comme le montre le tableau 9, près des trois quarts des sommes non exécutées sont le fait des dépenses en capital et des actions conventionnelles. Avec des taux d'exécution situés entre 35 et 41%, ces deux lignes budgétaires interrogent quant à la fiabilité des prévisions.
- [748] Les dépenses en capital sont liées aux opérations immobilières.

Réponse de l'organisme : *Les opérations immobilières des UGECAM constituent l'essentiel des opérations financées par la section investissement du FNASS, au titre des établissements et œuvres. Les délais de construction pour une opération immobilière nouvelle ont pu être estimés à environ 7 ans. Ces délais conduisent à un décalage de COG entre l'ouverture d'autorisation de programme et l'utilisation des crédits de paiement. Le bilan, à fin de COG 2006-2009, de l'utilisation des crédits de paiement nécessite donc de faire un bilan sur les opérations relevant de la COG actuelle et de la COG précédente (2000-2005). Ainsi, sur les autorisations de programme ouvertes sur les 2 COG, l'encours d'AP à couvrir par des CP est de 229 M€, montant qui excède les crédits d'investissement non consommés. Le point soulevé par l'IGAS renvoie donc en premier lieu, à l'efficacité de réalisation des opérations immobilières au cours de la période passée. A ce titre, il convient de rappeler le faisceau de contraintes auxquelles sont soumis nos organismes en matière d'investissement immobilier, à la fois contraintes du secteur public et du secteur privé, sans le bénéfice, durant longtemps, des dérogations dont bénéficie en particulier l'hôpital public. En effet, l'hôpital public bénéficie depuis quelques années de la possibilité de recourir à des dispositifs permettant de raccourcir les délais en matière d'investissement immobilier, dispositifs dont ne bénéficiaient pas les établissements de santé de l'Assurance maladie. Certains dispositifs ont été étendus récemment aux UGECAM, tels que la possibilité de recourir aux contrats de partenariat (loi de 2008) ou aux marchés de conception / réalisation (loi HPST de 2009). Mais ces modifications législatives sont récentes, les premières opérations réalisées en vertu de ces dispositifs en train d'être lancées, de sorte que l'impact sur les délais d'investissement n'est pas encore tangible. En outre, certaines contraintes subsistent. Il en va ainsi du passage obligé, au-delà d'un seuil, des dossiers d'investissements à la CCMOSS. Or, entre le temps de préparation des dossiers et leur examen par cette commission, le double passage obligatoire pour les principales opérations a un impact de près d'une année sur la réalisation des opérations immobilières. Le comparatif avec l'Etat est une nouvelle fois intéressant puisque d'une part le seuil de compétence de la CCMOSS est de 4 M€, alors que celui de la commission des marchés publics de l'Etat est de 6 M€. En outre, depuis le plan de la relance de l'économie de début 2009, le passage devant la CMPE est devenu facultatif, alors que l'alignement de la CCMOSS sur ces nouvelles dispositions applicables à l'Etat n'a toujours pas été opéré pour les organismes de sécurité sociale. L'amélioration de l'efficacité dans la consommation des crédits d'investissements du FNASS relève donc tant de l'amélioration des procédures internes à laquelle les services de l'Assurance maladie s'attachent, que de la réduction des contraintes juridiques qui s'appliquent aux opérations immobilières. A ce titre, l'alignement sur les dispositifs s'appliquant à l'hôpital public et à l'Etat a été recherché et devrait encore être complété.*

Observation de la mission : Vu.

- [749] Les actions conventionnelles comprennent principalement les actions de formation conventionnelles destinées aux professionnels de santé : elles concernent autant les actions de formation que l'accompagnement à ces formations par le versement des indemnités de compensation de pertes de revenus. Dans une moindre mesure ces crédits permettent d'accompagner l'informatisation des laboratoires de biologie pour la télétransmission des informations dans le cadre de SESAME VITALE ou l'équipement informatique des centres de santé.
- [750] Prévus dans les conventions nationales des professions de santé, les dispositifs de formations conventionnelles ont pour objectif de permettre l'appropriation par les professionnels des enjeux conventionnels. Plus largement, en tant qu'outil d'accompagnement des conventions nationales, il s'agit de concourir à la qualité des soins et à la maîtrise des dépenses.
- [751] Les actions conventionnelles comprennent les actions de formation conventionnelles destinées aux professionnels de santé : elles concernent autant les actions de formation que l'accompagnement à ces formations par le versement des indemnités de compensation de pertes de revenus.

[752] A titre de rappel, un fonds d'action conventionnelle (FAC) a été créé au sein de la CNAMTS. Il doit couvrir notamment les dépenses imputables aux dispositifs de formation conventionnelle pour les professionnels de santé. En attendant sa formalisation et son approbation les crédits correspondants sont maintenus dans le budget du FNASS.

[753] La mission juge anormale la faible mobilisation de ces crédits alors que l'accompagnement des professionnels de santé par la formation est un enjeu important pour l'évolution des pratiques professionnelles. Cet outil trouverait pleinement sa place dans la stratégie poursuivie par la CNAMTS

Recommandation n°49 : Conduire un audit spécifique du processus de prévision et d'exécution budgétaire du FNASS

Recommandation n° 50 : Réaliser une évaluation de la mise en œuvre des dispositifs de formations conventionnelles destinées aux professionnels de santé.

Annexe 4.2. : la politique de gestion des ressources humaines

- [754] La convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 assigne à la CNAMTS un objectif stratégique : adopter une gestion des ressources humaines de nature à permettre de réussir les changements introduits par le placement de la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie. La COG 2006-2009 se place aussi dans le cadre plus traditionnel d'homogénéisation de l'offre de services sur le territoire et de renforcement de la performance et de l'efficacité de la branche.
- [755] A cet effet, trois axes sont définis :
- accompagner l'évolution des réseaux ;
 - définir une politique des ressources humaines harmonisée et clairement affichée ;
 - anticiper les évolutions et les changements de métiers de l'assurance maladie.
- [756] La convention se place, en ce domaine, dans la continuité de la convention 2000-2003 et de son avenant de prolongation de juin 2004. La précédente COG poursuivait déjà des objectifs proches puisqu'elle assignait à la CNAMTS la tâche de définir une politique nationale de l'emploi et de la formation, adaptée à la structure démographique et à l'évolution des compétences, de mettre en place une gestion prévisionnelle des dirigeants administratifs et médicaux et un système d'intéressement des personnels et de reconnaissance de la performance des organismes.
- [757] La présente fiche s'articule autour de trois thèmes : effectifs et rémunération, outils de gestion des ressources humaines, pilotage des ressources humaines.

1. EVOLUTIONS DES EFFECTIFS ET REMUNERATIONS

1.1. Des erreurs de prévision sur les départs en retraite ont permis à la branche de remplir aisément ses objectifs de réduction des effectifs³⁹

- [758] La négociation entre l'Etat et la CNAMTS a conduit à fixer dans la COG un taux de remplacement des départs à hauteur de 60 %. La construction de cet objectif s'est faite en comparant :
- les économies d'emplois et besoin nouveaux liés à des évolutions organisationnelles ;
 - les flux des départs naturels en retraite.
- [759] La CNAMTS est partie des éléments fournis par la comptabilité analytique des caisses primaires et d'études portant notamment sur les conséquences de la dématérialisation du traitement des feuilles de soins. Le point de départ était de 79,4 % de feuilles de soins électroniques (FSE), avec un objectif à 85 % en 2009.

³⁹ cf. aussi annexe relative à l'évolution des coûts et de la productivité.

- [760] Par ailleurs, la CNAMTS a estimé le nombre des départs en retraite pour la période de la COG à partir des fichiers de l'UCANSS, sur une base de trois quarts des départs à 60 ans et d'un quart à 61 ans. Ce calcul prenait en compte l'effet noria⁴⁰ ainsi que les départs avant 60 ans constatés en 2005 et certaines spécificités comme un âge de départ moyen de 62 ans pour les praticiens conseils et agents de direction. Compte tenu du nombre de départs en retraite estimé, la CNAMTS en a déduit le niveau de recrutement indispensable, et donc le taux de remplacement.
- [761] En réalité, les réductions d'effectifs ont été largement déterminées par le flux des départs en retraite. Dans sa gestion interne, la CNAMTS a réajusté chaque année la situation prévisionnelle des effectifs et des départs en retraite sur la base des départs réels constatés par enquête. Mais le taux de remplacement n'a pas évolué dans la mesure où il avait été fixé pour la durée de la COG et n'a pas fait l'objet d'avenant. L'assurance-maladie a dès lors largement dépassé l'objectif de réduction d'effectifs qui lui était fixé puisque la baisse des effectifs a atteint 5110 ETP annuels rémunérés (CDI+CDD) entre 2005 et 2008 (-6,13%).
- [762] L'erreur de prévision est due pour l'essentiel à l'utilisation par les agents du dispositif «carrières longues» de la loi du 21 août 2003, les données des fichiers UCANSS ne permettant cependant pas de distinguer les motifs des départs en retraite. Cet effet, au regard des évaluations menées dans les CPAM visitées par la mission, devrait, comme pour les autres employeurs, se tarir dans les années à venir. Il devra cependant être pris en compte dans l'évaluation des évolutions prévisionnelles sur la prochaine COG. Une enquête auprès des organismes locaux et régionaux pourrait y contribuer.

Recommandation n°51 : Procéder à une enquête auprès des organismes pour évaluer les flux des départs anticipés au cours de la prochaine COG et envisager de manière précoce des avenants en cas de mauvais calibrage des prévisions sur les effectifs

- [763] Il est à noter, par ailleurs, que certaines caisses primaires n'ont pas utilisé les quotas de remplacement qui leur étaient octroyés par la CNAMTS afin d'atteindre leurs objectifs de baisse de coûts de gestion (c'est par exemple le cas pour les CPAM des Hauts-de-Seine et de Paris).

1.2. Dans un contexte général d'excédent de crédits et de baisse des dépenses de personnel, la rémunération moyenne a connu une évolution favorable

1.2.1. La structure des rémunérations fait une place plus importante aux primes liées à la réalisation des objectifs

- [764] Le salaire des personnels de la sécurité sociale est fixé en fonction d'un nombre de points salariaux. La valeur du point est déterminée chaque année dans le cadre des négociations menées dans le cadre de l'UCANSS.
- [765] Ils bénéficient ensuite, à l'exclusion des agents de direction et des praticiens conseils, de points d'expérience à hauteur de deux points salariaux par an, et de points de compétence. Cette pratique résulte de l'accord de 2004 : le nombre minimum et maximum de points salariaux d'expérience est fixé par catégorie ; *a minima*, 20 % des points salariaux d'expérience doivent être donnés aux cadres, et 20 % aux employés.
- [766] En outre, certains salariés peuvent recevoir des points de qualification ou de responsabilité et les cadres de niveau 8 et 9 bénéficient d'une prime de résultat plafonnée à un demi-mois de salaire. Cette prime est distribuée par le niveau hiérarchique après entretiens d'évaluation portant sur le bilan de l'année antérieure et les objectifs fixés pour l'année à venir. Pour les agents de direction, la prime de résultat peut atteindre un mois, un mois et demi pour les directeurs et agents comptables. Pour ces derniers, la prime est versée par le directeur de la CNAMTS sur proposition du directeur des opérations (DDO). En outre, les salariés bénéficient d'un dispositif d'intéressement.

⁴⁰ L'effet de noria mesure les glissements de la masse salariale dus aux différences de rémunérations entre les salariés sortis et entrés dans l'entreprise

[767] La structure des salaires fait ainsi apparaître un poids encore modeste mais non négligeable des rémunérations qui, prennent en compte soit les responsabilités, soit les performances.

[768] Pour les personnels de CPAM pris dans leur ensemble, les rémunérations attachées aux coefficients, aux points d'expérience et aux points de compétence représentent 98,3% des salaires, les points attachés aux fonctions exercées et aux responsabilités 0,3%, l'intéressement et les primes de résultat 1,4%.

[769] Cependant, ces types de rémunération prennent, logiquement, un poids croissant avec les responsabilités. Ainsi, pour les seuls *employés* de CPAM, les salaires (hors charges sociales) résultant des coefficients, des points d'expérience et compétence représentent 98,7% des rémunérations et l'intéressement 1,3% de celles-ci. Pour les agents de direction des CPAM en revanche, le salaire « de base » représente 85,4% des rémunérations, les points attachés aux fonctions exercées et aux responsabilités 10% et les primes de résultat et l'intéressement 4,6%.

Tableau 89 : Structure des salaires en CPAM

Euros	Employés	Cadres / médecins salariés	Informaticiens	Agents de direction	Ingénieurs conseils	Praticiens Conseils	Total
Coefficients *	964 086 269,1	293 951 894,3	23 952 924,3	43 109 545,7	533 334,9	436 635,9	1 326 070 604,2
Points d'expérience *	165 202 397,3	39 762 490,0	2 527 172,7	0,0	0,0	0,0	207 492 059,9
Points de compétence *	137 232 243,3	53 460 483,9	4 259 564,1	0,0	68 899,2	0,0	195 021 190,5
Points sur plage salariale *	0,0	0,0	0,0	2 881 498,7	0,0	147 213,4	3 028 712,0
Points cum fonct 251a *	0,0	0,0	0,0	326 507,8	0,0	0,0	326 507,8
Points cum fonct 251b *	0,0	0,0	0,0	159 703,7	0,0	0,0	159 703,7
Points resp suppl 252a *	0,0	0,0	0,0	47 596,4	0,0	0,0	47 596,4
Points resp suppl 252b *	0,0	0,0	0,0	440 962,1	0,0	0,0	440 962,1
Points prime cadre dir *	0,0	0,0	0,0	1 193 580,4	0,0	0,0	1 193 580,4
Intéressement	17 309 747,0	3 955 318,0	329 772,0	230 507,0	3 732,0	2 214,0	21 831 290,0
Part variable/ Prime de résultat		798 362,0	52 383,0	2 081 329,0	11 174,0		2 943 248,0
TOTAL	1 283 830 656,7	391 928 548,2	31 121 816,1	50 471 230,8	617 140,1	586 063,3	1 758 555 455,1
<i>Base UCANSS, fichier annuel 2008, personnel présent au cours de l'année, CCN, FNGA</i>							

* Points convertis en euros (valeur du point à 7,06540 euros) et annualisés (14 mois) - rémunérations non chargées

[770] Pour les praticiens conseils des directions régionales du service médical (DRSM), le salaire « de base » représente 75% de la rémunération globale, les primes de responsabilités et de compétence 24,5%, l'intéressement et les primes de résultat 0,5%. La faiblesse de ce dernier poste résulte du faible nombre de personnes éligibles aux primes de résultat (uniquement les médecins chefs régionaux pour qui cette part peut atteindre 1,5 mois de salaire).

[771] Dans ce contexte, les rapports d'audit sur les DRSM Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes de 2007 indiquent que le suivi actuel de l'activité des praticiens conseils n'est pas aujourd'hui satisfaisant : les modalités de suivi de l'activité ne sont pas harmonisées entre les pôles ; il n'y a pas de tableaux de bord globaux de direction ni d'utilisation de la comptabilité analytique ; il existe peu d'objectifs chiffrés.

[772] Autant il paraît difficile de fixer des objectifs de résultats quantitatifs compte tenu de la pratique médicale, autant il est essentiel de donner des objectifs de moyens. On constate en effet (cf. rapports d'audit) que le système autorise des pratiques divergentes entre les praticiens. Cela pose problème à la fois en termes de services rendus, et de conditions de traitement égalitaire des usagers. Aussi, il serait sans doute souhaitable de fixer des objectifs de moyens et, en conséquence, **d'étendre le champ des primes de résultat pour ces personnels.**

[773] Cette structuration des rémunérations constitue au total une avancée significative par rapport à l'ancien système de rémunération. Elle a permis l'introduction au sein de l'assurance-maladie d'une culture d'objectifs désormais correctement intégrée par l'ensemble du personnel. L'importance de cette évolution doit être soulignée. Elle pourrait être approfondie si le champ de la prime de résultat était étendu aux cadres de niveau 7 : en effet, ces personnels jouent un rôle essentiel dans la maîtrise des processus et des évolutions de l'assurance-maladie.

[774] De même, le plafonnement actuel de la prime pour les cadres de niveau 8 et 9 pourrait être rendu moins restrictif ; la bonne maîtrise des dispositifs de fixation d'objectifs, d'évaluation et d'entretiens individuels acquise au cours des dernières années doit rendre possible cette évolution.

1.2.2. L'évolution favorable des effectifs a permis de mener une politique salariale favorable

[775] Le montant global des dépenses de personnel a connu une baisse sensible en 2006, et plus mesurée en 2007 et 2008.

Tableau 90 : Evolution des charges de personnel

	Charges de personnel (en €)							
	2005		2006		2007		2008	
	Montant	Montant	Evolution	Montant	Evolution	Montant	Evolution	
CPAM	2 950 826 265,4	2 881 060 705,7	-2,4%	2 861 326 072,1	-0,7%	2 855 640 071,9	-0,2%	
URCAM	21 259 037,3	22 081 305,0	3,9%	22 368 726,1	1,3%	22 193 614,8	-0,8%	
CGSS	105 718 385,9	104 844 697,6	0,0%	106 783 389,1	1,8%	109 524 822,7	2,6%	
CRAM	341 620 317,3	333 711 814,7	-2,3%	334 336 803,7	0,2%	334 488 113,7	0,0%	
CETEL	6 879 626,6	6 661 464,1	-3,2%	6 756 992,4	1,4%	7 038 826,0	4,2%	
CTI	33 399 279,0	33 896 676,9	1,5%	35 179 136,2	3,8%	34 757 663,2	-1,2%	
Total FNGA	3 459 702 911,5	3 382 256 664,1	-2,2%	3 366 751 119,6	-0,5%	3 363 643 112,3	-0,1%	
DRSM	605 358 426,6	620 783 379,4	2,5%	625 921 126,1	0,8%	613 098 372,1	-2,0%	
Total FNG	4 065 061 338,1	4 003 040 043,4	-1,5%	3 992 672 245,7	-0,3%	3 976 741 484,4	-0,4%	

Source : CNAMTS (salaires chargés socialement et fiscalement, comptes 63 et 64)

[776] Ce phénomène résulte de deux mouvements de sens contraire : d'une part, les départs en retraite et la réduction des effectifs ; d'autre part, les effets du glissement vieillesse technicité (GVT) et de la politique des rémunérations.

Tableau 91 : Evolution du glissement vieillesse technicité

Taux de GVT positif en année pleine

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Ecart 2003-2004	Ecart 2004-2005	Ecart 2005- 2006	Ecart 2006- 2007	Ecart 2007-2008
	En niveau	En niveau	En niveau	En niveau	En niveau	En niveau					
GVT	2,13%	1,84%	1,47%	1,26%	1,48%	1,92%	-0,29	-0,37	-0,21	0,22	0,44
Mesures automatiques	0,81%	0,75%	0,25%	0,27%	0,26%	0,24%	-0,06	-0,50	0,02	-0,01	-0,02
Ancienneté	0,80%	0,75%	0,25%	0,27%	0,26%	0,24%	-0,0%	-0,50	0,02	-0,01	-0,02
Garantie	0,01%	0,00%					-0,01	0,00			
Mesures non automatiques	1,31%	1,09%	1,22%	0,99%	1,21%	1,69%	-0,22	0,13	-0,23	0,22	0,48
Promotion	0,65%	0,53%	0,49%	0,40%	0,55%	0,72%	-0,12	-0,04	-0,09	0,15	0,17
Choix	0,05%	0,06%	0,73%	0,59%	0,66%	0,97%	0,01	0,67	-0,14	0,07	0,31
Degré	0,61%	0,50%					-0,11	-0,50			

Source : Données UCANSS, toutes gestions, hors UGECAM

[777] Au niveau national, l'augmentation de la valeur du point de rémunération résulte des négociations conduites niveau de l'UCANSS. Normalement, la progression de la masse salariale suit donc l'encadrement de ces négociations.

[778] Toutefois, en 2007, des mesures salariales complémentaires, catégorielles et individuelles, et le versement d'un supplément d'intéressement uniforme de 300€ sont intervenus en cours d'année pour les personnels de sécurité sociale, conduisant pour la branche maladie à une forte augmentation de la rémunération moyenne (+3,3%).

[779] En outre, à l'été 2008 et hors du cadre de l'UCANSS, la CNAMTS a choisi de définir une dotation de 0,75% de la masse salariale à la main des directeurs d'unité sous réserve de respecter le cadre suivant :

- mesures de GVT : affectation à la progression des salaires des délégués de l'assurance maladie (DAM) pour les conduire au coefficient 270, augmentation du nombre de points salariaux de compétences ;
- rachat de jours de réduction du temps de travail (loi du 8 février 2008).

1.2.3. L'intéressement collectif aux résultats s'est développé en lien avec la COG, sans toujours cependant présenter un caractère suffisamment discriminant

1.2.3.1. L'intéressement collectif vise à associer les personnels aux résultats de la gestion de leur organismes

- [780] Le personnel de chaque organisme reçoit un intéressement collectif en fonction du taux d'atteinte des objectifs des CPG. Ce dispositif présente l'intérêt de sensibiliser l'ensemble des agents à la nécessité d'atteindre les objectifs et de renforcer la cohésion d'équipe.
- [781] Le protocole d'accord relatif à l'intéressement des organismes du régime général de sécurité sociale conclu par l'UCANSS et les organisations syndicales est en effet destiné à introduire un élément de rémunération supplémentaire qui traduise la prise en compte des performances réalisées par les organismes et se traduise par « une motivation supplémentaire ayant des conséquences positives sur la qualité du service rendu ». Il s'applique, pour l'accord en cours, du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2010.
- [782] La masse totale de l'intéressement est aujourd'hui de 2,5% de la masse salariale hors charges patronales. Il est distingué deux parts dans l'intéressement, une part nationale et une part locale, réparties à hauteur respectivement de 40% et 60%. Le montant de la prime doit être réparti dans chaque organisme de manière non hiérarchisée et le montant théorique de l'intéressement est uniforme pour l'ensemble des organismes de l'assurance maladie.
- [783] La part nationale correspond à l'atteinte d'objectifs définis par branche ; la part locale correspond à l'atteinte d'objectifs régionaux ou locaux par les organismes de base ainsi que les objectifs fixés par la CNAMTS pour elle-même. Les indicateurs de performance doivent, en vertu de l'accord UCANSS, être retenus à partir des conventions d'objectifs et de gestion et les montants attribués évoluer en fonction des résultats. Un seuil de déclenchement, fixé à 50% du taux de réussite, existe tant pour la part nationale que pour la part locale.
- [784] En conséquence, le montant total de l'intéressement distribué correspond à la formule :
Montant = (taux de réussite national * montant par ETP de la part nationale) + (taux de réussite local * montant par ETP de la part locale).
- [785] Tous les organismes de l'assurance maladie (y compris des DRSM et échelons locaux du service médical) sont compris dans le périmètre de l'accord. L'annexe technique précise qu'outre les indicateurs COG mentionnés dans le protocole UCANSS, la loi de 2004 relative à l'assurance maladie, la convention nationale des médecins et la COG de la branche AT-MP contribuent à la définition des indicateurs de performance. Les indicateurs de performance locale sont issus des CPG et de leurs avenants.
- [786] Les praticiens conseils bénéficient d'un accord d'intéressement qui leur est spécifique.

1.2.3.2. Les indicateurs retenus pour le calcul de l'intéressement sont étroitement liés à la COG

➤ *Les indicateurs de branche*

- [787] Au nombre de 14, ils sont communs à tous les organismes et recourent les trois domaines de la régulation (40%), de la qualité de service (40%) et de la performance (20%).
- [788] Le résultat pour chaque indicateur est mesuré en fonction d'une formule associant l'objectif et un socle de performance : Taux de réussite = résultat – socle / objectif – socle.
- [789] Le seuil de déclenchement de l'intéressement est fixé à 50%. Si le résultat ne dépasse pas 50%, le montant de la part nationale est nul. Passé ce seuil de 50%, le taux de réussite national est appliqué à la part nationale.

Tableau 92 : Indicateurs de branche pour l'intéressement

Domaines	Indicateurs	Mode de calcul
Régulation	50% du score est attribué en fonction de l'atteinte des objectifs d'économies attendues; 50% en fonction de la réalisation des plans d'actions	
<i>Atteinte des objectifs d'économies</i>	<i>Le taux de réussite global est la somme des deux taux de réussites (ville et établissements) divisée par deux</i>	
	Atteinte des objectifs d'économies en médecine de ville	Le socle est pour 2008 de 300M€ à comparer avec un objectif de 635M€.
	Atteinte des objectifs d'économies en établissements de santé	Le socle est pour 2008 de 50M€ à comparer avec un objectif de 150M€.
<i>Réalisation des plans d'action</i>	<i>Le taux de réussite global est la somme des quatre taux de réussites divisée par quatre</i>	
	Nombre de visites des DAM auprès des professionnels de santé	Le socle est pour 2008 de 280 000 visites réalisées (soit 80% de l'objectif de 350 000 visites).
	Lutte contre la fraude	Le socle est pour 2008 de 50M€ de fraudes détectées par rapport à l'objectif de 138,5M€.
	Mise en place de l'entente préalable à l'hôpital	Le socle est pour 2008 de 70 établissements par rapport à l'objectif de 100.
	Imputation des TMS sur le compte employeur	Le socle est pour 2008 de 70% d'imputations par rapport à l'objectif de 85%.
Qualité de service	50% du score est attribué en fonction de l'atteinte des objectifs de qualité de service offerte; 50% en fonction des objectifs de qualité de service perçue.	
<i>Qualité de service offerte</i>	<i>Le taux de réussite global est pondéré (40% pour l'indicateur FSE et 30% pour les deux autres).</i>	
	Délai de remboursement des FSE	Le socle pour 2008 est de 8 jours calendaires pour le délai au 9 ^e décile de l'ensemble des résultats par rapport à un objectif de 7 jours calendaires.
	Taux de décroché	Le socle pour 2008 est de 85% par rapport à un objectif de 90%.
	Délai initial pour la prise de décision sur la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident	Le socle pour 2008 est de 75% de prise de décision sur le caractère professionnel d'un accident dans le délai initial pour un objectif de 85%.
<i>Qualité de service perçue</i>	<i>Le taux de réussite global est pondéré (30% pour l'ISG assurés CPAM, 25% pour l'ISG professionnels de santé, 25% pour l'ISG employeurs, 20% pour l'ISG des usagers des services sociaux des CRAM).</i>	
	Indice de satisfaction globale de l'enquête nationale des assurés CPAM	Le socle pour 2008 est de 7/10 par rapport à un objectif de 7,3/10.
	Indice de satisfaction globale issu des enquêtes diligentées par les CPAM auprès des professionnels de santé	Le socle pour 2008 est de 6,5/10 par rapport à un objectif de 6,8/10.
	Indice de satisfaction globale des employeurs	Le socle pour 2008 est de 6,6/10 par rapport à un objectif de 6,9/10.
	Indice de satisfaction globale des usagers des services sociaux des CRAM	Le socle pour 2008 est de 7,2/10 par rapport à un objectif de 7,7/10.
Performance		
	Nombre de bénéficiaires actifs consommateurs par ETP hors UGECAM	Le socle pour 2008 est de 627 bénéficiaires actifs consommateurs / nombre d'ETP pour un objectif de 640.

➤ Les indicateurs locaux

[790] Ils reprennent les items et objectifs des CPG, la CNAMTS se voyant appliquer des indicateurs qui lui sont propres et les salariés des œuvres et des unions immobilières des organismes de sécurité sociale se voyant appliquer les règles applicables à leur organisme de gestion.

[791] Le système d'intéressement repose sur un score attribué à chaque organisme en fonction des résultats obtenus pour chaque indicateur. Le taux de réussite repose sur une formule associant des points théoriques à atteindre et des points acquis : Taux de réussite local = montant des points acquis / montant des points théoriques à atteindre. En dessous de 50%, le montant de la part locale est nul.

[792] Chaque type d'organisme (CPAM, DRSM, CRAM, CGSS...) dispose d'une grille de points correspondant à ses problématiques particulières.

Tableau 93 : Grands axes des indicateurs locaux pour l'intéressement

Axe	CPAM	CRAM (maladie)	CGSS	DRSM
Régulation / gestion du risque	400	280	400	800
Qualité de service	400	280	400	80
Management et pilotage	200	140	200	120

Axe	URCAM	Axe	CTI	Axe	CEIR ⁴¹	Axe	UGECAM
Maîtrise médicalisée	600	Service	600	Missions	600	Transparence et fiabilité	250
Prévention	160	Régulation	100	Efficienc e et qualité	400	Objectifs financiers	250
Accès aux soins	240	Management et pilotage	300			Préparer la T2A	250
						Objectifs MS	250

[793] Pour les CPAM, la grille détaillée est la suivante :

Tableau 94 : Indicateurs locaux des CPAM pour l'intéressement

Axes		Valorisation	Contenu des actions
Missions		800 points	
<i>GDR</i>		<i>400 points</i>	
	Maîtrise médicalisée	245 points	ALD, arrêts de travail, statines, HTA (IEC sartans), antibiotiques, IPP, transports, pratique de la chirurgie ambulatoire, lits médicalisés, Ehpad
	Contrôle contentieux	65 points	Préjudices subis, recouvrement T2A
	DAM	40 points	Visites des professionnels de santé libéraux et établissements
	Recours contre tiers	20 points	Rendement du RCT
	Prévention	30 points	Dépistage du cancer du sein, examen bucco-dentaire
<i>Le service</i>		<i>400 points</i>	
	Maladie	340 points	Règlement des prestations, gestion du dossier assuré, accueil et relations avec les publics, démarche qualité (indice de satisfaction, réclamations, offre de téléservices)
	ATMP	60 points	Délai de prise de décision du caractère professionnel de l'accident du travail, délai de règlement de la 1ère IJ non subrogée, taux de transmission des déclarations d'accidents mortels, délai "date de consolidation - date de notification" de la rente AT
Management et pilotage		200 points	
Optimisation des organisations		60 points	
Efficience - productivité		50 points	Productivité production et fonctions support
Certification		40 points	Plan de maîtrise socle, certification
Validation des comptes		50 points	
TOTAL		1000 points	

⁴¹ Centre Editique Inter Régional

[794] Pour la CNAMTS, les 1000 points relatifs à la part locale sont répartis de la façon suivante :

Tableau 95 : Indicateurs locaux pour l’Etablissement Public CNAMTS

Missions		800 points
<i>GDR</i>		<i>500 points</i>
	Faciliter l'accès aux soins	75 points
	Renforcer l'impact des programmes de prévention	75 points
	Améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologie chronique	100 points
	Enrichir les liens contractuels avec les professionnels de santé	75 points
	Lutte contre la fraude	100 points
	Développer la gestion du risque dans la branche ATMP	75 points
<i>Qualité de service</i>		<i>300 points</i>
	Développer les téléservices pour les assurés	75 points
	Déployer la carte Vitale 2	75 points
	Simplifier les démarches des professionnels	75 points
	Améliorer la qualité de service	75 points
Management et pilotage		200 points
	Renforcer la qualité de service des fonctions supports	50 points
	Garantir la certification des comptes	50 points
	Renforcer l'orientation du réseau vers la gestion du risque	50 points
	Renforcer l'efficacité du réseau	50 points
TOTAL		1000 points

➤ L’intéressement des praticiens conseils

[795] Le protocole d’accord 2008/2010 relatif à l’intéressement des praticiens conseils du régime général de l’assurance maladie a été signé par le directeur général de la CNAMTS et les organisations syndicales. Il distingue une part nationale d’intéressement (40%) et une part locale (60%). La masse nationale d’intéressement est fixée à 2,5% de la masse salariale, le montant étant réparti entre les régions de manière non hiérarchisée entre bénéficiaires.

[796] La construction de la mesure de la performance est globalement proche de celle effectuée dans les organismes. En raison d’indicateurs et d’objectifs locaux communs avec les personnels administratifs, qui ressortissent eux au dispositif d’intéressement de droit commun, la part locale est arrêtée sur la base des CPG des DRSM.

[797] La COG, la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes et la loi de 2004 relative à l’assurance maladie sont prises en compte pour la définition des indicateurs de performance collective.

[798] Les objectifs nationaux sont ceux de la branche. Pour les indicateurs régionaux, le mode de calcul s’inspire des CPG. 80% des points sont relatifs à la régulation, le reste des points se partageant entre management et pilotage (120 points), et qualité de service (80 points).

Tableau 96 : Indicateurs régionaux pour l'intéressement des praticiens conseils

Missions		880 points
<i>Régulation</i>		<i>800 points</i>
Accompagnement et suivi des avenants conventionnels	ALD, arrêts de travail (courte durée et à 45 jrs), statines, HTA (IEC sartans), antibiotiques, IPP, transports, pratique de la chirurgie ambulatoire, lits médicalisés	520 points
Accompagnement des professionnels de santé	Echanges confraternels, EHPAD	90 points
Contrôles	T2A, activité des établissements privés, HAD	160 points
Autres	Recours contre tiers, organisation sanitaire	30 points
<i>Qualité de service</i>		<i>80 points</i>
	Respect des délais réglementaires ETM (TB qualité)	40 points
	Indice de satisfaction des professionnels de santé	40 points
Management et pilotage		120 points
Optimisation des organisations		40 points
Validation des comptes		20 points
Qualité des prévisions budgétaires		30 points
Délai "date de consolidation - date de notification" de la rente AT		30 points
TOTAL		1000 points

- [799] Pour les indicateurs non linéaires comme la qualité des prévisions budgétaires, lorsque l'objectif est atteint, le taux de réussite est fixé à 100%, et en cas de non atteinte de l'objectif, le taux de réussite est nul.
- [800] Pour les indicateurs linéaires, le taux de réussite est, comme pour les organismes, déterminé selon une formule : $\text{Taux de réussite} = \frac{\text{résultat} - \text{socle}}{\text{objectif} - \text{socle}}$ dès lors que des objectifs régionaux existent. Ceux-ci concernent l'essentiel du champ de la maîtrise médicalisée (à l'exception des contrôles des arrêts de travail à 45 jours, lits médicalisés), les échanges confraternels et le recours contre tiers.
- [801] Dès lors que le résultat régional atteint le socle de performance régional, le taux de réussite est maximal (et en conséquence, est maximal le nombre de points acquis lié à la formule : $\text{points acquis} = \text{taux de réussite} * \text{nombre de points affectés à l'indicateur}$). Inversement, dès lors que le résultat régional n'atteint pas le socle de performance régional, le taux de réussite est nul.
- [802] Pour les indicateurs assortis d'objectifs nationaux, la formule met en rapport les résultats obtenus en région et des valeurs nationales pour le socle de performance et l'objectif. Dès lors que les résultats n'atteignent pas le socle de performance national, le taux de réussite est nul ; dès lors que l'objectif est atteint, le taux de réussite est maximal puisque ce taux est défini par la formule : $\text{Taux de réussite} = \frac{\text{résultat régional} - \text{socle national}}{\text{objectif national} - \text{socle national}}$.
- [803] Ces objectifs concernent en 2008 les domaines suivants :

Tableau 97 : Objectifs nationaux pour l'intéressement des praticiens conseils

		Objectif national 2008	Socle de performance 2008
Missions			
<i>Régulation</i>			
	Contrôle des arrêts de travail de plus de 45 jours	97%	92%
	lits médicalisés	90%	100%
	Accompagnement des EHPAD	50%	20%
	Taux des séjours contrôlés	1%	0,80%
	Contrôle des cliniques privées - analyse	100%	60%
	Contrôle des cliniques privées - plans d'action	100%	60%
	Contrôle de l'HAD - Analyse	35%	10%
	Contrôle de l'HAD - Contrôle	5%	2%
	Organisation sanitaire	100%	50%
<i>Qualité de service</i>			
	Respect des délais réglementaires ETM (TB qualité)	93%	90%
	Indice de satisfaction des professionnels de santé	6,7	6,4
Management et pilotage			
	Optimisation des organisations	100%	0%
	Validation des comptes	100%	0%
	Qualité des prévisions budgétaires	≤1%	Oui/non
	Délai "date de consolidation - date de notification" de la rente AT	99%	90%

[804] L'intéressement des praticiens conseils de la CNAMTS suit les règles de pondération de la part locale de l'intéressement général des personnels de la caisse nationale (gestion du risque pour 500 points, qualité de service pour 300 points, management et pilotage pour 200 points).

1.2.3.3. Ce mécanisme comporte cependant des limites

[805] Le dispositif d'intéressement constitue une profonde nouveauté pour l'assurance maladie, comme pour les autres branches. Il a notamment le mérite de lier les engagements de la COG, leur déclinaison dans les CPG et la rémunération des agents. A ce titre, il contribue fortement à l'appropriation collective des objectifs au sein de la branche.

[806] Pour autant, il présente des limites qui sont de deux ordres :

- le système est insuffisamment discriminant entre caisses : il est calculé pour 40 % sur part nationale et 60 % sur part locale et l'écart de la meilleure à la moins bonne ne représente qu'environ 100 € (de 588 € à Mende à 703 € à Angoulême, pour un maximum théorique de 843€ sur l'intéressement 2008 versé en 2009) ; cette situation enlève une partie de sa crédibilité au dispositif. Il pourrait être suggéré de passer à 20 % sur part nationale et 80 % sur part locale ;
- la définition du montant des socles de performance est hétéroclite : certains sont proches des objectifs (sur la qualité de service et la performance) ; d'autres en sont très éloignés (sur la maîtrise médicalisée notamment). De ce fait, le taux de déclenchement de 50% de réussite apparaît peu discriminant.

2. OUTILS DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

[807] La COG fixe des priorités claires, notamment en matière de création d'outils, qui ont été correctement mises en œuvre, mais sans pour autant porter tous les effets attendus en termes de dynamisation des ressources humaines

2.1. *Des ambitions larges en matière de gestion des ressources humaines*

[808] Trois grands axes ont été définis

➤ *L'accompagnement de l'évolution des réseaux*

[809] Les dispositifs collectifs et individuels à mettre en œuvre sont de trois types : a) l'intégration d'un volet ressources humaines dans la démarche plus générale de mutualisation des fonctions et des expertises à partir d'un diagnostic et d'un plan d'action (départs prévus, compétences disponibles, actions de formation) ; b) l'accompagnement à la mobilité, dans le cadre d'un programme UCANSS, décliné par l'assurance maladie ; c) un recensement des besoins par le biais d'une cartographie des emplois.

➤ *Une politique des RH clairement affichée et harmonisée*

[810] En matière d'harmonisation de la politique des ressources humaines, sept engagements ont été pris

1-Elaborer un schéma directeur des ressources humaines, en lien avec les organismes du réseau pour que les priorités d'action soient partagées
 2-Professionaliser les ressources humaines grâce à des dispositifs de formation nationaux
 3-Développer au sein des organismes un réseau de correspondants ressources humaines permettant de relayer les orientations nationales et de diffuser les bonnes pratiques
 4-En sus du dispositif d'intéressement, développer une politique de rémunération plus individualisée fondée sur la réalisation d'objectifs précis
 5-Intégrer un volet ressources humaines dans les CPG avec des engagements des caisses locales (sont cités en exemple un diagnostic sur les fonctions mutualisables, la cartographie des emplois ou la formation à certains types d'emplois)
 6-Réaliser un bilan social annualisé
 7-Sur un plan plus transversal, lutter contre les discriminations à l'accès à l'emploi, l'emploi des personnes handicapées ou mieux gérer les deuxièmes parties de carrière

➤ *Anticiper les évolutions et changements de métiers*

[811] En matière d'évolution des métiers, cinq engagements existent :

1-La création de filières professionnelles homogènes et une définition plus précise des nouveaux métiers, afin d'identifier les compétences spécifiques requises par les nouveaux besoins
 2-Adapter la politique de recrutement au flux de départs en retraite et à l'évolution des réseaux (de nouveaux profils seront également recherchés pour le recrutement des praticiens conseils)
 3-Le développement de formations médico-économiques
 4-La constitution d'un vivier de potentiels à haut niveau (agents de direction et praticiens conseil) dans la perspective des départs en retraite de cadres dirigeants
 5-La mise à niveau des personnels informaticiens par une évaluation des compétences au regard des besoins.

[812] Le bilan annuel 2007 de la COG fait état de trois avancées : la montée en puissance des délégués de l'assurance maladie (DAM) tant en raison de la formation qui leur a été fournie, du positionnement statutaire (rémunération) que de la professionnalisation recherchée (par un processus de certification professionnelle). En outre, des personnels spécifiques ont été recrutés pour le suivi des patients diabétiques. Enfin, deux régions ont expérimenté un dispositif de détection des hauts potentiels.

2.2. Une dynamique de modernisation encore trop timide est en cours

[813] Avec son dispositif de formation, la montée en puissance du SIRH et de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, la branche maladie dispose *a priori* des outils adéquats pour une politique ambitieuse.

2.2.1. La politique de formation demeure dynamique mais insuffisamment pilotée

2.2.1.1. La politique de formation prend en compte les objectifs prioritaires de l'assurance maladie...

[814] Les analyses métiers du schéma directeur des ressources humaines (SDRH) ont permis d'identifier les axes de renforcement des compétences requises par la branche. Le SDRH a en effet pour objectifs l'adaptation, l'évolution et l'anticipation des compétences nécessaires à l'assurance maladie dans un contexte de mutualisations, de départs massifs en retraite et de concurrence en matière de recrutement.

[815] En cohérence avec la philosophie de la COG, l'accent a été mis sur le renforcement des compétences liées à la gestion du risque : connaissance de l'organisation du système de soins, promotion et mise en œuvre des actions de maîtrise médicalisée, analyse de bases informationnelles, compétences nouvelles en matière de prévention, d'information et d'éducation thérapeutique, renforcement des compétences en matière de contrôle contentieux et de lutte contre la fraude...

[816] Les programmes de formation sont déterminés par les caisses primaires. Ils servent notamment à accompagner des réorganisations. L'activité de formation est de fait très largement décentralisée, ce qui ne va pas sans créer des difficultés au regard de l'objectif assigné par la COG d'une politique des ressources humaines « harmonisée ». Il n'existe pas de plan de formation au sens strict au niveau de la direction des ressources humaines de la CNAMTS et il n'existe pas non plus de vision consolidée des actions de formation conduites dans les CPAM – en dépit de la remontée d'indicateurs RH.

2.2.1.2. ...mais demeure largement conditionnée par les problématiques propres aux CPAM

[817] Les plans de formation des CPAM visitées par la mission confirment une claire appropriation des enjeux de la COG, et notamment la priorité accordée à la gestion du risque, mais restent, comme cela est naturel, très orientés en faveur de l'offre de services et du versement de prestations.

[818] Ainsi dans la CPAM des Hauts de Seine, l'effort de formation est important : pour 1730 agents, de l'ordre de 5300 jours en 2004, 2005, 2006, mais avec une baisse sensible sur la période de la COG (2631 jours en 2007, 3798 en 2008). Le plan de formation transmis au comité d'entreprise le 25 novembre 2008 s'inspire certes des besoins définis par la caisse nationale mais aussi des besoins et demandes identifiées lors des entretiens d'évaluation à l'aide de tableaux de compétence établis par service et permettant de dégager les besoins individuels au regard des compétences mises en œuvre par le service et des besoins collectifs. Les formations sont classées en trois catégories : celles qui permettent aux agents de renforcer leurs compétences, celles qui permettent d'actualiser les savoirs et savoir-faire, celles qui permettent de développer les compétences nouvelles et d'accompagner le changement. En volume, et pour un effectif rémunéré proratisé de 1730 agents, le volet GDR concerne 70 agents au moins ; le volet offre de service 599 agents ; le volet performance 176 agents au moins.

[819] Il y a donc une claire priorité, naturellement liée aux effectifs et missions de CPAM, en faveur de la gestion des prestations.

- [820] Le pilotage national des actions de formation devrait être renforcé à la fois parce que celles-ci sont nécessaires pour faire face aux évolutions futures de l'assurance-maladie et parce qu'un accompagnement formation de niveau supérieur au niveau départemental est indispensable à la réussite d'éventuelles opérations de mutualisation.
- [821] L'évolution semble aller dans le bon sens : à partir de 2008 une lettre réseau donne chaque année les orientations de formation pour les réseaux de l'assurance maladie. Elaborée par la direction des ressources humaines réseau de la CNAMTS en lien avec les autres directions de la CNAMTS, elle vise expressément à articuler les actions menées au niveau national et au niveau local en matière de formation : « Cette recherche d'articulation et d'efficience collective accrue requiert une meilleure visibilité des accompagnements nationaux existants et une meilleure articulation entre actions nationales et locales ».
- [822] Un problème délicat est posé par la question de la polyvalence des agents de production. La solution qui sera apportée à cette question est essentielle notamment dans le cadre d'opérations de groupement sur des plateaux techniques ou de mutualisation. Elle demeure largement traitée au niveau des CPAM.
- [823] Pour certains directeurs de CPAM, la polyvalence est insuffisante et conduit à des problématiques importantes de formation en cas de groupement sur des centres de production. À l'inverse, pour d'autres directeurs auditionnés par la mission, la spécialisation des techniciens apparaît souhaitable compte tenu de la technicité croissante des opérations de liquidation et de la recherche d'une plus grande productivité. Dans le cas de la CPAM du Loiret, la réorganisation de la production autour des trois thématiques : prestations en nature, prestations en espèces et gestions des bénéficiaires a conduit à passer de la polyvalence à une spécialisation des agents. Les caisses notent aussi que les gestionnaires de proximité, au-delà des capacités managériales requises, doivent conserver une forte compétence technique correspondant à la demande forte d'appui des techniciens sur la législation, les techniques et outils. On peut aussi noter que la taille de l'organisme influe sur les perceptions : les grosses caisses réfléchissent à la mise en place d'équipes polyvalentes mobilisées lors de pics d'activité quand les plus petites recherchent plutôt l'organisation d'une polyvalence « partielle » de certaines équipes.

2.2.2. Cartographie des emplois et référentiels métiers doivent permettre le développement de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences

- [824] Il est essentiel pour la CNAMTS de piloter finement la structure d'emploi des caisses. Les données existent dans la base UCANSS et elles sont complétées depuis 2005 par l'indicateur cartographie des emplois⁴². Celui-ci vise à faire réaliser par les organismes un exercice de gestion prévisionnelle des effectifs : état des lieux des effectifs par emploi et projection de ceux-ci sur les années suivantes à travers une estimation des départs, taux et priorités de remplacement.
- [825] Il a concerné initialement les CPAM, puis les CRAM, puis a été introduit dans un corps d'indicateurs « Ressources Humaines » inscrits au sein des contrats pluriannuels de gestion des CPAM, CRAM et DRSM. Scoré à l'origine, il ne l'est cependant plus dans le cadre des CPG 2006-2009, ce qui est regrettable puisqu'il disparaît ainsi des objectifs prioritaires des cadres de l'assurance maladie. En outre, on peut regretter que du fait de divers éléments conjoncturels (période transitoire de fin de C.O.G., opérations de fusion et mise en place des ARS), les organismes aient été dispensés d'effectuer la prévision de la répartition des effectifs en ETP pour les années 2010 à 2012. Ces deux évolutions ne concourent pas, naturellement, à affirmer le caractère stratégique de cet outil.

⁴² La cartographie des emplois est élaborée à partir d'une enquête questionnaire sur les indicateurs RH à destination du réseau. Elle est disponible pour 2006, 2007 et était en cours de finalisation, au moment des investigations de la mission, pour 2008.

- [826] Pour construire la cartographie des emplois, il a été nécessaire de déterminer une liste limitée d'emplois pour lesquels les effectifs seraient communiqués par les organismes à la CNAMTS. Ces emplois ont été appelés « emplois de référence » et correspondent à des regroupements d'emplois locaux. Ils diffèrent en fonction de la catégorie d'organisme.
- [827] En 2005, ils correspondaient aux appellations d'emplois représentatives des emplois présents dans chaque catégorie d'organisme (CPAM et CRAM), en fonction des appellations observées dans les remontées d'informations annuelles issues du système de paie à la caisse nationale⁴³. Une table des emplois de référence a donc été définie, précisant les finalités de chacun des emplois retenus et les appellations d'emplois utilisées par les organismes, observées dans le système de paie. Le rattachement des emplois de chaque organisme à un emploi de référence devait se faire par une analyse de la concordance entre les activités des emplois exercés dans les organismes et les finalités décrites pour chaque emploi de référence. Il s'agissait donc d'un rapprochement manuel des données.
- [828] A partir de 2007, la nomenclature des emplois s'est mise en place dans le système de paie et les organismes ont perdu la possibilité de créer des emplois dans une table locale. La table des emplois de référence a donc été redéfinie, les emplois de référence ont été déterminés par une indication de l'ensemble des codes emplois à regrouper pour aboutir à chaque emploi de référence, ce qui a permis de fiabiliser les données. En revanche, les emplois de références de 2007 n'ont donc pas été identiques aux emplois de référence de 2005.
- [829] On observe en CPAM une diffusion de plus en plus systématique de référentiels métiers-compétences utilisés dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Toutefois, il est apparu à la mission que les CPAM procédaient à des adaptations des descriptifs d'emploi et que la pratique des référentiels métiers-compétences ne semble pas généralisée : il ressort de la lecture des rapports d'audit que certaines caisses primaires n'utilisent encore que des fiches de poste (Laon, St Quentin).
- [830] Ainsi dans le cas de la CPAM de Chartres, un poste de conseiller « fraude » a été créé en 2008 avec le référentiel correspondant ; les référentiels cadres ont dû être également révisés pour y intégrer les problématiques de management de la qualité. Les référentiels sont en fin de compte mis à jour de manière permanente en fonction des résultats des entretiens d'évaluation. De même il apparaît dans le rapport d'audit relatif au contrôle médical Rhône-Alpes que lors de la mise en place des entretiens annuels d'évaluation et d'accompagnement (EAEA) en 2004, la DRSM a réalisé un référentiel emploi compétences en collaboration avec le cabinet DEMOS. Il est régulièrement mis à jour.
- [831] Cette pratique présente l'avantage de garantir une parfaite adéquation du descriptif de postes avec la réalité de la situation. Cela est notamment précieux dans le cadre de la préparation et de l'exploitation des entretiens individuels d'évaluation. Cependant, une trop grande divergence des référentiels métiers-compétences entre CPAM risque de rendre difficile une gestion globale de l'emploi, la mobilité géographique et l'exercice de mutualisation. Structurer les référentiels de manière plus fine en distinguant les éléments constitutifs d'un socle commun et les adaptations localement possibles devrait limiter cet écueil.
- [832] En outre, le déploiement de l'outil de gestion prévisionnelle des ressources humaines Alinéa (cf infra) devrait permettre d'assurer une certaine convergence ; toutefois à ce stade cet outil reste facultatif. De plus, les descriptifs d'emploi doivent être saisis par chaque CPAM. Le déploiement devrait être l'occasion d'une harmonisation des pratiques.

⁴³ les organismes avaient en effet à l'époque la possibilité d'utiliser les emplois présents dans la table nationale des emplois ou de créer des emplois dans une table locale)

[833] Aujourd'hui, les pratiques sont hétérogènes. A la CPAM de Chartres, l'ensemble du dispositif est suivi sous Excel (Chartres) ou sur des outils de GPEC locaux ; à la DRSM du Centre, les entretiens individuels sont réalisés sur support papier et donnent lieu à une exploitation à la main. Le déploiement de l'outil Alinéa (cf infra sur le SIRH) vient cependant d'y être opéré. A la CPAM d'Orléans, il n'y a pas à proprement parler de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : le directeur ne dispose que d'un tableau de bord sur l'évolution des effectifs, le temps de travail, l'absentéisme et les composantes de salaires. Le produit Alinéa est encore en cours de déploiement. La caisse primaire utilise un outil spécifique mais celui-ci ne permet que de récupérer les demandes de formation, de droits individuels à la formation et de mobilité. Les projections de départ et de recrutements ne se font pas au-delà d'un an

2.2.3. Le SIRH doit permettre de renforcer les moyens au service des ambitions affichées

2.2.3.1. Un chantier aux enjeux multiples

[834] La COG stipule qu'un « *système d'information des ressources humaines devra être élaboré. Ce système devra donner progressivement aux organismes une vision qualitative et quantitative de leurs ressources, en particulier par l'intégration d'un module de gestion des compétences* ». Le schéma directeur a été élaboré en 2006-2007. et est constitué de trois modules : paye et gestion administrative, gestion des compétences, et suivi des entretiens d'évaluation, formation.

[835] La stratégie à l'origine de SIRH consistait à bâtir un système permettant de disposer d'un ensemble de données individuelles, collectives et agrégées (entrepôt de données), d'offrir aux organismes la capacité d'effectuer des requêtes ciblées (infoservice), de satisfaire les demandes complexes faisant appel à de multiples données (infocentre), d'assurer la remontée de données statistiques vers les organismes nationaux (branche et UCANSS).

[836] Le bilan annuel de l'application de la COG pour 2007 (juin 2008) indique que s'agissant de la fonction paye, c'est le logiciel GRH de la branche famille qui serait mis en place dans le réseau maladie, que s'agissant du volet compétences, c'est un logiciel développé dans les caisses de Bretagne - Alinea - qui a été retenu (après qu'ait été aussi évaluée la possibilité de recourir à des outils de marché) et déployé ; enfin, concernant la formation, une mise en concurrence devait être effectuée pour retenir un logiciel adapté mais c'est finalement un outil développé par la CPAM de Lyon qui doit être déployé fin 2009. Le bilan ne propose pas d'autres éléments d'évaluation.

[837] Un quatrième volet relatif au pilotage et aux indicateurs doit être adjoint à ce SI (en cours de développement).

[838] Il est remarquable que l'outil Alinea intervienne à la demande des organismes, chacun étant libre de s'équiper, alors que les outils formation professionnelle et le pilotage/indicateurs à venir ne seront réalisés qu'avec les outils retenus au niveau national.

2.2.3.2. Le projet comporte des risques à prendre en compte

[839] La COG comportait l'engagement suivant : « *La CNAMTS s'engage à adapter ou changer son outil SIRH pour la sortie d'un bilan social de branche et par organisme dans l'année suivant la signature de la Convention.* »

[840] **Cet objectif n'a pas été atteint ni dans l'année suivant la signature de la Convention, ni même en fin de COG, et il ne sera probablement pas atteint avant 2011, date prévisionnelle de déploiement du système de la branche famille à l'assurance-maladie.**

[841] Son déploiement est souhaitable rapidement et doit être suivi attentivement pour les motifs suivants :

- *GDP est aujourd'hui largement insuffisant.*

- [842] Il s'agit essentiellement d'un dispositif de paye ne comportant aucune fonctionnalité de gestion des ressources humaines ou de pilotage.
- [843] Les caisses primaires peuvent faire des requêtes sur GDP mais la direction des ressources humaines siège ne peut pas consolider les données. Elle ne dispose dès lors pas d'éléments de pilotage en dehors de ce que lui fournit l'UCANSS qui est à l'évidence insuffisant (pas d'analyse fine des évolutions de structure de compétences ; pas d'analyse des pratiques de formation ; pas de suivi de la conflictualité ou des contentieux ressources humaines... Etc.)
- [844] Plus particulièrement,
- la direction des ressources humaines de la CNAMTS ne dispose pas d'éléments de suivi de la réalisation des entretiens d'évaluation. Il n'est donc pas possible, sauf à conduire des enquêtes particulières, de disposer au niveau national d'une cartographie des évolutions et besoins de compétences.
 - Il n'est pas possible non plus de suivre les mobilités inter CPAM, chaque organisme gère en effet dans le système son numéro agent.
 - le système génère de nombreuses ressaisies : par exemple pour suivre l'évolution de la masse salariale il faut aller sur « entrepôt de données » de GDP puis éditer en sortie papier les éléments salariaux et ressaisir sur Excel.
- *La migration vers GRH est néanmoins porteuse de risques*
- [845] L'assurance-maladie a fait le choix du déploiement de l'outil GRH de la branche famille dont est également dotée la branche recouvrement (il faut toutefois noter que la branche vieillesse à déployé HR Accès).
- [846] Le choix d'outils propriétaires conduit inmanquablement à mobiliser et maintenir au sein de la sécurité sociale des compétences informatiques alors même que l'assurance-maladie éprouve déjà d'importantes difficultés dans la gestion de ses personnels informatiques, qui doivent être mobilisés en priorité sur l'informatique « métiers ».
- [847] S'il est opportun de parvenir à terme à un outil partagé au sein de la sécurité sociale, le choix de GRH pose un certain nombre de problèmes :
- GRH ne pourra être déployé au sein de l'assurance-maladie qu'à compter de 2011 ;
 - par voie de conséquence, la CNAMTS a décidé de déployer un outil de pilotage des compétences (alinea) et un outil de suivi des formations (aliform) développés par des CPAM, ces outils devant être interfacés avec GRH le moment venu. Il faudra donc gérer des interfaces avec des outils déjà en exploitation au lieu de faire ce qui se pratique normalement dans le déploiement d'un outil de ressources humaines, c'est-à-dire déployer d'abord le cœur du système de paye, puis dans un deuxième temps les outils GRH qu'il alimente.
- [848] -la gestion des relations avec la branche famille n'est pas maîtrisée : la convention CNAMTS/ CNAF n'est pas encore signée en juin 2009 ; les retards pris au cours des derniers mois font craindre que la branche famille ne soit pas en situation d'assurer une qualité de service correspondant aux standards minima du marché ; or, si les adaptations, paramétrage et interfaces seront de la responsabilité du personnel informatique de l'assurance-maladie, la maintenance et les évolutions du produit seront de la responsabilité de la branche famille.
- [849] La CNAMTS ne souhaite pas rendre obligatoire l'utilisation des nouveaux produits Alinea et Aliform par les caisses primaires. Il existe en effet un certain nombre de développements locaux ou de progiciels déployés par des CPAM. Il ne sera donc pas possible d'homogénéiser les pratiques ni en matière de pilotage, ni en matière de gestion des compétences et des emplois, ce qui est préjudiciable à l'homogénéisation des pratiques requise par la COG.

Recommandation n° 52 : Tendre vers une unité des outils de pilotage RH utilisés par les caisses

3. PILOTAGE DES RESSOURCES HUMAINES

3.1. *Les indicateurs relatifs aux ressources humaines sont relativement pauvres*

[850] La COG ne prévoit pas d'indicateurs assignés aux sujets de ressources humaines. De même, le tableau d'échéances de mise en œuvre annexé à la COG ne retient qu'une échéance pour le volet ressources humaines : l'année 2007, pour la sortie d'un bilan annuel consolidé. En revanche :

- le système de suivi des objectifs « OSEO » comporte deux indicateurs de ressources humaines pour le Secrétariat général de l'établissement public (réduction des délais de recrutement, renforcement de la capacité de management de l'encadrement), deux pour la DDO (certification des DAM, augmentation de la part des effectifs sur la gestion du risque et la lutte contre la fraude) et un pour la DDGOS (recrutements dans le projet diabète) ;
- les contrats pluriannuels de gestion comportent quelques indicateurs relatifs aux ressources humaines mais ceux-ci sont d'ordre très général (modernisation du management) ;
- des indicateurs RH sont également collectés par une enquête annuelle auprès des organismes sur le suivi des préconisations faites par la CNAMTS concernant la politique de rémunération (questionnaire, sauf pour les CRAM), les effectifs (en personnes physiques rémunérées), la rémunération (répartition par niveau de classification ; volume total de points rémunérés visant à identifier la part relative de chaque élément de rémunération dans la rémunération globale) et les formations suivies (notamment les formations nationales) par les titulaires de certains métiers ciblés⁴⁴. L'ensemble de ces indicateurs relève de la même enquête annuelle envoyée aux 4 catégories d'organismes. Comme indiqué supra, ils ne résultent pas d'informations issues du système d'information.

3.2. *Le dispositif de pilotage donne un rôle d'impulsion à la caisse nationale, encore insuffisamment assumé*

3.2.1. **Des responsabilités disséminées**

[851] Le personnel médical appartenant à la caisse nationale est directement géré au plan national (qui assure notamment l'organisation des concours). Les directeurs régionaux du service médical proposent les promotions et disposent d'un pouvoir délégué sur les mutations régionales. Les personnels administratifs du service médical sont gérés par la direction régionale du service médical.

[852] La gestion des autres personnels administratifs est de la responsabilité des caisses primaires⁴⁵ : les directeurs des caisses ont l'ensemble des responsabilités de gestion du personnel. Ils sont censés inscrire leur action dans le cadre du schéma directeur des ressources humaines. Celui-ci fournit un corpus d'usages généraux et de repères, complétés par des analyses sur des emplois ciblés. Les emplois analysés ont été choisis soit parce qu'ils représentaient des catégories avec d'importants flux de départ, soit en raison d'une évolution profonde du métier et de nouveaux besoins de compétences. Une vingtaine d'emplois ont été ciblés représentant 70 à 80 % des salariés. Toutefois le schéma directeur des ressources humaines n'inclut pas les personnels des centres de traitement de l'information (qui sont traités par le service des ressources humaines de la direction informatique) ni des UGECAM.

⁴⁴ Pour les CPAM et les CGSS : téléconseillers, DAM et managers ; pour les CRAM : gestionnaires de la tarification des risques professionnels, contrôleurs de sécurité et ingénieurs conseil ; pour les DRSM : gestionnaires de production du service médical et managers.

⁴⁵ La gestion de l'encadrement supérieur a fait l'objet d'un rapport de l'IGAS en 2007 (IGAS, Gestion des carrières des agents de direction, rapport n°2007-069)

[853] De plus le personnel de la CNAMTS est géré par une direction des ressources humaines spécifique ; il en va de même des personnels informatiques. Même si ce choix organisationnel ne paraît pas nécessairement dommageable en matière de gestion des emplois et des compétences, en revanche les fonctions d'administration du personnel gagneraient à être regroupées pour des questions d'économie d'échelle.

Réponse de l'organisme : *Il n'existe pas de direction des ressources humaines propre au personnel de l'informatique : eu égard à sa taille et à son organisation géographique et transverse à l'Etablissement public et aux organismes (Centre de production informatique), une fonction RH a été identifiée au sein de la DDSI et mise en place en 2007 dans le cadre de la réorganisation de la direction déléguée : il s'agit du Département Dynamique des Ressources Humaines et des Moyens (DDRHM). Cette fonction agit effectivement, en articulation avec la DRHEP et la DRH Réseau, sur la gestion des emplois et des compétences. En revanche, la DDRHM n'exerce aucune fonction d'administration du personnel. Cette compétence relève strictement du périmètre de la DRHEP.*

Observation de la mission : Vu.

[854] La DRH réseau joue un rôle de conception et de pilotage d'ensemble. Toutefois :

- le manque d'informations disponibles en raison d'une part de la faiblesse du système d'information sur les ressources humaines, d'autre part du rôle confié à l'UCANSS ne permet pas d'assurer un suivi suffisant. Cet enjeu est essentiel au regard de la question de l'adéquation des effectifs aux fonctions. Il détermine en effet largement le niveau d'emploi ;
- la direction des ressources humaines réseau n'a pas non plus la possibilité d'imposer des programmes de formation aux caisses même si ses orientations se sont affirmées (lettre réseau). Ceci ne manquera pas de poser problème dans le cadre d'évolutions importantes de type évolution des métiers ou mutualisations de fonction.

3.2.2. Un pilotage à renforcer

[855] La question de la fragilité du pilotage des ressources humaines de l'assurance-maladie mérite d'être soulignée. Des efforts ont certainement été accomplis. Mais les retards pris par exemple dans le déploiement du système d'information montrent bien que la question n'est pas considérée comme prioritaire.

[856] Deux éléments paraissent essentiels pour permettre une amélioration de la situation lors de la prochaine COG :

➤ *Il faut clarifier de manière extrêmement précise et opérationnelle les relations entre l'assurance-maladie et l'UCANSS.*

[857] La COG de l'UCANSS apparaît comme un document « attrape-tout » et qui n'évoque pas de manière précise les répartitions de responsabilité entre services des ressources humaines.

[858] Il n'est pas souhaitable de se reposer uniquement sur l'UCANSS en matière de pilotage des ressources humaines et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : des éléments aussi essentiels que l'évolution des compétences ou la conduite du changement doivent être gérés par les acteurs de l'assurance-maladie. S'il appartient naturellement à l'UCANSS de jouer son rôle transversal en matière de négociations sociales, de garantir une mobilité des personnels de direction bénéfique pour tous, et de fournir des services à la demande (et dans certains cas imposés pour des questions de coûts) en matière d'informatique en ressources humaines, de formation notamment, cela ne devrait pas empêcher la CNAMTS de continuer à développer sa fonction ressources humaines, qui est un levier central de la performance dès lors que l'assurance-maladie est avant tout une entreprise de services et de main-d'œuvre.

Recommandation n° 53 : Une convention de services extrêmement précise doit être négociée entre l'UCANSS et la CNAMTS.

➤ *Mener une politique nationale de ressources humaines plus affirmée.*

- [859] La fonction ressources humaines devrait être beaucoup plus coordonnée au niveau central dans la prochaine COG : c'est la condition incontournable d'une poursuite de la modernisation de l'assurance-maladie (mutualisations, modifications de structure et d'organisation, accompagnement de l'évolution des métiers...)
- [860] Cette mise à niveau de la gestion des ressources humaines est aussi requise par le constat que la fonction ne semble pas être partout considérée comme stratégique, et est fréquemment vue comme purement administrative. En résulte un niveau de recrutement ou un positionnement insuffisant, une implication directe des directeurs dans les recrutements ou fonctions qu'ils jugent essentielle, et une hétérogénéité des conditions de mise en œuvre des règles de gestion
- [861] Il y a peu de cas de mutualisation de fonctions dans le domaine des ressources humaines. Malgré l'existence d'un certain nombre de processus nationaux dans les plans de maîtrise socle, les règles détaillées de gestion ne sont pas les mêmes selon les organismes.
- [862] La centralisation de la paye, aujourd'hui assurée par les CTI, pourrait être un premier pas. À titre d'exemple la CPAM du Loiret dispose d'une structure de gestion de la paye comportant un adjoint en charge de la paye et du recrutement et six techniciens pour un traitement de 7000 bulletins de salaire. La CPAM de Chartres a calculé un coût du bulletin de paye de 27 € le bulletin (incluant les personnels de paye et les contrôles de l'agence comptable ; uniquement charges salariales et sans imputation des autres éléments de coût) pour 4137 bulletins édités par an. La CNAMTS ne dispose d'aucun benchmark sur le coût de la fonction paye.
- [863] Le contrôle des contrats de travail ou l'élaboration de contrats type par le niveau national est une autre piste. L'hétérogénéité des règles adoptées en matière de RTT souligne cette nécessité de surveillance des horaires, ici collectifs : on constate une absence de connaissances par la CNAMTS d'un élément fondamental de l'organisation du travail et de la productivité dans les caisses⁴⁶.

3.3. Un système managérial perfectible

3.3.1. Système managérial national

- [864] L'éclatement de l'assurance-maladie en structures départementales (voir infra départementales) pose un problème de pilotage managérial. La relation hiérarchique est directe entre les 128 (demain 101) directeurs de caisses primaires et le directeur général de la CNAMTS. En dépit de l'existence d'une direction du réseau, il ne peut donc pas y avoir de réelles discussions de ses objectifs, moyens, performances entre chaque directeur de caisse et son supérieur hiérarchique. Il n'existe pas non plus, hors du CPG, de lettre de mission aux nouveaux directeurs de caisses primaires sauf dans le cas spécifique des fusions.
- [865] Dès lors, le contenu du CPG n'est pas réellement discuté ni ne peut faire l'objet d'actualisation en cours d'année. L'intéressement n'étant pas véritablement discriminant entre caisses, seule la prime de résultat de 1,5 mois peut concrétiser l'établissement d'une relation sur les objectifs entre la direction de l'assurance-maladie et ses cadres dirigeants.

⁴⁶ Le dispositif est fondé sur une lettre de cadrage de l'UCANSS. Chaque directeur de CPAM a négocié son propre accord avec une validation des accords au plan national. Cette validation n'a porté que sur la conformité à la lettre de cadrage et non sur l'opportunité. Lorsqu'il doit y avoir modification d'un accord cela relève aujourd'hui d'une négociation locale. Le directeur de la caisse primaire doit alors adresser ses modifications à l'UCANSS qui vérifie la conformité juridique de l'accord.

[866] La communication de la direction générale est assurée par la direction de la communication dans de bonnes conditions, même s'il peut être étonnant que le choix n'ait pas été fait de donner cette fonction à la direction des ressources humaines contrairement à ce qui se passe dans les autres entreprises. La DDO organise une réunion trimestrielle des directeurs de caisses primaires. Une lettre (info dirigeant) est diffusée par mail auprès de l'ensemble des directeurs pour traiter ponctuellement des sujets importants ; le dispositif est enfin complété par les lettres réseau ainsi que par des réunions thématiques.

3.3.2. Système managérial local

[867] Les CPAM visitées par la mission ou ayant fait l'objet de rapports d'audit sont toutes organisées selon le même modèle :

[868] Pour ce qui concerne l'animation des équipes de direction, se tiennent un comité de direction (ne comportant malheureusement généralement pas le médecin chef de l'échelon local⁴⁷) et comité de direction élargi (associant dans un certain nombre de cas les responsables de processus, mais malheureusement pas toujours).

[869] Pour ce qui concerne les autres équipes, les pratiques sont plus diverses et semblent dépendre de la personnalité du directeur en matière d'animation du reste des équipes. La documentation des travaux de direction qui permet leur diffusion est par exemple relativement variable. Il y a semble-t-il généralement des ordres du jour mais par exemple pas de comptes rendus du comité de direction au niveau de la CPAM du Loiret qui organise deux fois par an des réunions générales de l'encadrement à visée thématique. La CPAM des Hauts-de-Seine organise une réunion annuelle de l'encadrement complétée par des réunions trimestrielles avec les chefs de service. La CPAM de Saint-Quentin organise une réunion mensuelle des 25 membres de l'encadrement et une réunion annuelle de l'ensemble du personnel pour présenter les résultats passés et les objectifs.

[870] Le dispositif de la CPAM de Chartres est plus sophistiqué : les quatre cadres dirigeants se réunissent en comité de direction tous les 15 jours avec un procès-verbal diffusé sur intranet à l'ensemble de l'encadrement. Le médecin-conseil de l'échelon local ne participe pas (mais il est membre du comité de pilotage de la gestion du risque). Un comité de direction élargi associe l'ensemble des pilotes de processus chaque mois et donne lieu à un procès-verbal. Les objectifs de la direction sont traduits dans un projet d'entreprise actualisée chaque année. En fin d'année le bilan en est réalisé par les pilotes de processus et il y a préparation des objectifs de l'année suivante déclinés du CPG et du projet d'entreprise. En janvier les pilotes travaillent sur la création du nouveau projet d'entreprise actualisé qui est présenté à une assemblée générale du personnel début février. Le dispositif est chaîné avec les évaluations qui devraient à partir de l'année prochaine s'inscrire de mars à fin juin (elles se déroulent actuellement de mai à septembre).

[871] Le système **d'entretiens individuels** prévus par l'accord collectif fonctionne très largement⁴⁸. Il est l'occasion de discuter avec le salarié des objectifs de son secteur, de ses objectifs et de ses résultats. Les campagnes d'entretiens d'évaluation peuvent se prolonger jusqu'en septembre (CPAM du Loiret et CPAM d'Eure-et-Loir) avec une volonté des directeurs d'achever les entretiens en juillet afin de permettre la prise de décision sur l'attribution des points de compétence entre les mois d'août et septembre. Le système a sans doute largement contribué à faire entrer une culture d'objectifs au sein de l'assurance-maladie.

⁴⁷ à la CPAM du Loiret les rencontres ont lieu au fur et à mesure des besoins et ne sont pas institutionnalisées, même en matière de lutte contre les fraudes = les rencontres ont lieu au comité régional de lutte contre les fraudes

⁴⁸ Source: rapports d'audit et entretiens en région Centre

Annexe 4.3 : Eléments de bilan et perspectives concernant la gestion des systèmes d'information

- [872] Les systèmes d'information de la CNAMTS ont fait l'objet de nombreux travaux ces dernières années. La Cour des comptes, l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection des finances s'y sont penchés à plusieurs reprises Il faut y ajouter les audits internes.⁴⁹
- [873] Plus récemment, la Cour des comptes a commencé au printemps 2009 un travail approfondi sur la gouvernance des systèmes d'information. En effet, la direction déléguée aux systèmes d'information de la CNAMTS réorganisée en 2004 connaît des difficultés récurrentes de pilotage alors que les enjeux auxquels doit faire face la branche sont très importants en termes de service offert et d'amélioration de la productivité.
- [874] Malgré tous ces travaux, compte tenu des enjeux, la mission a jugé utile de fournir des premiers éléments de bilan et quelques perspectives afin de nourrir les discussions préparatoires à la prochaine COG⁵⁰. En effet, la question de la gouvernance n'épuise pas le sujet des systèmes d'information. Il faut aussi pouvoir en tracer les perspectives, techniques, fonctionnelles, de façon à ce que la COG soit l'occasion de formaliser les engagements nécessaires à une évolution maîtrisée des systèmes d'informations. Plusieurs des constats faits dans la présente annexe avaient déjà été mis en exergue dans les précédents rapports ce qui illustre les difficultés de la CNAMTS à faire évoluer dans les faits son organisation en matière de systèmes d'information.

1. UNE REORGANISATION DIFFICILE

1.1. *Un pilotage réorganisé qui n'impacte qu'assez peu les pratiques. Une fonction ressources humaines sous dimensionnée*

- [875] Les organes de direction du système d'information ont été réorganisés en 2007. Auparavant distinctes, les fonctions de maîtrise d'ouvrage de la branche (le rôle de la direction de maîtrise d'ouvrage de branche – DMOB - était d'arbitrer les demandes des maîtrise d'ouvrage des directions métier) et de maîtrise d'œuvre ont été regroupées au sein de la même direction, la direction déléguée des systèmes d'information (DDSI). Par ailleurs la réorganisation a été conduite autour de quelques orientations destinées à remédier aux carences jusque là constatées :
- réaffirmation de l'importance du pilotage stratégique et opérationnel de l'activité et des projets,
 - positionnement central de la fonction architecture et de l'innovation technologique dans les missions de la DDSI,
 - recherche d'une plus grande industrialisation des processus de fabrication et de diffusion des composants applicatifs,
 - consolidation des activités relatives aux systèmes informationnels dans un schéma de gouvernance intégré.

⁴⁹ Notamment dans le cadre du rapport d'audit IGAS/IGF (référéncé 2004-161) sur les dépenses informatiques du régime général d'assurance maladie ; audit de l'organisation et du pilotage des organismes oeuvrant à l'informatisation du système de santé, rapport IGAS N° RM-2006-133

⁵⁰ Pour ce faire la mission a rencontré les équipes de la direction déléguées des systèmes d'information. Elle a centré son analyse sur les évolutions du système d'information lors de la prochaine convention. Pour ce faire elle a rencontré l maîtrise d'ouvrage de la Direction déléguée aux opérations. Elle a également profité de toutes ses visites dans les caisses primaires pour faire un bilan de la situation des caisses et de leurs besoins à venir.

[876] Un audit conduit en 2008⁵¹ pour le compte de la CNAMTS a conclu au décalage entre les principes de la réorganisation et la réalité de sa mise en œuvre. L'appropriation de ces principes par les équipes de la DDSI n'est pas encore achevée, et leurs pratiques n'ont encore que peu évolué. Ce constat démontre que la conduite du changement est très difficile au sein de cette direction.

Réponse de l'organisme : *L'audit commandité en 2008 avait pour objectif de déterminer si l'organisation DDSI nouvellement mise en place prenait, un an après, la bonne direction ou non. Les auditeurs avaient jugé que globalement, la direction était la bonne et que les ajustements au niveau de la structuration de la DDSI n'étaient pas à ce stade nécessaires ou tout du moins pas une priorité du moment.*

Observation de la mission : *Vu.*

[877] Si la mise en place de la direction assistance et relation métier (DARM) et du département planification et pilotage portefeuille de projet (D4P) a permis des améliorations, la mission s'étonne que sur la plupart de projets, dont les plus structurants et les plus critiques, aucune étude à de valeur ne soit disponible (cf. infra).

[878] Pour améliorer et mieux structurer la relation avec les équipes de maîtrise d'ouvrage des directions métiers, un pôle d'assistance à maîtrise d'ouvrage et de gestion des projets, la DARM, a été mis en place au sein de la DDSI. Il permet d'offrir aux maîtrises d'ouvrage métiers un interlocuteur unique sur toute la chaîne, de la réception des demandes d'évolution jusqu'à la livraison des projets. Cette direction s'est organisée en miroir de celles des directions opérationnelles pour faciliter les relations avec les directions métiers. Les équipes de la DARM sont en outre chargées de veiller à la cohérence fonctionnelle des demandes des maîtrises d'ouvrage. Cependant il n'existe pas d'instance collective dédiée au sujet « Cohérence fonctionnelle », qui dépend donc fortement de la veille individuelle réalisée par les consultants fonctionnels de la DARM.

Réponse de l'organisme : *La cohérence du Système d'Information est traitée dans ses aspects fonctionnels dans le cadre du Comité de coordination des maîtrises d'ouvrage et dans ses aspects techniques dans le cadre du Comité d'architecture.*

Observation de la mission : *Vu.*

[879] Les pivots de la nouvelle organisation sont les directeurs de projet. Ils doivent disposer d'une visibilité maximale sur les plannings et plans de charge, dans une logique d'affectation de ressources et d'ajustement du dispositif au fil de l'eau. Les directeurs de projet assurent notamment le reporting vers le D4P pour permettre à ce dernier de construire une vision consolidée de l'utilisation des moyens. Mais à la différence de ce que l'on pourrait rencontrer dans d'autres organisations, le directeur de projet n'est pas comptable des moyens qui lui sont attribués, qu'il s'agisse des moyens financiers ou des moyens humains.

Réponse de l'organisme : *Le directeur de projet assure une coordination transverse des équipes en charge des projets. Cette logique est inscrite dans l'organisation de la DDSI qui a été mise en place en 2007.*

Observation de la mission : *Vu.*

[880] Le D4P est chargé de fournir une vision consolidée des projets MOA/MOE. Son activité consiste essentiellement en la gestion du plan d'actions, le suivi des commandes et la structuration de la méthode de projet MOA/MOE. Ce département, contrairement à ce qui était prévu, ne joue pas de rôle de décision et d'arbitrage pour favoriser le respect des délais et des coûts par les projets et les plans produits.

⁵¹ Audit réalisé par le cabinet INEUM

Réponse de l'organisme : *Dans le cadre de ses attributions, D4P assure le secrétariat et anime le Comité de coordination des maîtrises d'ouvrage notamment en charge des arbitrages projet (délais et moyens). En intra DDSI, le D4P anime un comité mensuel de suivi du plan de charges, où sont passés en revue les avancements et risques des projets. Les décisions du ressort de la DDSI relatives à des arbitrages de priorités ou d'affectations de moyens y sont également prises. Enfin, le D4P organise des revues ciblées de projets dont l'application des décisions est ensuite suivie et contrôlée.*

Observation de la mission : Vu.

[881] Enfin, un département en charge de la dynamique des ressources humaines et des moyens (DDRHM) regroupe l'ensemble des services de gestion et de support administratif au sein d'une seule structure directement rattachée au directeur de la DDSI. Chargé de piloter la politique RH arrêtée par la DDSI, ce département assure un support aux autres structures de la DDSI sur le plan de la gestion des ressources humaines et des moyens. La planification et l'affectation des ressources supposent l'existence et la mise à jour régulière d'un référentiel des compétences centralisé qui est encore en cours d'élaboration.

Réponse de l'organisme : *Le référentiel centralisé des compétences existe depuis fin 2008 sous la forme d'un dictionnaire des compétences qui a permis d'alimenter une base de données affectant à chaque collaborateur de la DDSI des compétences qualifiées par un niveau de maîtrise (Base ORUS). Ce travail est largement pris en compte pour objectiver les problématiques de compétences à la DDSI*

Observation de la mission : Vu.

[882] La mission souligne que la réforme conduite par la CNAMTS n'a pas permis de remédier à la principale limite de la gouvernance des systèmes d'information. En effet, le pilotage actuel reste fortement orienté sur l'analyse a posteriori et ne permet pas aux décideurs de disposer des informations prospectives nécessaires à l'optimisation de l'allocation des ressources et à une priorisation pertinente des projets. Ce constat déjà fait en 2008 est aux yeux de la mission un point critique sur le chemin de progrès que souhaite suivre la Direction générale.

Réponse de l'organisme : *La mission estime que le pilotage actuel ne permet toujours pas aux décideurs de disposer des informations prospectives nécessaires à l'optimisation de l'allocation des ressources et à une priorisation pertinente des projets. Depuis la fin de l'année 2008, la DDSI bâtit en collaboration avec les maîtrises d'ouvrage un plan de charges ayant vocation à organiser la priorisation et la programmation des projets pour l'année suivante. Le résultat de ce travail fait l'objet d'une validation de la part de la Direction Générale. Le suivi et le contrôle du respect de cette feuille de route sont ensuite assurés régulièrement dans les instances de gouvernance avec synthèse en dernier ressort, en Comité stratégique informatique.*

Observation de la mission : Vu.

1.2. La réorganisation doit maintenant embrasser la fonction production et l'organisation territoriale

1.2.1. La production devrait, enfin, être réorganisée

[883] La convention d'objectif et de gestion 2006-2009 prévoyait une rationalisation des centres de production. Un état des lieux et un plan d'évolution devait être prévu à mi-COG, ce qui n'a pas été fait.

Réponse de l'organisme : *Un projet lié à la réorganisation des Centres de production informatique (projet SPI) a été lancé en 2007. Il comportait deux volets. Le premier concerne principalement la fiabilité et l'industrialisation de la production dans le sens de la qualité et de la cohérence du service. Il a fait l'objet d'un suivi rigoureux, jusqu'à la mise en place opérationnelle effective des dispositions retenues de façon coordonnée et homogène dans les Centres de production informatique. Le second volet est plus prospectif et concerne la préparation de l'organisation future. Les actions du projet SPI, dans cette phase, relèvent plus de l'étude préalable et d'opportunité que du projet proprement dit. De ce fait, l'approche tient compte de la sensibilité sociale du sujet et consiste à faire émerger une cible et des propositions. Compte tenu de sa nature, cette étude a été conduite de manière itérative et interactive auprès d'un public restreint. Il aurait été prématuré de lancer une structure projet dédiée. Par ailleurs, de 2007 à fin 2008, priorité a été donnée à la stabilisation de la production. Il a fallu prendre en compte ou terminer des évolutions lourdes (Réno 2003) et maîtriser les impacts conséquents sur la production des évolutions réglementaires (Médecin traitant, Franchises). Ceci n'a pas empêché la DDSI de mener en parallèle des actions de rationalisation de la production (couloirisation, exploitabilité, SEN etc.)*

Observation de la mission : Vu.

[884] Les études réalisées par la DDSI montrent en 2008 une répartition des effectifs (hors CTI, donc sur la base de 1059 ETP) entre les différentes fonctions (charges internes et externes) comme suit.

Tableau 98 : Répartition des charges globales internes et externes (sous-traitants) sur les secteurs d'activités de la DDSI, de janvier à décembre 2008

	Charges consommées en 2008 - ETP	
	Nb	%
Projets plan	294	28%
Maintenance	97	9%
Management, pilotage et administratif	203	19%
Projets (autres que plan)	73	7%
Support SI	271	26%
Production/exploitation et logistique (hors CTI)	121	11%
Total	1059	100%

Source : CNAMTS, DDSI

[885] On notera que les effectifs consacrés aux projets ne représentent qu'un tiers des ressources, tandis que le support en représente 26%.

[886] On observera également que les effectifs sur les fonctions d'appui (management, pilotage et administratif) sont importants puisqu'elles absorbent 19% des moyens. Ce taux, si aucune erreur de comptabilisation ne lui était imputable, paraît disproportionné. Un examen plus détaillé de la répartition des personnels concernés, réalisé à partir des études de la DDSI, montre des décalages importants entre certaines fonctions qui paraissent très bien pourvues (communication par exemple avec 19 ETP même si cette fonction englobe la mise en ligne intranet) et d'autre pour lesquelles ne sont consacrées que peu de moyens alors qu'elles sont stratégiques (GRH, 7 ETP pour 1 500 personnes).

Réponse de l'organisme : *La mission note des décalages importants entre certaines fonctions très bien pourvues : communication 19 ETP et d'autres pas assez alors qu'elles sont stratégiques : GRH 7 ETP pour 1500 personnes. La communication à la CNAMTS relève de la compétence de la Direction de la communication (DICOM). A ce jour, un seul agent exerce l'emploi de Chargé de communication au sein de la DDSI : il s'agit d'un agent rattaché au cabinet du directeur délégué. Les imputations dont il est fait mention correspondent à des activités de communication exercées ponctuellement par les agents de la DDSI : participation à des séminaires, réalisation des entretiens d'évaluation, participation à des réunions de service ou d'informations générales. Concernant le taux des fonctions d'appui constaté à la DDSI (19% des moyens), outre le management (dont le taux est similaire à celui constaté d'une manière générale au sein de l'Etablissement public), ces activités englobent la totalité des fonctions Achat, Ressources Humaines, Contrôle de gestion, Pilotage transverse, Assurance qualité, PMO, Cabinet..., fonctions dont le rapport souligne par ailleurs qu'elles seraient sous dotées. La gestion des RH à la DDSI (DDRHM) présentée comme disposant de peu de moyens (7 ETP pour 1500 personnes), bénéficie également des services de la direction des RH de l'EPN (SG/DRHEP) pour toutes les opérations qui ne sont pas spécifiques au métier informatique.*

Observation de la mission : Vu.

Tableau 99 : Répartition des ETP sur la fonction management, pilotage et administratif, en ETP, en 2008

	ETP	
	Nb	%
Relations fournisseurs, suivi des marchés, plan d'équipement, budget	30	15%
Communication	19	10%
Gestion RH	7	4%
Support au pilotage	33	17%
Management	71	36%
Secrétariat - logistique administrative	26	13%
Contrôle de gestion	8	4%
Développements d'outils d'aide au pilotage	6	3%
Total	200	100%

Source : CNAMTS, DDSI

[887] Dans l'organisation actuelle, la DDSI assume les tâches de premier niveau de la fonction RH, en particulier en termes d'entretiens individuels pour propositions de promotions ou d'augmentation de salaires. Ceci explique le nombre d'ETP affecté à la fonction RH.

Réponse de l'organisme : *La mission estime qu'il s'agit d'un handicap, dans la mesure où elle assume l'ensemble des tâches de la fonction RH et en particulier la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. La fonction interne à la DDSI agit effectivement, en articulation avec la DRHEP et la DRH Réseau, sur la gestion des emplois et des compétences. En revanche, la DDRHM n'exerce aucune fonction d'administration du personnel. Cette compétence relève de la DRHEP. Il est faux de dire que la DDRHM "assume l'ensemble des tâches de la fonction RH" : le recrutement administratif, la paie, la formation, la gestion des primes et intéressement, ou la gestion de la grille des emplois et compétences, etc. sont réalisés par la DRHEP du SG. A l'instar des autres directions, le DDRHM de la DDSI effectue essentiellement les premiers niveaux d'entretiens individuels, les propositions d'augmentation et de promotion, la rédaction des demandes de recrutement pour la population des informaticiens. Une feuille de route des collaborations entre DRHEP et DDRHM est par ailleurs en vigueur depuis fin 2008, qui précise ces points.*

Observation de la mission : Réponse prise en compte et le §887 modifié en ce sens.

- [888] Les effectifs de production au niveau de l'établissement public sont de 121 ETP (11%). Il faut y ajouter les effectifs en CTI qui sont de 565 ETP (soit un total de 686 pour la DDSI et les CTI). Les effectifs consacrés à la production représentent 42% des 1 624 ETP consacrés au total à la fonction informatique, ce qui est important.
- [889] Compte tenu des besoins actuels en termes de production il semble que les moyens qui y sont consacrés sont trop importants. La refonte de l'architecture technique autour d'UNIX a permis de simplifier et d'harmoniser la production. Par ailleurs le passage en système ouvert a modifié en profondeur les compétences nécessaires des équipes de production. Aussi, on peut considérer qu'aujourd'hui il y a des sureffectifs en matière de production.
- [890] Cette situation s'accompagne d'une organisation territoriale très éclatée. Aujourd'hui répartie sur 9 sites l'utilisation des moyens alloués à la production pourrait être optimisée en réduisant le nombre d'implantations géographiques. Cette réorganisation permettrait de réduire le coût des fonctions supports et probablement, par une augmentation du volume d'activité, d'améliorer la productivité.
- [891] Une telle évolution supposerait des changements profonds pour une bonne partie des personnels aujourd'hui affectés à la production. C'est une double opportunité dont doit se saisir la DDSI. C'est une possibilité ouverte de redéployer une partie des personnels en fonction de ses besoins et de ses priorités, et pour les agents c'est l'occasion d'embrasser de nouvelles fonctions et de dynamiser leurs carrières. La fonction de développement, ou bien de nouvelles fonctions, par exemple en termes de support ou d'animation nationale des fonctions informatiques des organismes des réseaux (cf. infra) pourraient ainsi être utilement renforcées. Cette opération demandera un accompagnement important aussi bien en termes de mobilité géographique, qui ne pourrait se faire que sur la base du volontariat, que de mobilité fonctionnelle.

Réponse de l'organisme : *La mission estime que l'utilisation pourrait être optimisée en réduisant le nombre d'implantations géographiques. Suite aux recommandations de la mission, des études ont été engagées. La mission estime qu'une telle évolution permettrait de redéployer une partie des personnels en fonction des besoins et des priorités et serait pour les agents l'occasion d'occuper de nouvelles fonctions. Sur la base des expériences passées et du recensement des compétences, la faisabilité de reconversion des métiers de la production vers ceux de la fabrication et du développement doit être largement nuancée.*

Observation de la mission : *Vu.*

1.2.2. Un recours à la sous-traitance qui pourrait encore progresser sur certaines activités

- [892] Les chiffres de l'année 2008 indiquent, selon une étude de la CNAMTS, que 81% de la charge a été supportée par les équipes de la DDSI, tandis que 17% a été externalisée. Lorsque le périmètre est restreint à ce que la CNAMTS appelle le « cœur de fabrication ⁵²», qui regroupe les fonctions d'ingénierie, de conception et de développement, les ratios passent réciproquement à 65 et 31%.
- [893] La sous-traitance est donc la plus importante sur les thèmes les plus stratégiques. Cette question recouvre plusieurs enjeux fondamentaux pour l'avenir des SI. D'une part l'équilibre entre ces deux modes de développement détermine largement le portefeuille de projets que la DDSI peut conduire simultanément. D'autre part, de cette répartition découle également la capacité de la CNAMTS à garder la maîtrise stratégique, technique et fonctionnelle de ses propres systèmes d'information.

⁵² Le cœur de fabrication regroupe les missions de la direction assistance et relation métier (DARM), la direction édition et gestion des composants (DEGC), la direction informationnel et aide au pilotage (DIAP), et la direction ingénierie et infrastructures (D2I).

Tableau 100 : Répartition des charges globales entre activités réalisées en interne, déléguées et externalisées, en ETP en 2008

	DDSI		« Cœur de fabrication »	
	Nb d'ETP	%	Nombre d'ETP	%
Total interne	849	80%	358	65%
Total délégué	16	2%	15	3%
Total externe	184	17%	169	31%
Total	1 049	99%	542	99%
Hors DDSI	10	1%	7	1%
Total	1 059	100%	549	100%

Source : CNAMTS, DDSI

[894] Le recours à la sous-traitance doit être envisagé à l'aune des ressources considérées comme critiques et à conserver en interne. Il doit être organisé de sorte que grâce au transfert de compétences l'externalisation soit toujours réversible.

[895] La DDSI a indiqué à la mission qu'elle estimait aujourd'hui avoir atteint sa capacité maximale de sous-traitance. La mission n'est pas en mesure de porter un jugement sur cette affirmation. Néanmoins un ratio de 31% d'externalisation sur le « cœur de fabrication » semble indiquer que le maximum est effectivement proche. Toutefois, si l'on considère l'ensemble de l'activité une progression de l'externalisation est encore possible sur des activités moins critiques, par exemple le support aux utilisateurs.

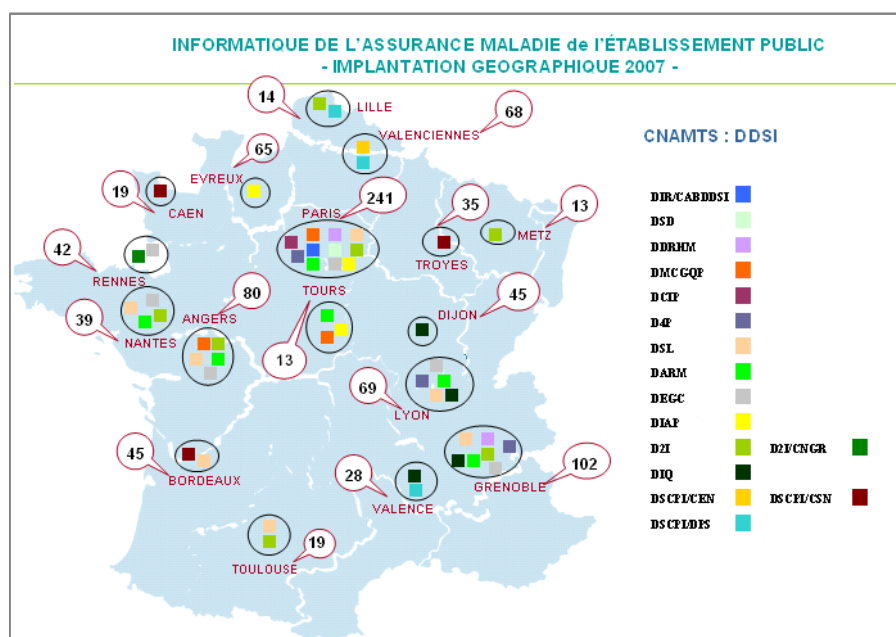
Réponse de l'organisme : *La mission estime que la DDSI est près d'atteindre sa capacité maximale de recours à la sous-traitance mais qu'une progression de l'externalisation est encore possible sur des activités comme le support aux utilisateurs. Le recours à ce niveau d'importance à la sous-traitance informatique est relativement récent au sein de l'Assurance Maladie (3-4 ans) Le constat que le seuil maximum de sous-traitance absorbable a été atteint vaut essentiellement pour les activités de développement dont le taux d'externalisation est de 50%. Il est par ailleurs lié à une montée en charge progressive des compétences nécessaires au pilotage des prestations tierces et de la pratique des techniques contractuelles adaptées. Ce taux augmente donc régulièrement ainsi que la maîtrise des prestations externalisées.*

Observation de la mission : Vu.

1.2.3. L'éclatement territorial de la DDSI impose une réorganisation profonde

[896] La DDSI est structurée autour de 17 sites, les deux plus importants étant ceux de Paris (241 agents) et Grenoble (102 agents). Sur les autres sites, le nombre d'agents DDSI varie entre 80 (Angers) et 13 (Metz). 80 % des personnels sont aujourd'hui positionnés au sein des sites régionaux.

Schéma 1 : Organisation territoriale de la DDSI



Source : CNAMTS, DDSI

- [897] Une telle organisation complique le management. Cette organisation est le produit de évolutions historique de la fonction SI de la branche maladie. Elle ne répond pas à une logique fonctionnelle car la dissémination des projets et des fonctions entre différents sites génère des coûts de coordination élevés et freine l'appropriation de méthodes homogènes de conduite et de suivi des projets. Cet éclatement est un déterminant essentiel de la difficulté qu'éprouve la DDSI à faire progresser ses méthodes de travail.
- [898] Aux yeux de la mission ce chantier est prioritaire. Il crée une occasion importante pour introduire dans les faits les évolutions décidées au niveau national et faire évoluer les pratiques qui sont jusque là restées les mêmes. Il est certain que la rationalisation de cette organisation rendra le pilotage plus facile tout en permettant une plus grande efficacité des moyens mobilisés, en réduisant les coûts de coordination et les éventuelles redondances notamment en ce qui concerne les fonctions supports (gestion administrative, logistique, immobilier....).
- [899] La mission tient néanmoins à souligner que l'articulation entre la réorganisation territoriale et la mise en œuvre des différents chantiers, fonctionnels, logiciel ou techniques est un point critique. En effet, il faut prendre soin de mettre en œuvre cette réorganisation de sorte qu'elle ne déstabilise pas les équipes mobilisées sur les projets les plus importants et qui se situent à des phases critiques de leur cycle de vie.

1.3. Des développements locaux importants et non coordonnés

- [900] Dans toutes les caisses visitées la mission a pu observer qu'il existait des équipes informatiques. Si les moyens consacrés sont peu importants au regard de ceux qui sont engagés sur les autres fonctions des caisses (service des prestations voire même régulation), dans certaines ils peuvent être assez importants et comprendre plusieurs dizaines de personnes. Au total, tous réseaux confondus la fonction informatique occupait plus de 1 800 ETP dans les organismes locaux en 2008.

Tableau 101 : ETP de la fonction informatique dans les organismes locaux en 2008

	ETP en 2008
CPAM	1 487
DRSM	160
URCAM	6
CRAM	173
Total	1 826

Source : CNAMTS, DDO et DDSI

- [901] Il ne fait pas de doute que chaque caisse doit disposer d'une fonction informatique pour le support et les interventions de premier niveau, gérer le parc, et réaliser si besoin quelques développements locaux. Mais la mission a fait le constat d'une multiplicité des développements sans réflexion quant à la cohérence d'ensemble et à l'optimisation des moyens.
- [902] Les applications développées localement sont très nombreuses (probablement plusieurs centaines). Il est normal et souhaitable que les caisses puissent combler les lacunes de SI nationaux qui ne pourront assurer une couverture exhaustive des besoins des organismes. Mais ces développements se font en l'absence quasi totale de pilotage national. Ce qui est très dommageable pour la cohérence des développements et des choix techniques qui sont faits. En outre l'absence de cartographie des applications locales conduit à multiplier inutilement des développements qui sont souvent redondants.

Réponse de l'organisme : *La mission estime que de très nombreuses applications sont développées localement quasiment sans pilotage national et que l'absence de cartographie des applications locales conduit à multiplier inutilement des développements souvent redondants. En 2008, la CNAMTS a organisé un recensement exhaustif des applications développées au sein du réseau afin d'une part, de s'assurer de la cohérence générale de ces dernières vis-à-vis de l'informatique nationale et d'autre part, de valider la conformité réglementaire (déclaration CNIL) et technique des applications développées. Ce travail de rationalisation est en cours de réalisation. La politique nationale en matière de développement d'applications locales a été communiquée au réseau : une lettre réseau a fait l'objet d'une parution en septembre 2009 afin de préciser les principes à suivre en matière de développement au niveau local soit : 1/compléter l'offre nationale par des outils proches des préoccupations locales, 2/s'assurer qu'ils sont réalisés conformément aux exigences techniques et sécuritaires de la branche, 3/contrôler le respect des obligations réglementaires au niveau local : CNIL, certification des comptes de l'organisme. Cette approche permet d'utiliser des ressources disponibles dans les organismes, de mutualiser leur production pour l'ensemble du réseau, et de garantir le respect des normes techniques retenues pour le système d'information de la branche.*

Observation de la mission : *La réalité des développements locaux et de leur articulation avec les priorités nationales ne correspond pas totalement aux critères et objectifs mentionnés par la caisse nationale dans sa réponse.*

- [903] La DDSI a entrepris de renforcer le pilotage national. Elle a mis en place un dispositif de labellisation intéressant qui est cependant perfectible. Certaines applications locales peuvent ainsi obtenir, à la demande des caisses qui en sont à l'origine, une reconnaissance nationale qui présente un triple avantage. En premier lieu elle améliore la connaissance par la CNAMTS des développements locaux. En deuxième lieu elle permet au niveau national de s'assurer de la compatibilité de ces développements avec ses choix techniques et fonctionnels. En troisième lieu, elle offre aux organismes à la recherche d'une réponse informatique à leurs besoins un catalogue d'applications pour lesquelles sont garantis un niveau de qualité et la conformité aux standards nationaux.

[904] Cependant dans le schéma actuel la labellisation implique pour la caisse demandeuse de faire prendre en charge le support de l'application par l'équipe de développement. Or la caisse à l'origine d'un développement n'a pas forcément l'intention de consacrer une partie de ses moyens à la fourniture d'un service national, qui nécessite des moyens plus importants que le seul support local. Aussi la question de la prise en charge du support mérite une réflexion. En lien avec la réorganisation de la fonction production et les possibilités de redéploiement de moyens qu'elle devrait permettre, on pourrait imaginer, que moyennant un transfert de compétence, un pôle national prenne le relais des caisses une fois les applications labellisées.

Réponse de l'organisme : *La mission suggère qu'un pôle national prenne le relais des caisses une fois les applications labellisées. Dans le cadre de la labellisation d'une application locale, seul le support fonctionnel est assuré par la caisse demandeuse. En effet, le support technique de l'applicatif labellisé est à la charge des services techniques de la DDSI.*

Observation de la mission : *Le support fonctionnel pourrait aussi être réalisé au niveau national.*

[905] En outre, comme la mission l'a déjà évoqué dans l'annexe relative à l'évolution de la productivité, au vu des moyens mobilisés la fonction informatique des caisses se prêterait utilement à une mutualisation régionale. Si le maintien d'un service de proximité très léger dédié aux interventions les plus courtes paraît nécessaire, toutes les autres fonctions, des interventions plus techniques (sur le réseau par exemple) jusqu'au développement d'applications locales pourraient être assumées par une équipe régionale hébergée par la caisse chef lieu de région, par exemple. Cette mutualisation trouverait un intérêt renforcé si elle concernait les autres organismes de la branche maladie du régime général.

Recommandation n°54 : Prévoir dans la prochaine COG la mutualisation de la fonction informatique au niveau régional, en laissant au niveau de chaque caisse le support de premier niveau

Recommandation n°55 : La CNAMTS devrait assurer un suivi national des développements locaux

2. UN RETARD PREOCCUPANT DES OPERATIONS DE PREPARATION DE FUSION DE CAISSES

[906] Comme la mission l'a indiqué dans l'annexe relative à l'évolution de la productivité la stratégie de la caisse nationale en matière d'organisation du réseau est fondée sur un maillage départemental. Pour atteindre cet objectif la branche conduit une opération importante de fusions juridiques de caisses, qui suppose pour être effective une préparation et une adaptation des systèmes d'informations. En effet les fusions ont un impact sur un nombre important d'applications (près de 200), dont certains du cœur de production. L'adaptation des systèmes d'information est donc un point critique pour la bonne réussite de l'opération, dont la continuité de service est un des éléments clés.

[907] Selon les éléments communiqués à la mission, la mise en place d'une structure de projet avec des moyens dédiés s'est faite assez tardivement puisqu'elle date du printemps 2009. Compte tenu de la difficulté des opérations et de leur criticité, certains opérations devant obligatoirement être réalisées au 1^{er} janvier 2010 (par exemple pour la comptabilité), on peut estimer que jusqu'en avril 2009 le caractère prioritaire de ce chantier a été sous-estimé.

Réponse de l'organisme : *La mission estime que compte tenu des difficultés d'adaptation des systèmes d'information, le caractère prioritaire du chantier « fusion des caisses » a été sous-estimé jusqu'en avril 2009. La structure organisationnelle du projet Fusion des caisses a été mise en place dès la fin de l'année 2008. Le projet a été intégré dans le portefeuille dès début 2008. Les premiers travaux d'analyse d'impacts et de définition des solutions ont ensuite été conduits. L'équipe projet s'est progressivement structurée et renforcée à partir de cette date et au fur et à mesure des avancées du projet et de l'évolution des besoins en ressources. Avant la fin Novembre 2009, les développements étaient terminés et les premières qualifications abouties permettaient de dérouler, en grandeur réelle, les simulations de fusions qui se sont déroulées au 1^{er} Janvier 2010.*

Observation de la mission : *Dont acte.*

[908] Le point d'avancement réalisé au début du mois de septembre 2009 montre que le retard initial n'a pas été rattrapé. Les points de vigilance ne sont pas levés, notamment sur, les retards dans les développements, dans les spécifications, dans les plans de test et les modes opératoires ainsi que dans la mise en place des environnements de qualification. En outre plusieurs arbitrages n'ont pas été rendus par les directions opérationnelles, qu'il s'agisse de la DDO (identifiant des CPAM) ou de la DFC, par exemple pour fixer la date du dernier mandatement.

[909] A trois mois de l'échéance, cette situation est inquiétante. Elle appelle des mesures de suivi renforcé et des actions de correction.

3. LA CNAMTS DOIT SE DOTER D'UN SCHEMA DIRECTEUR DE MOYEN/ LONG TERME

3.1. La cible fonctionnelle et technique reste à déterminer. Elle doit faire l'objet d'une étude de valeur approfondie

[910] La COG 2006-2009 prévoyait plusieurs engagements quant à l'évolution fonctionnelle des systèmes d'information de la branche maladie. La mission souligne que la convention ne peut s'en tenir à énumérer des évolutions fonctionnelles et de chantiers de réécriture d'application alors même qu'il n'y a pas de schéma directeur, qu'aucune cible fonctionnelle n'est arrêtée, et qu'aucune étude valeur n'est demandée ni disponible. Les enjeux associés à certains projets sont importants, les applications concernées sont critiques et certains chantiers sont de très grande ampleur.

Réponse de l'organisme : *La mission estime que la cible fonctionnelle et technique reste à déterminer et qu'elle doit faire l'objet d'une étude de valeur approfondie. Le Schéma Directeur des Systèmes d'Informations de la CNAMTS a été remis officiellement en mars 2008 en la présence des représentants des directions du budget et de la sécurité sociale.*

Observation de la mission : *Cf. commentaires de la mission sur la réponse de la Caisse au paragraphe 130 du rapport de synthèse.*

[911] Ainsi, concernant la gestion des prestations en espèce la convention stipulait que « Le traitement des prestations en espèce sera refondu dans le sens d'une meilleure gestion du risque avec une instruction des dossiers en amont, s'appuyant sur l'expertise conjointe des services médicaux et administratifs, et sur la dématérialisation des pièces ». En outre la convention prévoyait un déploiement complet de l'application ainsi refondue pour la fin de l'année 2009, ce qui n'a pas été réalisé.

3.1.1. La branche maladie n'a pas déterminé la cible fonctionnelle de ses systèmes d'information

[912] Les systèmes d'information de la CNAMTS sont soumis au même titre que d'autres systèmes à des exigences fonctionnelles et technologiques nouvelles. En l'état actuel ceux de la branche maladie connaissent néanmoins deux particularités :

- des changements qui peuvent être importants et rapides, en lien avec les évolutions législatives et réglementaires, comme récemment la mise en place du parcours de soins
- un retard sur les technologies internet qui explique que le contenu des téléservices, malgré les développements récents, soit encore modeste

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

[914] La branche maladie peine à gérer cette tension. Aux dires de plusieurs responsables de la DDSI, conclusion reprise par l'audit qu'elle avait commandé en 2008, l'arbitrage aurait longtemps été en défaveur des évolutions technologiques, ce qui expliquerait le manque d'agilité du système actuel qui deviendrait difficile à maintenir (cf. infra).

Réponse de l'organisme : *La mission souligne que l'évolution des SI de la branche maladie est le résultat d'une tension entre des besoins fonctionnels et la nécessité de faire progresser l'architecture technique. Elle estime que la branche maladie peine à gérer cette tension. La difficulté à gérer la tension telle qu'elle est exprimée au paragraphe 913 est partagée par la CNAMTS et fait l'objet de décisions pour améliorer le processus de gestion du portefeuille de projet en intégrant les questions : d'évaluation de l'impact des projets, de définition des priorités, d'analyse des charges et des ressources, d'arbitrage en cas de conflits entre les projets. Une organisation adaptée à la tenue d'un dialogue de gestion responsable a été mise en place (comité stratégique informatique, comité de coordination des maîtrises d'ouvrage), complétée par un outillage (plan de charges, portefeuille de projets) qui permet à la CNAMTS de gérer aujourd'hui chaque nouveau besoin métier.*

Observation de la mission : Vu.

[915] La mission estime que deux types de difficultés doivent être traités.

[916] En premier lieu la branche éprouve des difficultés à déterminer ses priorités fonctionnelles. Les besoins exprimés par les directions métiers sont nombreux et très variés. Il faut y ajouter les demandes liées évolutions réglementaires non prévisibles et aux évolutions stratégiques portées par la CNAMTS qui occupent une part significative des moyens informatiques de la branche (cf. appendice). Par exemple concernant les hôpitaux, la convention prévoyait la construction progressive d'un dispositif de liquidation individualisé et la CNAMTS s'engageait à mettre en place la caisse pivot interlocutrice unique des hôpitaux, à accepter les flux de rétrocession médicamenteuse, les flux de facturation soin externes puis les flux de facturation concernant les séjours hospitaliers. Si la CNAMTS a avancé sur ce chantier, il suppose une coordination avec l'Etat qui de son côté a pris du retard.

[917] Les difficultés de priorisation trouvent leur illustration dans l'incapacité de la caisse nationale à produire un véritable schéma directeur. Le projet de schéma directeur établi en 2007 (et non validé par la tutelle) relève plus d'un catalogue d'actions que d'un document stratégique traçant à moyen/long termes les orientations techniques et fonctionnelles, les actions à mettre en œuvre compte tenu des moyens disponibles. Aujourd'hui, sur la base de ce document ou de ce qui a été indiqué à la mission, la cible fonctionnelle à moyen/long terme reste très imprécise.

Réponse de l'organisme : *La mission estime que les difficultés de priorisation trouvent leur illustration dans l'incapacité de la caisse nationale à produire un véritable schéma directeur. Un projet de SDSI a été fourni à la tutelle dans le but de recueillir un avis. La remise officielle du document a été effectuée en mars 2008 en présence des représentants du budget et de la sécurité sociale : un courrier du 26 septembre 2008 adressé à la CNAMTS a acté officiellement la remise du Schéma Directeur des Systèmes d'Information et a précisé qu'il ressortait de l'analyse générale du document, qu'il est en « adéquation avec la COG » notamment en ce qui concerne son chapitre 3.3 « faire évoluer le SI pour servir les objectifs stratégiques de l'assurance maladie. Les travaux de préparation d'un SDSI ont repris, dans le cadre d'une mission située à la direction générale, en vue de la prochaine convention d'objectifs et de gestion.*

Observation de la mission : Vu.

[918] En deuxième lieu, les évolutions prévues de l'architecture technique, applicative et fonctionnelle restent floues et semble-t-il mal assimilées par l'ensemble des directions métiers.

Réponse de l'organisme : *La mission estime que les évolutions prévues de l'architecture technique, applicative et fonctionnelle restent floues et semble-t-il mal assimilées par l'ensemble des directions métiers. La volonté de mettre en place une organisation apte à formaliser de façon cohérente les architectures fonctionnelles, applicative et technique, a été clairement exprimée et associée au souci de co-construction et de partage avec les maîtrises d'ouvrage. Bien entendu, il s'agit d'une action de moyen terme qui doit se synchroniser avec les évolutions « métiers ». Certaines briques de ce dispositif existent déjà dans des formats évolutifs comme l'architecture applicative ou technique. Sur un plan plus technique, l'usage du moteur de règles a été ralenti par la nécessité de mettre en place un plan de formation et d'adapter notre architecture technique à ces nouvelles technologies. Certains projets l'utilisent : @tom, RSCP, nouvelles gestions de droits.*

Observation de la mission : Vu.

3.1.2. Les arguments techniques présentés pour la réécriture de plusieurs applications critiques ne s'appuient sur aucune objectivation

[919] La CNAMTS envisage la réécriture d'une partie de ses systèmes d'information. Il est vrai que l'audit commandité par la caisse nationale en 2008 indiquait que « soumises à de fortes évolutions réglementaires dans des délais contraints et confrontées à un système peu évolutif, les équipes ont progressivement développé des pratiques qui, en retour, ont contribué à amplifier l'instabilité du système ». Selon cet audit la contrainte de délai conduit chaque acteur à accepter en entrée de son propre processus un produit de qualité insuffisante. Dans un tel mode de fonctionnement, la qualification et la recette servent régulièrement de variable d'ajustement pour le respect des délais. Enfin, il ajoutait que les taux d'incidents constatés en production se révèlent anormalement élevés et résultent directement de la qualité insuffisante des processus en amont.

Réponse de l'organisme : *La mission estime que les arguments techniques présentés pour la réécriture de plusieurs applications critiques ne s'appuient sur aucune objectivation, que les contraintes de délais conduisent les acteurs à accepter un produit de qualité insuffisante, que la qualification et la recette servent régulièrement de variable d'ajustement pour le respect des délais. Un travail portant sur la révision du processus de recette est actuellement en cours et poursuit deux objectifs qui sont : 1/L'optimisation des délais de réalisation des opérations de recette basée sur une meilleure coordination des intervenants, 2/L'amélioration de la qualité des opérations réalisées.*

Observation de la mission : Vu.

[920] Pour engager ces travaux de réécriture la DDSI avance donc plusieurs raisons techniques.

- [921] En premier lieu le manque « d'agilité » du système. Les évolutions législatives et réglementaires fortes et rapides seraient plus facilement assimilées et réalisées avec un système plus souple. Aujourd'hui les équipes de la CNAMTS considèrent que l'organisation technique et fonctionnelle des applications est un frein pour la mise en œuvre d'évolutions. Ce raisonnement est cohérent, mais il n'est pas possible de démontrer la rigidité des outils. En effet, seule une observation du temps de développement des évolutions permettrait d'observer cette rigidité. Les données manquent pour le faire. Si comme la DDSI l'indique les évolutions de 2004 ont été compliquées à réaliser, cette complexité est aussi la conséquence d'une réforme particulièrement importante et profonde.
- [922] En deuxième lieu l'instabilité du système. Corollaire du point précédent, toute évolution un tant soit peu importante conduirait à faire des changements difficilement maîtrisables qui seraient source de difficultés de mise en production. Là encore il n'est pas possible d'objectiver ce raisonnement en observant une évolution de l'incidentologie entre 2003 et les années qui ont suivi la réforme de 2004.
- [923] La mission ne conteste pas le raisonnement, elle regrette qu'il ne soit pas suffisamment étayé. Elle considère que ces seuls arguments ne suffisent pas à justifier la réécriture d'applications qui pour certaines d'entre elles ont à peine 10 ans. Si les travaux sont engagés pour établir les spécifications détaillées pour la réécriture iso-fonctionnelle du système central de production, dans un premier temps pour les officines (fin 2010), la mission estime que la suite des travaux devrait être conditionnée aux résultats d'une étude de valeur.

3.1.3. Des évolutions fonctionnelles qui, si elles étaient retenues, impliqueraient la mise en place d'une architecture orientée service

- [924] Parmi les évolutions fonctionnelles sur lesquelles la caisse nationale travaille, deux justifieraient une évolution de l'architecture fonctionnelle et applicative.

Réponse de l'organisme : *La COG 2006-2009 prévoyait que la branche maladie définisse pour 2007 son système de tarification cible. La mission estime que le document arrêtant cette cible n'est toujours pas disponible et il n'y a pas non plus d'étude de valeur. Le projet de restructuration de la tarification (@tom) a été engagé fin 2007 en coordination avec la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dans un objectif d'optimisation et de mutualisation des moyens. Ce projet fait à ce jour l'objet d'analyses complémentaires.*

Observation de la mission : *Vu.*

3.1.3.1. La refonte de la tarification et l'évolution du poste du professionnel de santé

- [925] La COG 2006-2009 prévoyait que la branche maladie définisse pour 2007 son système de tarification cible. Aucun document arrêtant cette cible n'est aujourd'hui disponible. En outre, aucune étude de valeur n'est disponible pour ce projet.
- [926] La réécriture de certaines applications est une étape permettant des évolutions fonctionnelles. En effet, à l'heure actuelle les règles de tarification⁵³ sont implémentées sur le poste des professionnels de santé et diffusées par l'intermédiaire des éditeurs de logiciels. Cette situation ralentit le temps de diffusion et pose des difficultés de maîtrise des évolutions pour la CNAMTS. qui peut se retrouver avec des flux de qualité inégale. En outre, facturation et tarification sont aujourd'hui exécutées aussi bien par le système d'information du prestataire de soins que par le système de production du régime général d'assurance maladie. Enfin, il y a un enjeu de convergence avec les autres régimes d'assurance maladie obligatoire qui sont confrontés aux mêmes problématiques et dont les règles de gestion sont très proches.

⁵³ Ici la tarification regroupe l'identification, la facturation des actes et prestations, la définition du périmètre de prise en charge, ainsi que les modalités de paiement.

- [927] L'idée de ce projet est donc schématiquement de ré-internaliser l'application ou la diffusion des règles de tarification par la mise à disposition de services internet.
- [928] Pour parvenir à cet objectif une des possibilités consisterait à offrir un nouveau service de tarification en ligne aux producteurs de soins. Cette solution entraînerait finalement l'existence de plusieurs canaux pour délivrer les services de la CNAMTS puisqu'il serait nécessaire de maintenir le dispositif de tarification existant (la fonction de tarification doit pouvoir être appelée par le professionnel via internet et en interne par le système de production pour les professionnels ne passant pas par internet). Dans un contexte multicanal, l'architecture orientée service (SOA en anglais) vers laquelle semble s'orienter la branche maladie, est de nature à offrir ces différents services tout en donnant des garanties de cohérence et de stabilité ; en l'espèce le choix architectural est donc en adéquation avec le besoin fonctionnel.
- [929] Toutefois des alternatives existent. Ainsi le service internet pourrait se limiter à une mise à disposition des postes des professionnels de santé, de manière automatique et avec une gestion des versions, des règles de tarifications. Elle répondrait à l'exigence légitime de maîtrise des flux entrants. Seules resteraient non traitées les évolutions de la tarification qui seraient structurellement importantes. Au demeurant celles-ci restent rares.
- [930] Si on peut comprendre l'intérêt de ce projet, la mission regrette que de telles alternatives n'aient pas été étudiées, et qu'aucune étude de valeur n'ait été réalisée. En outre, une telle refonte touche le cœur des applications de production. Elle serait donc d'une très grande criticité pour la branche maladie. La question de la faisabilité et des moyens nécessaires pour maîtriser cette opération est donc essentielle.

3.1.3.2. Le développement d'une offre de services « multi canal »

- [931] Le développement d'une offre de service sur internet ou via les guichets automatiques conduit à augmenter le nombre de canaux par lesquels les assurés, les professionnels de santé ou les entreprises peuvent réaliser des opérations. C'est une orientation importante aussi bien pour l'efficacité de la branche qu'en termes de service rendu.

Réponse de l'organisme : *La mission souligne que le développement d'une offre de services « multi canal » suppose une architecture orientée service. La CNAMTS organise ses choix techniques selon une logique standard de solution orientée composant (SOA) apte à garantir l'ouverture et l'agilité du système d'information.*

Observation de la mission : *Vu.*

- [932] Mais de telles fonctionnalités supposent une architecture orientée service. En effet, la délivrance de services par différents canaux est réalisable et gérable grâce à un découpage fonctionnel et technique des applications en modules. De sorte, schématiquement, qu'un module, une fonctionnalité, un service puisse être appelé quel que soit le point d'entrée (internet, plateforme téléphonique, bornes...).

Recommandation n°56 : *La prochaine COG devrait prévoir la fourniture impérative, à une échéance d'un ou deux ans, d'un schéma directeur donnant la cible fonctionnelle et technique à moyen/long terme. Ce schéma devra obtenir l'approbation de l'Etat. Dans l'attente suspendre tout lancement de nouveau projet.*

Recommandation n° 57 : *Ne pas inscrire dans la COG d'engagement sur des projets stratégiques qui ne soient soumis à une étude de valeur préalable. Fixer un seuil au-delà duquel tout projet, inscrit ou non dans la COG, devra faire l'objet d'une étude de valeur.*

Réponse de l'organisme : *La mission recommande de ne pas inscrire dans la COG d'engagement sur des projets stratégiques qui ne soient soumis à une étude de valeur préalable et de fixer un seuil au-delà duquel tout projet, inscrit ou non dans la COG, devra faire l'objet d'une étude de valeur. Sous l'égide de la mission achats du SG, les projets stratégiques soumis aux commissions des marchés doivent produire une analyse de la valeur et des risques avec la méthode MAREVA, préconisée par le ministère du Budget.*

Observation de la mission : Vu.

3.2. *La mise en œuvre de DIADEME représente un progrès important, mais des efforts sont encore nécessaire pour en tirer pleinement parti*

[933] Compte tenu de l'importance des flux papier qui sont traités par les CPAM mais aussi par le service médical, la numérisation des documents et l'automatisation du traitement est un enjeu d'efficacité et d'efficience pour la branche maladie. L'application DIADEME en cours de déploiement est une réponse à ces enjeux.

[934] La version 1 de DIADEME offre les fonctionnalités suivantes : acquisition des courriers entrants (processus IJ AS, IJ AT, reconnaissance de la matérialité AT°), numérisation, typage et indexation, distribution automatique en corbeille pour traitement, recherche et consultation de documents, gestion des droits d'accès pour le service médical et les CPAM

[935] Les avantages de cette application sont les suivants :

- un « temps d'acquisition » du document moins important puisqu'une partie sinon la totalité de la feuille d'un flux papier à fait l'objet d'une reconnaissance automatique
- Une circulation des pièces facilitée,
- Une indexation des documents simplifiant leur exploitation pour les phases de liquidation mais aussi dans le cadre des opérations de contrôle par exemple.

Réponse de l'organisme : *Concernant la mise en œuvre de DIADEME, la mission estime que les gains en termes d'efficacité et de productivité n'ont pas encore été quantifiés et que plusieurs freins devraient les limiter. Le projet DIADEME a fait l'objet d'une étude de valeur en 2006 ce qui a permis d'en apprécier les gains espérés. Par ailleurs, la phase préparatoire au déploiement et les premières expérimentations qui sont réalisées sur l'outil DIADEME ont pour objet d'opérer des ajustements sur l'applicatif pour répondre au mieux à des objectifs d'efficacité et de productivité.*

Observation de la mission : Vu.

[936] Les gains en termes d'efficacité et de productivité n'ont pas encore été quantifiés par les caisses qui disposent de l'outil. On peut penser qu'ils seront significatifs. Cependant plusieurs freins devraient les limiter :

- L'acquisition automatique des documents est rarement complète. Si un document a été renseigné de manières manuscrite ou dactylographié, y compris pour ceux qui ont fait l'objet d'un typage, le logiciel reconnaît tout ou seulement une partie des informations. Il y a toujours une phase de vidéocodage au cours de laquelle l'opérateur complète ou corrige le résultat de l'opération de numérisation,
- L'indexation ne semble pas encore fiable. Les opérations d'indexation déterminent en particulier le routage vers les différentes corbeilles, mais aussi la capacité des caisses à retrouver facilement le document pour réaliser des opérations de contrôle par exemple. Cette indexation pose encore des problèmes qui obligent les caisses à vérifier toutes les indexations.

[937] La version 2 de DIADEME déployée dans une dizaine de sites pilotes offrira aux caisses une plus grande souplesse dans l'organisation des flux de données. En outre, les protocoles de soins seront dématérialisés après traitement de façon à pouvoir notamment les restituer aux médecins via le portail internet. La généralisation de cette version devrait s'achever en 2010.

[938] Par ailleurs plusieurs évolutions devraient être envisagées pour profiter pleinement des possibilités offertes par l'outil. En premier lieu l'élargissement du périmètre au traitement des dossiers CMU présenterait certainement des avantages compte tenu du nombre de documents et des modalités de traitement. En deuxième lieu un interfaçage avec les systèmes de production permettrait de réduire encore le nombre d'opérations de traitement nécessaires.

3.3. *Un plan de travail qui laisse peu de place à des évolutions parfois modestes dont les gains seraient pourtant rapides et significatifs, en matière de contrôle, d'efficience et de liquidation médico administrative*

3.3.1. L'interfaçage des systèmes d'information n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante malgré les gains de productivité rapides qu'il permettrait

[939] Le développement des nouveaux services se fait jusqu'à présent sans connexion avec les systèmes d'information de production, de sorte qu'aucun bénéfice n'en est tiré en termes de productivité.

Réponse de l'organisme : *La mission estime que l'interfaçage des systèmes d'information n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante malgré les gains de productivité rapides qu'il permettrait. La logique qui a préfiguré à tous les projets ayant vocation de mettre en place des services en ligne (dématérialisation ou nouveaux services) consiste, dans une première phase, à mettre rapidement à disposition des utilisateurs concernés les services développés, et à envisager leur intégration aux systèmes de production dans une seconde phase*

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

[940] En particulier la mission s'étonne que des développements, rapides et probablement peu importants, n'aient pas été entrepris plus tôt pour articuler les processus de dématérialisation et les systèmes de production. Il en est ainsi de :

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

3.3.2. Les fonctionnalités de contrôle a priori sont limitées

[941] Jusqu'à présent la plupart des contrôles effectués par les caisses sont réalisés à posteriori à l'aide de requêtes. Les détections génèrent alors des indus dont le recouvrement est souvent difficile.

[942] Le développement des contrôles a priori est donc un enjeu important pour la branche. En effet, c'est avant de liquider que le contrôle est le plus efficace. Or ce type de contrôle est assez peu répandu car les systèmes d'information ne disposent pas de toutes les fonctionnalités nécessaires. Lorsque les applications les prévoient ils sont parfois limités, en nombre ou en contenu.

[943] Ainsi il est possible de fixer des critères pour sélectionner des demandes de paiement qui font alors l'objet d'un traitement par un agent. Bien qu'il soit possible de filtrer les demandes de remboursement sur 500 critères, ce nombre est inférieur aux besoins des caisses. Les caisses sont amenées à organiser une rotation de leurs critères de contrôle, au risque de laisser passer des paiements douteux. Par ailleurs, s'il ne fait pas de doutes que les caisses doivent pouvoir adapter les critères en fonction de leur situation, il serait souhaitable de mettre en place un socle national commun.

Réponse de l'organisme : *Les fonctionnalités de contrôle a priori sont limitées. Il en est ainsi de CONDOR dont les caisses considèrent qu'une profondeur historique de 90 jours serait nécessaire. Les profondeurs historiques des applications sont conformes aux autorisations CNIL.*

Observation de la mission : *La mission préconise alors d'engager un travail avec la CNIL et le cas échéant de procéder à de nouvelles demandes d'autorisation.*

[944] Lorsque les contrôles à priori existent, ils sont parfois incomplets. Il en est ainsi de CONDOR, module d'IRIS, qui permet de détecter avant ordonnancement les doubles paiements potentiels sur une profondeur de 45 jours. Tout paiement détecté fait l'objet d'un rejet et les services du contrôle s'assurent du bon traitement de ces rejets. Malheureusement les caisses primaires considèrent qu'elles auraient besoin d'une profondeur historique d'au moins 90 jours. En outre, CONDOR ne permet pas de détecter les doubles paiements intervenant dans la même journée.

3.3.3. Les liaisons médico-administratives ne sont pas organisées dans les systèmes d'information

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

[946] Ses enjeux sont donc importants. L'efficacité du service s'en trouverait améliorée en facilitant notamment les contrôles que pourraient réaliser les caisses à partir des éléments transmis par l'échelon médical. L'efficacité serait accrue si ces échanges étaient dématérialisés et automatisés, limitant les ressaisies des opérateurs en charge des opérations de liquidation ou de gestion des bénéficiaires.

[947] Or jusqu'à présent les systèmes d'information administratif et médical sont demeurés parfaitement cloisonnés. Si le besoin existe, il n'y est répondu que par des échanges papiers ou au mieux des courriels.

[948] Sans aller vers une fusion des systèmes d'information qui ne ferait pas sens et poserait d'évidents problèmes de confidentialité des données médicales, il serait à tout le moins possible d'organiser des échanges de données informatisés, simple version dématérialisée des flux papiers, avec intégration dans les systèmes de production.

[949] Ces trois problématiques semblent avoir été prises en compte dans les projets de refonte, qu'il s'agisse d'IRIS ou de PROGRES-PE, mais leur mise en œuvre ne devrait pas intervenir avant plusieurs années. La mission estime donc justifié d'étudier la mise en place de solutions temporaires.

Recommandation n° 58 : Prévoir dans la COG un engagement de la CNAMTS à fournir à une échéance d'un an des solutions pour compléter et perfectionner les outils actuels en matière d'interfaçage, de contrôle et de liaisons médico-administrative.

4. LE PLAN DE CONTINUITÉ DES ACTIVITÉS DOIT ÊTRE ACHEVÉ

- [950] Les systèmes d'information jouent un rôle vital pour l'activité de la branche. Qu'il s'agisse du service des prestations ou de la régulation, l'indisponibilité des applications et outils informatiques conduirait à la paralysie de la branche maladie qui ne serait plus en mesure de faire face à ses responsabilités.
- [951] La branche se doit donc de garantir la disponibilité de son système d'information afin de rendre un service de qualité aux assurés et bénéficiaires, aux professionnels de santé, aux établissements de soins, aux tutelles et d'une façon plus générale, à tous ses partenaires. Or le changement d'architecture technique avec le passage sous UNIX de l'ensemble des serveurs devait entraîner une évolution des plans de continuité conçus pour des architectures main frames.
- [952] La mission n'était pas en mesure de réaliser une analyse détaillée des dispositifs de continuité d'activité, d'autant que la Cour des comptes a inclus ce thème dans ses propres investigations. Néanmoins, elle a jugé utile de faire figurer quelques éléments particulièrement saillants en s'appuyant pour cela sur l'audit réalisé en 2008 par le cabinet Ernst & Young pour le compte de la caisse nationale. Elle a demandé à cette dernière de faire un point sur la mise en œuvre des recommandations formulées lors de cet audit
- [953] L'audit qui s'est achevé en 2008 concluait à une protection insuffisante face aux risques suivants :
- Rupture de l'acquisition et de la distribution aux régions des flux externes (feuilles de soins électroniques, factures « cliniques privées », etc.),
 - Indisponibilité du système d'information national à une échelle régionale,
 - Isolement de la moitié des organismes de la branche,
 - Indisponibilité des services télématiques grand public (ex : webmedecin),
 - Arrêt de l'édition,
 - Indisponibilité de la moitié des boîtes aux lettres électroniques
 - Arrêt de l'activité d'un organisme local (CPAM).
- [954] Pour résoudre ces carences le rapport d'audit formulait des recommandations. La plupart d'entre elles et en particulier les plus importantes, qui visaient à réduire l'exposition aux risques, ont été mises en œuvre.
- [955] Sur les 8 recommandations formulées, deux n'ont pas encore été mises en œuvre.
- [956] Concernant le pilotage global du plan de continuité des activités, la mise en place d'un pilotage national articulé du PCA CPAM et du PCA informatique n'a pas encore été mise en œuvre. Or ce pilotage national s'avère nécessaire pour deux raisons. D'une part le PCA CPAM est entré dans une phase de déploiement nécessitant un pilotage de la Caisse Nationale afin de garantir la mutualisation des actions locales, le suivi de l'efficacité du dispositif et son évolution dans le temps. D'autre part le pilotage national permettrait une meilleure adéquation des hypothèses de travail au regard des besoins métiers.

Réponse de l'organisme : *Les travaux relatifs au PCA qui ont été entrepris par la CNAMTS ont adressé simultanément et conjointement le réseau des CPAM et les CTI : la coordination nationale des projets a été assurée par la présence d'acteurs communs. La communication de ces différents PCA est formalisée et a été réalisée. Concernant le PCA informatique, ce dernier est en phase de déploiement sur les CTI et les centres nationaux qui sont le cœur de l'activité de l'assurance maladie.*

Observation de la mission : *Vu.*

- [957] Enfin s'agissant du plan de secours informatique tous les points bloquants identifiés lors de l'audit n'ont pas encore été levés. Il s'agissait :
- D'identifier et mettre en place les responsables de sites de secours,

- De s'assurer que toutes les commandes de matériels nécessaires pour la mise en œuvre des sites de secours sont passées ;
- De réévaluer la date à laquelle le palier 1 du projet pourra être mis en œuvre, l'échéance de juin 2008 apparaissant comme peu réaliste à ce stade.

Réponse de l'organisme : *La mission estime que les points bloquants du plan de secours informatique identifiés par l'audit de 2008 n'ont pas encore été levés. A fin novembre 2009, les responsables des sites de secours ont été nommés et les matériels nécessaires à la mise en œuvre de ces derniers ont été commandés.*

Observation de la mission : *Vu.*

[958] Or le rapport d'audit préconisait que ces points soient traités le plus rapidement possible et dans le cas contraire, les chantiers du projet actuel devraient être stoppés et une approche conforme aux nouvelles hypothèses (notamment en ce qui concerne le nombre de sites de secours) devait être déployée.

Recommandation n°59 : Prévoir dans la COG un engagement sur la mise en œuvre à une échéance rapprochée de toutes les recommandations de l'audit relatif au plan de continuité des activités

5. LE ROLE DES AGENCES REGIONALES DE SANTE EN MATIERE DE GESTION DU RISQUE IMPOSE DE LEUR METTRE A DISPOSITION LES APPLICATIONS NECESSAIRES

[959] La loi du 21 juillet 2009 a confié aux agences régionales de santé (ARS) un rôle important dans la gestion du risque. Elles sont en effet chargées d'élaborer un plan pluriannuel régional de gestion du risque. Même si ce travail est fait en concertation avec le représentant régional de l'assurance maladie, les futures agences doivent pouvoir disposer des informations nécessaires pour conduire leurs propres analyses.

[960] Pour cela la branche maladie doit leur donner un accès aux applications ou leur mettre à disposition par d'autres moyens les données les plus importantes. L'accès aux applications supposera que les agents des ARS soient dûment formés à l'utilisation des outils. Un groupe de travail a été constitué sous l'égide du secrétariat général des ministères sociaux pour énumérer les besoins des ARS. La future COG devra prévoir les engagements de la branche dans la mise à disposition de ces outils.

Recommandation n°60 : Prévoir dans la future COG des engagements concernant la mise à disposition des applications nécessaires au travail des ARS, conformément aux préconisations et conclusions du groupe de travail constitué sur le sujet

Annexe 4-3-1 : Répartition des moyens entre les principaux chantiers informatiques

Tableau 102 : Répartition des moyens entre les principaux chantiers en 2008

Chantiers/activité	ETP (200 jours/homme) DDSI et Hors DDSI	
	Nb d'ETP	%
Hopital (T2A, CIFU, UCD, CIP13, SPHEV)	40	13%
Vitale 2	29	10%
Maintenance SI Production	24	8%
Mon compte client PS	22	7%
Mon compte client assuré	15	5%
Accompagnement patients diabétiques	14	5%
Protocole de soins en ligne	13	4%
Maintenance système RH réseau	12	4%
Automatisation reporting AM	11	4%
Nouvelle gestion des droits	11	4%
SNIRAM Migration et refonte	11	4%
Référentiel offre de soins	10	3%
Gestion clés de chiffrement	8	3%
Maintenance systèmes RP	8	3%
Maintenance sécurité	8	3%
Fonction socle téléservices	8	3%
Scapin	7	2%
Maintenance système informatique IR	7	2%
Dématérialisation DSIJ	7	2%
Référentiel individus	7	2%
Médialogog V2	7	2%
Maintenance SI finances comptabilité	7	2%
Franchises	7	2%
Rénovation 2003 (terminé en 2008)	6	2%
Restructuration tarification PN	6	2%
Total	305	100%

Source : CNAMTS, DDSI

Annexe 4.4 : La fonction d'audit interne

- [961] Les dispositifs de contrôle interne et d'audit interne sont des outils essentiels pour le pilotage de la branche. Ils permettent en effet de donner, ou non, une assurance raisonnable, quant à la maîtrise des risques qui pèsent sur la branche.
- [962] La mise en place d'un dispositif de contrôle interne est d'ailleurs une obligation réglementaire pour l'ensemble des branches du régime général. L'article D 122-7 du code de la sécurité sociale dispose en effet que « sous réserve de leur compétence respective, le directeur et l'agent comptable conçoivent et mettent en place, en commun, un dispositif de contrôle interne respectant les préconisations de l'organisme national et permettant de maîtriser les risques, notamment financiers, directs et indirects, inhérents aux missions confiées aux organismes de sécurité sociale ».
- [963] La mission n'a pas analysé de manière approfondie l'organisation et la mise en œuvre du contrôle interne, mais s'est intéressée au fonctionnement des structures d'audit interne. Rappelons ici que les services d'audit interne ont précisément pour mission de donner un avis, et des recommandations, sur les procédures de contrôle interne et leur mise en œuvre par les services.

1. LE DISPOSITIF DE CONTROLE INTERNE DEJA LARGEMENT DEVELOPPE DEVRAIT ETRE COMPLETE

- [964] Le dispositif de contrôle interne est déjà largement développé au sein des réseaux. Principal outil, les plans de maîtrise sociale, au nombre de 32, couvrent dorénavant très largement l'activité des caisses et devraient être tous déployés dans toutes les caisses d'ici la fin de l'année 2010 pour les derniers d'entre eux.
- [965] Les plans de maîtrise sociale ont une double logique. Il s'agit de normaliser le processus. Il s'agit aussi d'identifier, pour chacun de ces processus, les risques potentiels et les moyens pour les équipes des organismes de les réduire voire de les supprimer. C'est un outil au service des équipes des organismes pour maîtriser leurs activités.
- [966] Des activités importantes restent néanmoins dépourvues de PMS :
- l'action sanitaire et sociale qui regroupe les aides à l'accès aux soins, au maintien à domicile, et les subventions aux associations.
 - la gestion du risque,
 - la gestion immobilière,
 - la sécurité des systèmes d'informations.

Réponse de l'organisme : *La mission estime que le dispositif de contrôle interne devrait être complété et que des activités importantes restent dépourvues de PMS : gestion du risque, gestion immobilière, action sanitaire et sociale, sécurité des systèmes d'information. La sécurité du système d'information (SSI) ne fait effectivement pas l'objet d'un PMS. Cependant, les organismes doivent mettre en place des mesures et des indicateurs SSI depuis 2007, qui font l'objet d'un diagnostic annuel. Un premier diagnostic vient d'être réalisé sur le périmètre de l'établissement public national.*

Observation de la mission : Vu.

- [967] En outre, cette démarche n'a pas été conduite pour l'établissement public national.

Recommandation n°61 : Etendre les PMS à tous les macroprocessus en y intégrant les directions de l'établissement public.

Réponse de l'organisme : *Depuis septembre 2009, les travaux du SG relatifs aux objectifs de l'EPN, à la mise en œuvre de la politique SSI, ou à la cartographie des risques, ont vocation à être consolidés au sein de familles de risques et faire l'objet de PMS pour l'EPN. Un recensement des processus est prévu dans le plan d'actions 2010 de la mission organisation.*

Observation de la mission : Vu.

2. UNE FONCTION DE GESTION DES RISQUES DOIT ETRE MISE EN PLACE

[968] La mission a déjà souligné que les dispositifs de contrôle interne s'était largement développé grâce à la mise en place des plans de maîtrise sociale. Pour utiles qu'ils soient aux organismes ces plans ne peuvent être assimilés à une cartographie des risques.

[969] En effet, la cartographie des risques doit aboutir à un classement des risques de sorte qu'il soit possible de prioriser les actions à prendre en matière de contrôle et d'audit internes. En outre, elle suppose de disposer d'une vision consolidée au niveau national pour permettre à la CNAMTS de connaître les risques qui pèsent sur l'ensemble de la branche.

[970] La cartographie des risques est donc la pierre angulaire de tout dispositif d'audit interne et de contrôle interne. Elle est habituellement réalisée sur l'ensemble de l'activité par les directions opérationnelles ou en lien très étroit avec elles.

Réponse de l'organisme : *La mission estime que la cartographie des risques qui lui a été fournie ne couvre pas l'intégralité des activités des organismes locaux et ne comprend pas l'établissement public national. Une extension de la cartographie des risques à l'Etablissement Public est prévue. Une première étude a été réalisée par le Secrétariat Général à l'occasion du plan de continuité d'activité relatif à la pandémie A/H1N1.*

Observation de la mission : Vu.

[971] La cartographie des risques qui a été fournie à la mission se démarque de cette approche. D'une part le champ de la cartographie ne couvre pas l'intégralité des activités des organismes locaux, et ne comprend pas l'établissement public national. D'autre part la sélection des « risques » est en fait une extraction des principaux thèmes investigués lors des audits de structure. La cartographie des risques se trouve ainsi déterminée par le champ des audits actuels alors que ce devrait être l'inverse.

[972] Cette méthode n'est pas satisfaisante. Par ailleurs, si le service d'audit interne peut temporairement suppléer à l'absence de cartographie des risques, cela ne peut perdurer sans déresponsabiliser les directions opérationnelles et sans risquer de voir l'audit et le contrôle internes en décalage par rapport aux risques réels encourus par l'organisation. Pour ces raisons la mission estime nécessaire de mettre en place une fonction de gestionnaire des risques qui devrait être rattachée au Directeur général de la CNAMTS.

Recommandation n°62 : Organiser la fonction de gestion des risques. Engager une révision de la cartographie des risques.

Réponse de l'organisme : *La mission organisation du SG installée en juin 2009 devra piloter la gestion des risques (étude, cartographie, procédures, contrôles) pour l'ensemble de l'EPN. Ses travaux ont commencé avec l'élaboration du PCA/H1N1 et une étude des principaux processus RH.*

Observation de la mission : Vu.

3. UNE REORGANISATION PERMETTRAIT DE RENFORCER L'AUDIT INTERNE

[973] La mission tient d'abord à souligner la qualité des rapports d'audits qui ont été mis à sa disposition.

3.1. *L'audit interne, essentiellement tourné vers le réseau, réalise peu de missions sur l'établissement public national*

[974] Le bilan d'activité du service d'audit interne de la CNAMTS établissement public montre que la plupart des audits sont réalisés sur le réseau. Historiquement le service réalisait principalement des audits liés à des prises de poste. On observe depuis plusieurs années une augmentation des audits qui privilégient une approche par thématique.

[975] On pourra regretter le peu de missions réalisées sur l'établissement public en tant que tel. Si les audits thématiques ne manquent pas d'aborder la question du pilotage national, ils ne permettent pas d'avoir une vision globale de la situation d'une direction ou d'un service. C'est aux yeux de la mission une carence importante dans la planification des travaux du service d'audit interne.

3.2. *Les moyens de la fonction d'audit interne pourraient être renforcés par une organisation sur un modèle décentralisé*

[976] Les moyens mobilisés par la CNAM, y compris le recours aux cabinets et malgré l'existence d'une équipe d'auditeurs dédiés à la validation des comptes (12 personnes, cf. Infra), sont en deçà de ce que l'on peut observer dans les entreprises⁵⁴. En effet, la direction de l'audit général dispose d'une quinzaine d'auditeurs. Globalement les moyens paraissent insuffisants pour mettre en œuvre une stratégie d'audit qui suppose de reconduire les mêmes opérations tous les 5 à 6 ans.

[977] Il serait possible de mobiliser plus de moyens en réorganisant conjointement la fonction d'audit interne de la branche et la fonction d'audit qualité dans les caisses.

[978] La fonction d'audit qualité dans les caisses ferait utilement l'objet d'une mutualisation sur une base régionale. Outre la meilleure utilisation des moyens, une telle organisation permettrait à ces équipes de réaliser aussi des audits internes sur d'autres thèmes que la qualité au profit des directeurs de caisse (cf. annexe productivité), ce qu'elles ne font pas aujourd'hui. Or l'audit est un levier qui serait utile aux équipes de direction.

Réponse de l'organisme : *La mission recommande (recommandation n° 63) d'envisager la mutualisation de la fonction d'audit qualité dans les caisses, de leur confier un rôle en matière d'audit interne et de positionner la direction de l'audit général comme le service central d'audit de l'assurance maladie. Conformément aux objectifs 2009 de l'Audit Général, une lettre réseau sera publiée avant la fin de l'exercice pour recenser les différents moyens d'audit (audit interne et qualité) dont disposent les organismes locaux et annoncer la création de partenariats avec certains d'entre eux en 2010. Il s'agit d'abord d'évaluer les moyens effectivement mobilisables et de faire fonctionner des collaborations dans quelques régions, pour mieux apprécier les opportunités et modalités d'une extension à l'horizon 2011.*

Observation de la mission : Vu.

⁵⁴ Selon une enquête de l'IFACI réalisée en 2005 auprès d'un échantillon d'entreprises françaises, le nombre d'auditeurs moyen est de 2,85 pour 1 000 salariés.

[979] Il serait alors possible d'organiser la fonction d'audit interne de la branche sur un modèle décentralisé. La direction de l'audit général serait positionnée comme un audit de groupe dont le rôle serait à la fois de conduire des audits nationaux et de vérifier que l'audit de premier niveau fonctionne de manière satisfaisante de sorte que l'ensemble du dispositif soit en mesure de donner une assurance raisonnable quant aux différents risques identifiés. Les auditeurs positionnés à l'échelon régional interviendraient à la fois sur demande des directeurs de caisse et dans le cadre du plan d'audit national.

Recommandation n°63 : Envisager la mutualisation de la fonction d'audit qualité dans les caisses. Leur confier un rôle en matière d'audit interne. Positionner la Direction de l'audit général comme le service central d'audit de l'assurance maladie.

3.3. Plusieurs points doivent faire l'objet d'amélioration pour obtenir une plus grande conformité aux normes professionnelles de l'audit interne

3.3.1. Réaliser une évaluation régulière de la fonction d'audit interne

[980] Les normes internationales de l'audit interne recommandent une évaluation régulière du service d'audit. Elles proposent plusieurs possibilités pour réaliser cette évaluation :

- la vérification de la conformité aux normes internationales en matière d'audit interne. Des experts sont sollicités pour donner leur opinion
- l'audit par des pairs
- l'autoévaluation avec validation externe
- la certification soit par rapport aux normes d'audit interne, soit ISO 9001.

Réponse de l'organisme : *La mission recommande d'évaluer tous les 5 ans la fonction d'audit interne de la branche maladie. Une évaluation de la fonction d'audit sera envisagée lorsque les évolutions prévues seront stabilisées (dispositif de suivi des recommandations, association des moyens du réseau).*

Observation de la mission : *Vu.*

[981] Ces modalités n'emportent pas les mêmes conséquences, ni les mêmes contraintes. La certification est de loin la plus exigeante, mais c'est aussi celle qui présente le plus d'intérêt et dont l'impact est le plus profond. Si la mission considère que cette évaluation devrait être réalisée tous les 5 ans par exemple, elle ne souhaite pas préconiser une méthode plus qu'une autre.

Recommandation n°64 : Evaluer tous les 5 ans la fonction d'audit interne de la branche maladie

3.3.2. Compléter le dispositif de pilotage du service d'audit grâce à la mise en place d'indicateurs de qualité et d'un dispositif de suivi

[982] Parmi les outils dont disposent la direction de l'audit général pour piloter l'activité d'audit interne, la mission observe l'absence d'indicateurs de qualité et d'impact. Plusieurs indicateurs devraient être ajoutés au tableau de bord de la direction :

- pour apprécier le degré de pertinence et de faisabilité : nombre de recommandations refusées/nombre total de recommandation ;
- pour mesurer les suites données aux recommandations : nombre de recommandations non réalisées/ nombre de recommandations acceptées. Cet indicateur peut être calculé sur plusieurs périodes : 6 mois, un an... etc.
- pour apprécier le niveau de réalisation du plan d'audit et donc la couverture des risques : nombre de missions non planifiées/nombre total de missions réalisées.

Recommandation n°65 : Ajouter des indicateurs qualité au tableau de bord de la direction de l'audit général

3.3.3. Renforcer le dispositif de suivi des recommandations

[983] Un suivi des recommandations formulées dans les audits est réalisé par le comité national d'audit. Mais ce suivi est en fait limité aux recommandations de portée nationale. .

Réponse de l'organisme : *La mission recommande d'ajouter des indicateurs qualité au tableau de bord de la direction de l'audit général, d'élaborer un processus de suivi de recommandations de tous les types d'audits et de le faire figurer dans la charte d'audit. Ces recommandations correspondent à un objectif de l'audit général pour 2009. La lettre réseau, accompagnée d'une méthodologie de recensement des suites d'audit vient d'être diffusée aux organismes. Différents indicateurs seront suivis, permettant d'apprécier l'adhésion des responsables et d'effectuer une mesure des recommandations mises en œuvre.*

Observation de la mission : *Vu.*

[984] Cette vision du suivi est un peu restrictive. Si elle s'attache aux recommandations les plus importantes et dont l'impact est national, elle laisse de côté, celles qui ne concernent que certains organismes, quand bien même elles seraient importantes. Seul un dispositif de suivi permet de réagir en fonction du niveau de mise en œuvre par les services audités. Une recommandation importante ne peut être laissée sans réponse et il peut être nécessaire, dans certains cas, de programmer un nouvel audit.

Recommandation n°66 : Elaborer un processus de suivi de recommandations de tous les types audits et le faire figurer dans la charte d'audit.

3.3.4. Créer un comité d'audit conforme aux normes professionnelles

[985] La CNAMTS a mis en place un comité national d'audit. Composé du directeur général, du responsable de l'audit et des directeurs opérationnels, ainsi que des représentants de directeurs de caisse. Ce comité prend un certain nombre de décisions suite aux audits et effectue un suivi de la mise en œuvre des recommandations nationales.

[986] Au regard des normes professionnelles de l'audit interne, ce comité ne saurait être assimilé à un comité d'audit. En effet, le comité d'audit est normalement composé d'administrateurs extérieurs indépendants de la direction et chargé de vérifier, notamment, l'indépendance des auditeurs internes. Il est en quelque sorte le garant de l'objectivité des travaux de l'audit interne. Parmi ses fonctions habituelles il approuve la charte d'audit interne, examine et approuve le programme et les besoins de l'audit interne, s'assure du respect de la déontologie, analyse les évaluations des processus de gestion des risques.... C'est donc un pilier très important de la fonction d'audit.

[987] Le comité national d'audit de la caisse nationale ne remplit pas ce rôle. Son utilité n'est pas en cause mais sa composition, malgré un représentant du contrôle général économique et financier, ne le lui permet pas de jouer le rôle que les normes professionnelles lui attribuent.

Réponse de l'organisme : *La mission estime qu'au regard des normes professionnelles, le comité national d'audit de la CNAMTS, de par sa composition, ne peut être assimilé à un comité d'audit, normalement composé d'administrateurs extérieurs indépendants de la direction et chargé de vérifier l'indépendance des auditeurs internes. L'évaluation de la composition et du rôle du Comité d'Audit, réalisée par comparaison directe aux normes de l'IIAA, n'est pas pertinente au regard du mode de gouvernance de la CNAMTS. En effet, les normes traitant de la position et de l'organisation de l'audit interne sont largement calées sur le fonctionnement du gouvernement des entreprises privées, notamment celles qui sont soumises à des obligations légales, dans une logique de contrôle indépendant des propriétaires sur les dirigeants. Or, l'Audit interne s'exerce dans des organisations très diverses, possédant des statuts différents (privé, public), qui justifient que les normes soient adaptées à l'environnement dans lequel l'audit intervient, dès lors que leurs concepts essentiels sont respectés. La composition et le fonctionnement du Comité d'audit de la CNAMTS ont été définis dans le respect des principes de la profession et en cohérence avec le mode de gouvernance de l'Assurance Maladie, qui justifie le rattachement de l'ensemble du dispositif d'audit interne au directeur général. Le règlement d'organisation de la CNAMTS retrace clairement l'organisation, le rôle et les missions de l'Audit Général, dont la finalité est d'apporter au management central toutes les informations, analyses et recommandations permettant d'améliorer le fonctionnement des organisations. Par son rattachement, l'audit est indépendant des activités sur lesquelles ses missions interviennent. Il est donc parfaitement cohérent, compte tenu du cadre d'exercice et du rôle de l'audit interne, que le Comité d'Audit soit composé des principales directions de la CNAMTS et de représentants des caisses.*

Observation de la mission : *L'analyse de la mission ne porte pas sur le rattachement de la fonction d'audit interne au directeur général. Cette possibilité est ouverte par les normes professionnelles. Elle est largement pratiquée dans tous les types d'organisation. Par contre la mission considère que le comité d'audit tel qu'il existe et fonctionne au sein de la branche est source d'ambiguïtés. Si la caisse nationale a raison de rappeler que la gouvernance des entreprises cotées est largement à l'origine de la création de cette instance, la mission tient à souligner que les objectifs poursuivis sont très largement applicables à toutes les organisations, y compris les établissements publics.*

[988] La création d'un comité d'audit au sens où les normes professionnelles l'entendent devrait être envisagée. Le comité actuel serait transformé en comité de suivi.

Recommandation n°67 : *Pour la prochaine COG, envisager la création d'un comité d'audit composé de représentants de l'Etat, en particulier des directions de l'administration centrale, et de personnalités qualifiées. Le responsable de l'audit interne de la branche maladie doit être membre de ce comité. Rédiger une charte du comité d'audit énumérant ses fonctions parmi lesquelles doivent figurer l'approbation du plan d'audit, l'approbation de la charte d'audit interne, l'analyse des évaluations des processus de gestion des risques, l'analyse des rapports adressés par les auditeurs internes.*

Réponse de l'organisme : *Pour la prochaine COG, la mission recommande d'envisager la création d'un comité d'audit composé de représentants de l'Etat, en particulier des directions de l'administration centrale, et de personnalités qualifiées, le responsable de l'audit interne de la branche maladie devant être membre de ce comité, de rédiger une charte du comité d'audit énumérant ses fonctions parmi lesquelles doivent figurer l'approbation du plan d'audit, l'approbation de la charte d'audit interne, l'analyse des évaluations des processus de gestion des risques, l'analyse des rapports adressés par les auditeurs internes. La recommandation d'intégrer au Comité d'Audit un représentant d'administration centrale de l'Etat n'est pas appropriée, s'agissant d'une instance qui appartient au dispositif d'audit interne de la branche. La mission IGAS a bien noté la présence d'un représentant du contrôle général économique et financier au sein de ce Comité. Par ailleurs, les programmes et travaux de l'audit sont mis à la disposition des services de l'Etat et régulièrement communiqués dans le cadre des demandes des Corps de Contrôle. Le Comité d'Audit fonctionne en cohérence avec le rattachement de l'audit interne au directeur dans une logique axée sur des décisions d'actions de progrès et de leur suivi.*

Observation de la mission : *Cf. commentaires de la mission sur la réponse de la Caisse aux paragraphes 985, 986, 987 et 988 du tome 2.*

4. L'AUDIT LIE A LA CERTIFICATION DES COMPTES EST DETACHE DE L'AUDIT INTERNE. UNE COORDINATION EST CEPENDANT ASSUREE

4.1. *La fonction d'audit liée à la certification des comptes est assurée par la direction financière et comptable*

[989] L'article D114-4-2 du Code de sécurité sociale, qui s'applique à l'ensemble du régime général, dispose que l'agent comptable de la caisse nationale est chargé de valider les comptes des caisses du réseau en vue de la certification des comptes combinés de la branche par la Cour des comptes.

[990] Cette validation applique, en l'adaptant, la méthode suivie par les commissaires aux comptes. Elle consiste en la rédaction d'une opinion pour chaque caisse. Cette opinion est assortie d'observations communiquées à la caisse. Les opinions et observations sont rassemblées dans un rapport de validation, visé par le directeur de la caisse nationale et transmis à la Cour des comptes. La validation fait partie des objectifs inscrits dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG).

[991] La validation s'appuie sur :

- o les résultats de différents contrôles effectués sur la balance de chaque caisse,
 - o les déclarations de chaque caisse sur différents indicateurs relatifs au contrôle interne
 - o le dossier de clôture des comptes fourni par chaque caisse
 - o le questionnaire d'auto-évaluation fourni par chaque caisse
 - o le suivi des plans d'action mis en place par chaque organisme à la suite de la notification des observations relatives à l'exercice précédent
 - o les vérifications systématiques faites par l'équipe d'auditeurs sur ce dossier (demande de pièces complémentaires, contrôle de cohérence, demandes d'explications...)
 - o pour une partie des caisses chaque année, un audit sur place consacré exclusivement aux procédures comptables et aux procédures de contrôle interne sur les opérations ayant une incidence sur les comptes.

[992] Tous les organismes ne font pas l'objet d'un audit sur place. Depuis 2007, 47 audits sur place ont été réalisés. L'objectif, approuvé par la Cour des comptes, est d'auditer sur place chaque organisme une fois tous les 5 ans.

4.2. *L'articulation avec l'audit général est organisée*

[993] Dans un premier temps on observera que l'émergence de cette fonction a conduit à séparer deux types d'audit interne. Si jusqu'alors l'audit général ne prenait pas en charge les finalités comptables et financières, il aurait pu être envisagé de les lui confier.

[994] La CNAMTS a choisi au contraire de confier les audits contribuant au processus de validation des comptes à la direction des finances et de la comptabilité (DFC). Cette organisation pose évidemment question car elle conduit à séparer les finalités de l'audit interne. La mission rappelle ici que l'audit interne dans son acception internationale poursuit plusieurs objectifs :

- o L'efficience
- o L'atteinte des objectifs de l'organisation
- o La fiabilité des informations financières et comptables
- o Le respect de la réglementation, qu'elle soit interne ou externe

- [995] Ces finalités sont liées. Des problématiques comptables peuvent déboucher sur des enjeux de performance et inversement. Il faut, à partir d'un point d'entrée, être en mesure de poursuivre l'analyse sur toutes les composantes d'une question pour donner toute sa portée à un audit.
- [996] Cette organisation ne correspond pas à la pratique des entreprises privées. En outre les normes professionnelles n'envisagent pas une telle séparation. Celle-ci est plutôt la conséquence d'une organisation de la comptabilité publique fondée sur la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable.
- [997] Compte tenu des enjeux et de l'importance du champ d'investigation, il n'est toutefois pas dénué de sens de mobiliser des équipes d'audits spécialisées et aguerries aux problématiques comptables.
- [998] Dès lors que l'articulation entre les différentes missions est prévue, cette organisation peut fonctionner. Les deux services échangent leurs travaux. L'audit général peut donc donner suite à des travaux de validation des comptes en choisissant des caisses pour ses audits thématiques et faire des investigations dans les caisses où la validation a fait apparaître des dysfonctionnements graves.
- [999] Le Directeur des Finances et de la Comptabilité participe au Comité National d'Audit et aux Comités de suivi des audits de structures organisés par la direction de l'audit général. De la même manière, le plan annuel d'audit élaboré par la direction de l'audit général est discuté avec les directions de la CNAMTS dont le DFC.
- [1000] Enfin, une base de données permet aux responsables de la direction financière et comptable (DFC) et de la direction déléguée aux opérations (DDO) de consulter pour toutes les CPAM les résultats des audits du département de l'audit général.

Sommaire - Annexe 5

1. LES INDICATEURS RELATIFS A LA PREVENTION DOIVENT ETRE CLARIFIES ET MIEUX DEFINIS .	251
2. DONNER UNE DEFINITION A L'INDICATEUR TAUX DE ME	251
3. S'AGISSANT DE L'OFFRE DE SERVICE ET DE LA GESTION DE LA BRANCHE LES INDICATEURS DOIVENT ETRE CONSOLIDES.....	252
3.1. <i>Les indicateurs de délais ignorent totalement une partie des dossiers.....</i>	252
3.2. <i>Les enquêtes de satisfaction posent des problèmes de lisibilité.....</i>	252
3.3. <i>L'objectif de réduction des écarts du coût de point de performance ne fait pas sens</i>	253

Annexe 5 : Les indicateurs

- [1001] La COG 2006-2009 comprend 37 indicateurs associés à des objectifs permettant de suivre la réalisation des engagements. Elle comprend également 11 indicateurs de suivi.
- [1002] Sur la quarantaine d'indicateurs disponibles un certain nombre pose des difficultés de définition. Pour certains d'entre eux l'objectif poursuivi est imprécis tandis que pour d'autres les intitulés ne sont pas clairs. En outre, certains indicateurs de résultats ne permettent pas d'isoler la part qui est imputable à l'action de la branche maladie.

1. LES INDICATEURS RELATIFS A LA PREVENTION DOIVENT ETRE CLARIFIES ET MIEUX DEFINIS

- [1003] La COG comprend un indicateur intitulé « Nombre de médecins mobilisés individuellement par une action de l'assurance maladie dans le programme de prévention impliquant les médecins traitants, rapporté au nombre de médecins définis dans ce programme ». L'objectif fixé est de 90%.
- [1004] Il s'agit plus ici d'un indicateur de moyen que d'un indicateur de résultat. En effet, l'idée est plutôt d'apprécier le nombre de professionnels de santé qui ont été contactés et sensibilisés par l'assurance maladie sur des sujets de prévention, à travers les visites de DAM, les entretiens confraternels, les contrats ou encore les courriers. Cet indicateur ne donne pas le nombre de médecins qui ont engagé une action de prévention conformément au programme de prévention de la CNAMTS.
- [1005] Ce nombre est rapporté à une cible théorique qui est définie par la CNAMTS, 90% des médecins de la cible devant être contactés. Il permet d'approcher la couverture de l'action de la branche concernant un thème, mais il est trop dépendant de la cible dont les modalités de détermination ne sont pas fixées dans la COG. Les résultats donnés pour 2007 dans l'unique suivi annuel disponible depuis le début de la COG sont d'ailleurs supérieurs à 100%.
- [1006] L'indicateur « nombre de programmes ayant atteint les objectifs de mobilisation des médecins » (cf. indicateur précédent) présente les mêmes limites.

Recommandation n°68 : Dans la COG, encadrer la détermination de la cible et clarifier l'intitulé de ces indicateurs en remplaçant « nombre de médecins mobilisés » par « nombre de médecins visités ou contactés ».

- [1007] L'indicateur « pourcentage de personnes ayant eu au moins une fois une délivrance de benzodiazépine à demi-vie longue » devrait être accompagné d'un indicateur de moyens. En effet l'atteinte de cet objectif dépend d'abord de l'action des médecins. Il serait utile que la CNAMTS lui associe, en dehors de la COG, un indicateur de moyens qui permettrait de mesurer l'effort de la branche maladie pour mobiliser les médecins sur ce thème.

Recommandation n°69 : Adjoindre, hors COG, un indicateur de moyen sur les actions engagées par la CNAMTS pour réduire le pourcentage de personnes ayant eu au moins une fois une délivrance de benzodiazépine à demi-vie longue.

2. EN MATIERE DE GESTION DU RISQUE, LES INDICATEURS NE PERMETTENT PAS D'OBSERVER L'EFFORT PRODUIT PAR LA BRANCHE POUR CONTRIBUER AU RESULTAT

- [1008] On dénombre dans la COG seulement quatre indicateurs relatifs à la gestion du risque :

- Evolution du nombre de jours indemnisés au titre des IJ,
- Taux de substitution des génériques,
- Evolution du ratio ordonnancier bizone des médecins en ville et à l'hôpital,
- Taux de médecins modifiant leur comportement suite à des actions CNAMTS

[1009] Il s'agit d'indicateurs de résultats qui, logiquement, s'intéressent au résultat global. Ce dernier peut toutefois être la conséquence de facteurs extérieurs à l'action de l'assurance maladie, comme la situation économique. Aucun autre indicateur n'étant disponible il n'est pas possible de mesurer l'effort que la branche maladie a conduit pour contribuer à l'obtention de ces résultats.

[1010] Chacun de ces objectifs devrait être accompagné d'un indicateur de moyens de façon à être en mesure d'apprécier l'effort qui a été réalisé par la branche maladie. Il n'est pas nécessaire que ces indicateurs de moyens figurent dans la COG.

Recommandation n°70 : La CNAMTS pourrait adjoindre des indicateurs de moyens à chacun des objectifs de résultat en matière de gestion du risque

[1011] En outre, on peut s'interroger sur la pertinence de l'indicateur « taux de médecins modifiant leur comportement suite à des actions de la CNAMTS ». Cet indicateur se heurte à quelques difficultés de principe. On comprend bien le souhait de mesurer l'impact des actions de l'assurance maladie. Cependant il existe des limites réelles pour y parvenir. D'une part il faut pouvoir isoler ce qui est imputable à une action de l'assurance maladie et ce qui ne l'est pas. Quand bien même le médecin changerait de comportement, il serait difficile de savoir si c'est le résultat d'une action de l'assurance maladie ou pour une autre raison. Le savoir est important pour juger de l'efficacité des actions et pour les piloter. D'autre part comment définir la modification du comportement d'un médecin, sur quel sujet, s'apprécie-t-elle sur courte ou longue durée ? Ce sont des questions auxquelles il n'est pas répondu dans la convention d'objectif et de gestion.

Recommandation n°71 : Définir précisément l'indicateur « taux de médecins modifiant leur comportement suite à des actions de la CNAMTS » ou le supprimer.

3. S'AGISSANT DE L'OFFRE DE SERVICE ET DE LA GESTION DE LA BRANCHE LES INDICATEURS DOIVENT ETRE CONSOLIDES

3.1. *Les indicateurs de délais ignorent une partie des dossiers*

[1012] La plupart des indicateurs et objectifs en matière de qualité de service consistent à améliorer le délai de traitement pour un nombre de plus en plus important de dossiers. Il en est ainsi des délais des remboursements des FSE (90% des dossiers réglés dans un délai de 7 jours) ou des délais de versement des IJ (90% des versements de la première Ij en moins de trente jours).

[1013] Cette attention portée à une partie, il est vrai de plus en plus importante des dossiers, ne devrait pas conduire à se désintéresser totalement des autres. Ce qui est le cas aujourd'hui. On ne pourrait se satisfaire d'une situation qui s'améliorerait pour une part importante des assurés mais qui se dégraderait fortement pour une minorité. A l'heure actuelle aucune donnée n'est disponible sur une part plus ou moins importante de dossiers.

Recommandation n°72 : La CNAMTS pourrait prévoir (hors COG) un indicateur mesurant le délai de traitement pour tous les dossiers.

3.2. *Les enquêtes de satisfaction posent des problèmes de lisibilité*

[1014] L'idée de compléter cette appréciation de la qualité de service par des éléments qualitatifs et émanant directement des assurés, des professionnels de santé ou des employeurs est assurément bonne. Néanmoins aujourd'hui les indicateurs posent un certain nombre de problèmes (cf. annexe qualité de service) qu'il faut pouvoir résoudre pour garder toute leur intérêt à ces indicateurs qui sont mal compris des caisses.

Recommandation n°73 : Refondre les enquêtes de satisfaction pour les rendre plus lisibles en choisissant des questions et des indicateurs renvoyant à des leviers d'action mobilisables par les caisses

3.3. *L'objectif de réduction des écarts du coût de point de performance ne fait pas sens*

[1015] L'objectif de réduction des écarts du coût de point de performance n'est pas satisfaisant d'un point de vue méthodologique. Rappelons que le coût du point de performance rapporte le nombre de points obtenus au CPG à l'ensemble des dépenses de l'organisme. C'est un instrument qui mesure l'effort produit dans l'année par rapport à l'objectif assigné et non le niveau d'efficience atteint par la caisse.

[1016] Schématiquement, plus la performance est élevée, plus, à volume d'activité équivalent, il est difficile de progresser. Le coût du point de performance, entendu comme le coût marginal du point de performance, croît avec la performance. L'interprétation et l'utilisation des résultats données par cet indicateur n'est pas aisée. Pour ces raisons la mission le trouve peu pertinent.

Recommandation n° 74 : Refondre l'indicateur coût du point de performance

[1017] La convention d'objectif et de gestion prévoyait la refonte de l'indicateur BAP. Cette refonte n'étant pas achevée la mission n'a pas pu en prendre connaissance. A ses yeux, compte tenu de la complexité de l'activité des caisses (les inducteurs d'activités sont très différents) et de leur environnement, un indicateur de charge tel que le nombre de BAP doit être avant tout robuste, c'est-à-dire simple et incontestable. L'hypothèse de le fonder sur la démographie générale du ressort de la caisse pondérée par la structure en âge de la population pourrait être expertisée.