



Inspection générale
des affaires sociales

Evaluation de la convention d'objectifs et
de gestion 2014-2017 de la CNAMTS
- Qualité de service et organisation du réseau -

RAPPORT DEFINITIF
TOME I

Établi par

Emilie FAUCHIER-MAGNAN

Valérie SAINTOYANT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec le concours de Pierre VIDEMENT, stagiaire

- Septembre 2017 -

- N° 2017-008R -

SYNTHESE

[1] La présente mission IGAS, composée d'Emilie FAUCHIER-MAGNAN, Valérie SAINTOYANT et Pierre VIDEMENT, a évalué la convention d'objectif et de gestion qui oriente et encadre, sur la période 2014-2017, la gestion du régime général de l'assurance maladie. La régulation des activités de santé, dite « gestion du risque » a fait l'objet d'une mission distincte de l'IGAS.

[2] Le bilan, à un an de l'échéance de la COG, fait ressortir que l'assurance maladie tient la majorité de ses engagements, puisqu'à cette date plus de 80 % des actions étaient déjà réalisées et 70 % des cibles quantitatives atteintes. La trajectoire budgétaire est respectée ; les effectifs devraient diminuer au total, entre 2014 et 2017, de 5 080 ETPMA, après clause de revoyure (12 314 départs à la retraite sur la même période). En outre, l'assurance maladie a mis en œuvre des réformes majeures non prévues dans la COG : protection universelle maladie qui a permis de simplifier fortement l'accès à la couverture maladie de base ; extension du tiers-payant et adossement au régime général de la mutuelle des étudiants (LMDE). Illustrant le caractère déséquilibré du contrat, l'Etat n'était tenu que par des dispositions générales, qu'il n'a pas toutes respectées, en particulier concernant les simplifications réglementaires des indemnités journalières et de la couverture maladie universelle complémentaire. Ces simplifications sont désormais impératives, dans l'intérêt de l'usager qui continue à ne recourir que difficilement ou partiellement à certaines aides, mais aussi pour libérer les gisements de productivité liés à la plus grande automatisation des processus de traitement de ces prestations.

[3] La performance du service de base de l'assurance maladie est assurée, la période conventionnelle n'ayant été marquée, à la différence d'autres branches, ni par des crises de production, ni par des difficultés d'accueil du public. Un comité d'alerte exerce mensuellement sa vigilance sur la performance des organismes sur cinq processus clés, et un mécanisme d'entraide performant – PHARE – a été mis en place. Toutefois, l'analyse détaillée des indicateurs de qualité de service révèle des résultats contrastés, confirmant la fragilité persistante de certains processus (délai de versement des indemnités journalières, taux de décroché téléphonique, délai de traitement des dossiers de CMUC / ACS) et les écarts de performance entre caisses primaires, que la caisse nationale s'efforce de réduire.

[4] Des progrès significatifs ont été faits en parallèle en matière de relation de service. L'assurance maladie s'est en effet engagée dans la transformation numérique de son offre de service, plutôt en avance de phase par rapport aux autres branches, développant fortement au cours des dernières années les téléservices à destination des assurés et des professionnels de santé, ainsi que leur mise à disposition sur de nouveaux supports de contact (bornes multi-services, tablettes, *smartphones*). La comparaison avec d'autres opérateurs de services, réalisée avec l'appui du secrétariat général à la modernisation de l'action publique, place les résultats globaux de l'assurance maladie en matière de relation clients à la hauteur des standards du marché. Elle s'est dotée d'outils de marketing analytique et opérationnel, déployés progressivement au service du réseau. Il reste désormais à structurer les pratiques de marketing et d'écoute clients relatives aux différentes catégories d'usagers (professionnels de santé, employeurs, assurés) ; celui destiné aux employeurs devra être conçu en inter-branches, pour ne pas dupliquer la base de contact ou les services en ligne construits par l'ACOSS ou le GIP-MDS. A l'horizon de la prochaine COG, il sera ainsi possible à l'assurance maladie de s'appuyer sur une segmentation plus fine des publics, à la fois pour différencier son offre de service en fonction des besoins et des attentes des usagers et cibler de façon pertinente l'offre de rebond, notamment en matière de gestion du risque.

[5] Le recours aux démarches en ligne n'est obligatoire ni pour les assurés, ni pour les professionnels de santé et, jusqu'en 2015, l'augmentation des contacts sur les nouveaux canaux n'a pas généré en contrepartie de baisse, côté assurés, sur les canaux classiques. Dans ce contexte, la politique nationale à l'égard de l'accueil physique s'est limitée à une rénovation des espaces dédiés, laissant aux directeurs des organismes la responsabilité de l'organisation territoriale des 2000 sites. La participation aux 1000 maisons de services au public (MSAP) déployées à ce jour, sous l'égide du commissariat général à l'égalité des territoires, s'est faite au gré des dynamiques locales.

[6] La baisse significative des flux entrants sur les canaux physiques et téléphoniques, amorcée depuis 2016 (respectivement -10 % et -17 %) et accentuée au premier trimestre 2017, impose désormais à l'assurance maladie de se saisir de cette problématique. Les nouveaux besoins et attentes des publics en termes de contacts de proximité ne sont pas encore bien appréhendés par l'assurance maladie et devront faire l'objet, dès le début de la prochaine période conventionnelle, d'une étude prospective. Cette étude pourra être complétée par les travaux relatifs aux schémas départementaux d'amélioration de l'accessibilité des services publics, conduits sous l'égide des préfets et des conseils départementaux, pour alimenter un réexamen de la cartographie des implantations territoriales de l'assurance maladie. L'enjeu est de maintenir un maillage territorial des services publics mais d'en reconfigurer une partie, à l'image des MSAP, pour s'adapter au nouveau contexte. La réussite d'un tel chantier est conditionnée à une implication, sous forme d'un pacte stratégique, de toutes les parties prenantes, pour favoriser l'acceptabilité politique des décisions locales.

[7] La reconfiguration des lieux d'accueil, principalement via une mutualisation accrue avec d'autres opérateurs de services publics, ne signifie pas la disparition des contacts de proximité avec les assurés mais le renouvellement de leurs modalités et contenu. Aussi l'assurance maladie, dans différentes études, dites missions déléguées, a-t-elle esquissé la fonction de conseiller personnel ou référent, appelé à intervenir sur les dossiers complexes ou nécessitant une approche individualisée. Les demandes simples, de niveau 1, sont quant à elles traitées par les accueils ou les plateformes multiservices régionales. Ce schéma est en cours d'expérimentation pour les professionnels de santé et à l'étude pour les employeurs ; l'opportunité de son extension aux assurés mériterait d'être examinée. D'autant plus si les professionnels de santé assument à l'avenir de plus en plus, dans l'intérêt de l'assuré, la vérification des droits, le remboursement des prestations en nature (via le tiers payant) et le déclenchement des prestations en espèces, réduisant d'autant les besoins de contact des assurés sur leurs droits ou de réassurance.

[8] D'ailleurs, le lancement des plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) au cours de la dernière période conventionnelle va dans le sens d'une redéfinition partielle des métiers de contact avec les assurés, l'enjeu étant de détecter des risques de renoncement aux soins et de guider personnellement les personnes concernées vers la solution adéquate. Ces plateformes s'intègrent dans une approche plus large visant à identifier les risques de rupture de parcours, d'incompréhension et de non recours (« PLANIR »), afin ensuite de concevoir des actions appropriées, le cas échéant avec une approche populationnelle (enfants de l'aide sociale à l'enfance, jeunes suivis par les missions locales, usagers des permanences d'accès aux soins de santé). Si PFIDASS et PLANIR constituent des engagements forts de l'assurance maladie, sur un véritable enjeu en matière d'accès aux soins, leur impact est à ce jour incertain. La lutte contre le renoncement aux soins exige des interventions volontaristes sur l'offre de soins, notamment sa répartition territoriale, et l'extension du panier de soins aux soins jugés primaires, plutôt que des aides financières discrétionnaires.

[9] En outre, la conception originelle de PFIDASS, par des caisses primaires, a oblitéré le rôle du service social de l'assurance maladie, pourtant positionné sur un champ de compétence très proche. L'accompagnement des personnes âgées en sortie d'hospitalisation se caractérise par une même concurrence de fonctions et de dispositifs (PRADO et l'ARDH). Prenant acte de l'exercice par les caisses primaires de ces missions et des difficultés concomitantes du service social à s'inscrire dans un écosystème social en pleine réflexion sur sa recomposition, la mission recommande de redéfinir la mission de ces 2600 agents, en priorité sur l'accompagnement de la population active en risque de précarisation ou de désinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail. De manière plus générale, il convient de veiller à ce que les initiatives des caisses primaires ne conduisent pas l'assurance-maladie à se substituer à l'action de partenaires.

[10] Au-delà de l'enjeu de coordination entre les différentes entités de l'assurance maladie, qui concerne aussi le service médical, la mission estime indispensable d'inscrire dans la prochaine COG le partenariat comme un principe d'action, aux niveaux national et local ; organismes de protection sociale, collectivités locales, associations du domaine sanitaire et social sont autant de contributeurs potentiels à l'amélioration de l'offre de service de l'assurance maladie, en s'appuyant sur le savoir-faire et les ressources propres à chaque acteur. Ce principe peut trouver son application tant dans l'organisation de l'accueil physique de proximité ou la constitution de dossiers de demande de prestation (CMUC/ACS ou AME) que la médiation numérique, corollaire incontournable à la dématérialisation des services.

[11] Après que la fin des années 2000 a été marquée par la départementalisation des caisses primaires et la constitution des DRSM et des CARSAT, l'organisation du réseau est restée stable au cours des dernières années (à l'exception des directions de coordination de la gestion du risque). Les ambitions relativement modestes de la COG 2014-2017 se sont toutefois traduites par un chantier, TRAM, bien mené par la CNAMTS, dont les principes sont appelés à trouver des prolongements structurants dans les prochaines années. En effet, TRAM permet de conserver un équilibre dans la répartition de l'emploi sur le territoire ainsi que la capacité d'innovation et de conduite du changement des CPAM, tout en ouvrant, par une mutualisation des activités de production, la voie d'un alignement vers le haut de la qualité de service et de la productivité. Autrement dit, la mission recommande de dessiner pour chaque caisse, un schéma fonctionnel cible, à l'horizon de plusieurs années, qui comprenne à la fois ses responsabilités d'intervention de proximité et sa contribution à la production nationale avec deux ou trois macro-processus mutualisés. Cette évolution implique que les CPAM exerceront un nombre plus réduit d'activités (fin du modèle des CPAM généralistes), même si elles resteront polyvalentes, que leur relation avec la tête de réseau soit plus différenciée, et que le pilotage national et régional des processus se renforce.

[12] Au total, la mission estime que la règle de non remplacement de la moitié des agents qui partiront à la retraite, estimés à 11 323 sur la période 2018-2021, pourra être respectée, à condition que l'assurance maladie poursuive la transformation numérique à la fois de son offre de service et de ses processus de gestion ; rendre obligatoire certains téléservices, en commençant par exemple par la carte européenne d'assurance maladie et la déclaration de médecin traitant ; bénéficie des gains liés aux simplifications (réforme réglementaire et échanges automatisés de données) ; et s'engage dans une reconfiguration de l'organisation du réseau. Les projections détaillées que le service de contrôle de gestion prépare pour l'automne 2017 permettront d'assortir de cibles quantitatives les efforts en matière d'efficacité envisagés pour la prochaine COG.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
SOMMAIRE.....	7
INTRODUCTION.....	9
1 BILAN	11
1.1 Appréciation générale sur la COG (hors gestion du risque).....	11
1.2 Accès aux droits et aux soins.....	12
1.2.1 Un accès à la couverture maladie de base radicalement simplifié par la PUMA	12
1.2.2 Une promotion du recours à la CMUC et l'ACS freinée par la complexité persistante	14
1.2.3 PLANIR et PFIDASS, des engagements forts à l'impact incertain	16
1.2.4 Un pilotage national de l'accompagnement social insuffisant.....	20
1.3 Qualité de service.....	22
1.3.1 Un service socle de qualité rendu plus homogène par les mécanismes d'alerte et d'entraide.....	22
1.3.2 Une rénovation de l'accueil physique sans stratégie nationale d'implantation territoriale ..	25
1.3.3 Des téléservices et des outils de marketing développés de façon volontariste dans le cadre d'une stratégie multicanal inaboutie.....	29
1.4 Pilotage et organisation du réseau	37
1.4.1 A la recherche du bon équilibre entre pilotage centralisé et respect de la capacité d'innovation du réseau	38
1.4.2 Le décloisonnement des différents organismes du réseau : un exercice inachevé	40
1.4.3 Un approfondissement de la mutualisation conduit avec succès sur un périmètre au final restreint.....	46
1.4.4 Une dynamique régionale morcelée avec un centre de gravité toujours départemental.....	48
1.5 Budget, productivité et systèmes d'information	50
1.5.1 Des budgets prévus dans la COG respectés.....	51
1.5.2 Des gains d'efficience générés par la dématérialisation et par la PUMA.....	56
1.5.3 Un contrôle de gestion insuffisamment structuré pour accompagner les réformes	63
1.5.4 Des systèmes d'information en cours de modernisation.....	64
2 RECOMMANDATIONS	68
2.1 Offrir un service à la hauteur des exigences de la relation client	68
2.1.1 Différencier l'offre de service en fonction des profils et des attentes des usagers	69
2.1.2 Concourir à l'inclusion numérique pour pouvoir généraliser les téléservices	71

2.1.3	Anticiper la révolution de la relation de service avec les professionnels de santé et les assurés	74
2.2	Contribuer à l'accessibilité du système de soins	75
2.2.1	Ajuster le panier de soins et lutter contre les déserts médicaux plutôt que verser des aides financières discrétionnaires	76
2.2.2	Simplifier de façon radicale la demande de CMUC/ ACS.....	77
2.3	Poursuivre la trajectoire d'efficience.....	78
2.3.1	Exploiter les gains résiduels liés à la transformation numérique	79
2.3.2	Investir sur les projets informatiques de modernisation des processus et de résorption de la dette technique.....	81
2.3.3	S'engager résolument dans les démarches de simplification.....	82
2.3.4	Concrétiser les gains liés aux réorganisations.....	83
2.3.5	Respecter la règle de non-remplacement d'un agent sur deux	84
2.3.6	Renforcer le contrôle de gestion au service de l'efficience	85
2.4	Reconfigurer l'organisation territoriale en adéquation avec les missions	86
2.4.1	Réexaminer la cartographie des lieux d'accueils dans le cadre d'un pacte Etat / assurance maladie	87
2.4.2	Acter la fin des CPAM généralistes en les faisant évoluer vers des organismes de proximité et contributeurs à la production nationale.....	88
2.4.3	Repositionner le service social, prioritairement sur la population active.....	91
2.5	Faire du partenariat un principe d'action.....	93
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	97
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	99
	RESSOURCES DOCUMENTAIRES	109
	SIGLES UTILISES.....	111
	COURRIER DE REPONSE DE LA CNAMTS AU RAPPORT PROVISOIRE	129

INTRODUCTION

[13] La gestion des organismes de sécurité sociale est orientée et encadrée notamment par la signature de conventions d'objectifs et de gestion (COG) entre l'Etat et les caisses nationales. Instituées par l'ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996, elles formalisent dans un document contractuel la délégation de gestion du service public de la sécurité sociale aux organismes, en leur fixant des objectifs stratégiques et opérationnels et en déterminant l'évolution du budget de gestion administrative et du budget d'action sociale. Elles ont généralement une durée de 4 ans.

[14] L'IGAS réalise régulièrement des missions de bilan/diagnostic au cours de la dernière année des conventions, dans la perspective de leur renouvellement, afin de produire une analyse générale des résultats obtenus au regard des objectifs fixés, et faire des propositions utiles pour la négociation de la convention suivante. En 2017, cet exercice concerne les COG des organismes de sécurité sociale du régime général, qui arrivent à échéance à la fin de l'année 2017 : CNAF, CNAV, ACOSS, CNAMTS pour les risques assurance maladie et accidents du travail / maladies professionnelles.

[15] Le chef de l'IGAS a désigné Emilie FAUCHIER-MAGNAN, Valérie SAINTOYANT et Pierre VIDEMENT pour conduire la mission relative à la qualité de service et à l'organisation du réseau de l'assurance maladie. La régulation des activités de santé, dite « gestion du risque », dont une partie est déléguée par les pouvoirs publics à la CNAMTS, fait l'objet d'une mission distincte, confiée à Louis-Charles VIOSSAT, Jean-Louis REY et Julien MEJANE.

[16] Pour mémoire, la branche maladie du régime général est constituée de la caisse nationale, la CNAMTS, qui impulse la stratégie au niveau national, notamment en tant que cheffe de file des régimes obligatoires d'assurance maladie, et pilote le réseau de 102 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en métropole et de 5 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les collectivités d'outre-mer ; de 20 directions régionales du service médical (DRSM) ; de 13 unions de gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM), qui regroupent 221 établissements sanitaires et médico-sociaux ; de 16 caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) qui assurent des missions spécifiques autour de la politique de tarification et de la prévention des risques professionnels ainsi que de l'action sociale et de la gestion des retraites des travailleurs salariés ; à ce titre, ces dernières n'entrent pas dans le champ de la présente mission, à l'exception du service social. Le régime général de l'assurance maladie est le plus gros employeur de la sécurité sociale, comptant près de 80 000 collaborateurs (en ETP) dont 13700 dans les UGECAM. Une présentation détaillée de l'organisation de la branche maladie du régime général figure en annexe 3.

[17] Afin d'évaluer la COG 2014-2017, la mission a balayé l'ensemble des sujets abordés dans ce document contractuel, à l'exception des thématiques relevant de la gestion du risque traitées par la mission dédiée (fiches 4, 7, 8, 10, 11, 12, 13 et 14 de la COG). Des investigations plus approfondies ont été menées sur les thématiques de l'accès aux droits et aux soins ; de la qualité de service à l'égard des différentes catégories d'utilisateurs (assurés, professionnels de santé, employeurs) ; du budget, de la productivité et des systèmes d'information ; du pilotage et de l'organisation du réseau. A l'inverse, certains thèmes n'ont pas fait l'objet d'un ciblage par la mission, d'autres travaux étant conduits par ailleurs : UGECAM, CGSS, lutte contre la fraude, maîtrise des risques, contrôle médical pour la Cour des comptes ; récents rapports IGAS/ IGF respectivement sur la fonction immobilière et sur les échanges de données.

[18] La mission a bénéficié d'un appui du secrétariat général à la modernisation de l'action publique (SGMAP), avec le concours d'un cabinet de consultants, portant sur les systèmes d'information, une analyse de trois processus de gestion, et un benchmark en matière de qualité de service. Les *powerpoints* réalisés dans ce cadre ont nourri les analyses développées dans le présent rapport. Par ailleurs, la mission s'est articulée avec les autres travaux en cours à l'IGAS : une coordination régulière a été conduite avec les autres missions d'évaluation de COG (CNAMTS gestion du risque bien sûr, mais aussi CNAV, CNAF, ACOSS, AT-MP). Des contacts réguliers ont aussi été établis avec les missions portant respectivement sur le recours contre tiers et les indemnités journalières (missions conjointes IGAS/IGF), ainsi que sur le maintien dans l'emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle (mission IGAS).

[19] Les travaux conduits par la mission entre janvier et juin 2017 ont combiné analyse documentaire des données très riches fournies par l'assurance maladie ; entretiens au niveau national, en particulier avec l'ensemble des services de la direction déléguée aux opérations de la CNAM, ainsi qu'avec les administrations concernées (direction de la sécurité sociale, direction du budget, direction des entreprises / agence du numérique, commissariat général à l'égalité des territoires) et des acteurs associatifs nationaux (Fédération des acteurs de la solidarité, Comède, Emmaüs Connect) ; et entretiens au niveau local. La mission a réalisé huit déplacements dans trois composantes du réseau de l'assurance maladie : les caisses primaires (Essonne, Loir-et-Cher, Haute-Garonne, Nièvre et Hainaut ; sur ce dernier territoire la mission a rencontré des partenaires locaux de la CPAM : mission locale, PASS, conseil départemental, CCAS) ; le service médical (directions régionales du service médical de Midi-Pyrénées et de Normandie ; échelon local du service médical de Rouen-Elbeuf-Dieppe) ; et le service social (CARSAT de Bourgogne-Franche-Comté et d'Alsace-Moselle ; échelon local de Strasbourg). Cet échantillon n'a pas vocation à être représentatif, même si la mission a veillé à varier les tailles d'organismes et leur localisation. En revanche, ces déplacements sont sources d'illustrations concrètes de la manière dont les orientations et instructions sont mises en œuvre sur le terrain. La mission a aussi pu consulter les travaux stratégiques engagés par l'assurance maladie dans la perspective de la prochaine COG, intitulés « L'assurance maladie dans cinq ans ».

[20] Un bilan détaillé de la COG est présenté en annexe 1, pour l'ensemble des actions qui relevaient de la mission. L'annexe 2 fait une analyse critique des indicateurs de qualité de service. L'annexe 4 précise les objectifs et le contenu de la démarche de « travail en réseau de l'assurance maladie » (TRAM), chantier de mutualisation accompli sur la période conventionnelle, tandis que l'annexe 5 détaille le fonctionnement du système de management intégré (SMI).

[21] L'annexe 6 présente une analyse de trois processus de gestion (gestion de la CMUC/ ACS, gestion des indemnités journalières et affiliation/ mutation), réalisée en collaboration avec Clio LARDENOIS (SGMAP). Ces travaux, ainsi que ceux relatifs aux systèmes d'information et au *benchmark* en matière de qualité de service, ont été exploités par la mission pour nourrir les analyses au fil du rapport ; en particulier, de même que la politique de ressources humaines, la mission a appréhendé la problématique des systèmes d'information par le prisme de leur contribution à la réalisation des missions métier de l'assurance maladie.

<p>Le rapport a fait l'objet d'une procédure contradictoire. La mission a tenu compte de certaines précisions apportées par la CNAMTS à cette occasion en modifiant en conséquence le contenu du rapport. Par ailleurs, la mission a pris acte de l'absence de remarques de la DSS.</p>

1 BILAN

1.1 Appréciation générale sur la COG (hors gestion du risque)

[22] La COG 2014-2017 entre l'Etat et la CNAMTS est un document volumineux (235 pages), peu lisible du fait de ses nombreuses subdivisions en « axes » (4), « fiches techniques » (21), « objectifs » (77), actions (327) et indicateurs (environ 50). Le texte s'apparente davantage à une description « catalogue » de l'ensemble des projets de la CNAMTS, parfois de nature anecdotique ou très générale (action 2.4 : déployer les actions les plus pertinentes sur l'ensemble du territoire), qu'à un document contractuel stratégique. Les objectifs et engagements de l'Etat, faisant figure de contrepartie des actions de la CNAMTS, sont très peu développés (entre 5 et 10 lignes pour la plupart des fiches techniques) et se traduisent souvent par des formulations très générales (exemple de la fiche n°2 : l'Etat favorisera la formation et l'implication des professionnels).

[23] Des réformes importantes sont survenues entre 2014 et 2017, sans que la COG ne fasse l'objet d'avenant : réforme de la protection universelle maladie (PUMA) début 2016, extension du tiers payant, infogérance de la la mutuelle des étudiants (LMDE) par la CNAMTS depuis octobre 2015. Du fait de ces changements, une dizaine d'actions prévues en COG sont devenues désuètes et certains indicateurs ont été abandonnés sans être remplacés, rendant d'autant plus délicat le travail d'évaluation.

[24] En dépit de ses défauts formels, la COG présente un caractère très structurant au sein de l'assurance maladie. Au niveau national, différents documents programmatiques déclinent la COG : projet d'entreprise de la CNAMTS, schéma directeur des systèmes d'informations (SDSI) et schéma directeur des ressources humaines (SDRH). Au sein du réseau, les engagements nationaux (actions et indicateurs) sont fidèlement déclinés, tout en étant pondérés en fonction des priorités métiers des organismes, au sein des CPG des différentes entités du réseau (CPAM, DRSM et CARSAT) et des indicateurs d'intéressement des agents. Les CPG sont de fait perçus par les directeurs d'organisme comme un élément structurant dans l'organisation et le pilotage interne des organismes du réseau.

[25] Le suivi de la COG, réalisé annuellement par la CNAMTS et la direction de la sécurité sociale, s'apparente à une présentation par la CNAMTS des principales actions menées, tandis que les engagements de l'Etat ne sont pas suivis. Il apparaît en outre que certains indicateurs ne sont pas renseignés par la CNAMTS (par exemple le taux d'exécution des programmes du SDSI ou le taux de réitération des contacts). La dispersion du suivi de la COG entre les différentes directions de la CNAMTS y contribue sans doute.

[26] Au global, comme le font apparaître les annexes 1 et 2, la mise en oeuvre par la CNAMTS de la COG apparaît satisfaisante. En 2016, 81 % des actions prévues avaient été mises en oeuvre, et 72 % des indicateurs de résultat atteints.

1.2 Accès aux droits et aux soins

[27] Dans son premier axe (« garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins »), la COG portait des ambitions importantes en matière de simplification des démarches, d'accès aux droits ou encore d'accessibilité du système de soins¹.

1.2.1 Un accès à la couverture maladie de base radicalement simplifié par la PUMA

[28] La réforme de la protection universelle maladie (PUMA) portée par la LFSS pour 2016² et entrée en vigueur dès 2016 a rendu caduc un certain nombre d'engagements prévus dans la COG, tel l'accompagnement des assurés en fin de droit (action 1.3). La PUMA, qui parachève l'universalité de la couverture maladie de base, constitue une simplification profonde aussi bien pour l'assuré qu'en gestion pour l'assurance maladie, principalement à travers la suppression de la condition d'activité minimale et la suppression du dispositif spécifique de la CMU-B. La PUMA apporte aussi une garantie d'absence de rupture de droit, avec l'ouverture des droits sans limite de durée.

Tableau 1 : Impact de la mise en place de la protection universelle maladie sur l'affiliation et la gestion des droits assurance maladie

	Avant la PUMA	Après la PUMA (01/01/16)
Ouverture des droits	L'ouverture des droits se fait sous trois statuts : - sur critère professionnel, avec une condition d'activité minimum ; - en tant qu'ayant droit ; - à défaut, sur demande de la CMU-B, renouvelée chaque année.	L'affiliation sur critère d'activité professionnelle ou de résidence stable et régulière implique : - la suppression de la quotité d'activité minimale - la suppression de la CMU-B ; - la simplification des pièces justificatives. La notion d'ayants droits majeurs est supprimée (progressivement jusqu'en 2019).
Continuité des droits	- Ouverture de droits avec une durée limitée (un an pour la CMU-B ; 3 ans sur critère d'activité) - Campagnes annuelles de renouvellement des droits	- Ouverture de droits sans limite de durée - Fin des campagnes annuelles de renouvellement
Contrôle	Contrôle systématique dans le cadre des campagnes annuelles de renouvellement : - sur critère d'activité, s'appuyant sur les DADS - renouvellement annuel de la demande de CMU-B, et dépôt de nouvelles pièces justificatives.	Contrôle plus ciblé au moyen des échanges de données : - la régularité des titres de séjour via l'AGDREF ; - la contrôle de l'activité avec les déclarations employeurs (DADS, DSN, CESU) ; - le contrôle de résidence, avec les données DGFIP, CNAF, CNAV.
Mutations inter-régimes	La mutation inter-régime implique : - pour l'assuré, une démarche d'affiliation (formulaire et justificatifs) ; - pour le gestionnaire, un contrôle des critères d'activité et de résidence stable et régulière.	- La mutation inter-régime est un changement de situation. Aucune fermeture de droit n'a lieu tant que le régime prenant n'a pas pris le relai. - Création d'un formulaire simplifié pour les demandes de mutations.

Source : Mission IGAS

¹ En matière d'accessibilité du système de soins, la présente mission a évalué les actions relevant de la couverture du risque maladie et de la levée des obstacles financiers ; celles prévues sur la répartition des professionnels de santé, la maîtrise des tarifs de soins et la mise en œuvre du tiers-payant généralisé (fiche 4), ont été rattachées à la problématique de la gestion du risque.

² Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, ainsi que deux décrets du 30 décembre 2015 (n° 2015-1865 et n°2015-1882). Ces textes ont été codifiés aux articles L.111-2-3, L.114-10-2, L.160-1 et suivants, L.161-1 du code de la sécurité sociale.

[29] Ces simplifications et garanties ont été effectives dès 2016 pour les assurés du régime général³, même si elles sont restées peu visibles⁴. Elles contribuent toutefois grandement à la baisse très significative des contacts téléphoniques et physiques des assurés auprès des CPAM (-10 % pour l'accueil physique et -17 % sur le téléphone, en 2016 par rapport à 2015). Plusieurs opérateurs sociaux (CCAS, associations œuvrant dans le domaine de la lutte contre les exclusions) rencontrés par la mission ont confirmé que les ruptures de droit à la couverture maladie de base étaient devenues exceptionnelles.

[30] Si la question de l'accès aux droits et de la continuité des droits a donc été largement simplifiée par la PUMA, deux problématiques subsistent pour l'assurance maladie :

- L'enjeu de la simplification et de l'automatisation des mutations :
 - à ce jour, au régime général, les mutations inter-régimes restent en grande partie à l'initiative de l'assuré⁵, qui doit faire une demande de mutation (sans téléservice à ce jour), puis mettre à jour sa carte vitale. Malgré un premier degré d'automatisation par l'injection automatisée des bordereaux, le processus demeure lourd en gestion pour l'assurance-maladie, et long pour les assurés (jusqu'à un mois pour certains régimes), qui peuvent s'interroger sur la possibilité de consommer des soins au cours du processus de mutation, même si les droits sont maintenus dans les faits ;
 - les mutations intra-régime (en cas de déménagement de l'assuré) ont été partiellement automatisées durant la COG, dans le cadre du projet OPTIMA qui a connu des retards importants. La montée en charge complète d'OPTIMA reste un enjeu pour la prochaine COG.
- L'enjeu de l'accès aux droits des populations étrangères. Une garantie à la continuité des droits à la couverture maladie de base a certes été apportée par la réglementation à la suite de la PUMA⁶, avec le maintien des droits (couverture de base et CMU-C, le cas échéant) pendant une période de 12 mois après expiration du titre de séjour, et une liste de titres de séjour étendue. Pour autant, la prise en charge des frais de santé des populations étrangères, au titre de l'aide médicale d'Etat (AME) ou de la PUMA, ou en tant que ressortissant de l'Union européenne inactif reste un enjeu d'accès aux droits encore mal appréhendé par l'assurance maladie :
 - malgré les spécificités de l'accueil de ce public, aucune démarche spécifique n'a été mise en place à leur intention (parcours attentionné, action labellisée PLANIR ou accueil sur rendez-vous) ;
 - aucun objectif de qualité de service n'est dédié à ce public. Les CPAM ne proposent généralement aucune possibilité d'interprétariat. La durée d'instruction de l'AME ne fait pas partie des critères du CPG et le délai moyen d'instruction de 19 jours en 2016 cache des disparités importantes entre les CPAM (9ème décile à 40 jours de traitement ; les caisses traitant le plus grand nombre de dossiers ayant des indicateurs dégradés : 40 jours pour la CPAM de Paris et 67 jours pour la CPAM de Seine-Saint-Denis). Par ailleurs, la mutualisation du processus AME dans le cadre de TRAM a été reportée à 2018 ;

³ Notamment les LR-DDO-56/2016 sur la mise en œuvre de la PUMA, la LR-DDGOS-23/2017 sur le contrôle de résidence, LR-DDO-136/2016 pour les mutations inter-régimes.

⁴ Ceci s'explique notamment par l'absence de campagne de communication auprès du grand public sur la PUMA.

⁵ A l'exception notamment de la mutation des régimes étudiants vers la CNAM, qui est réalisée au 31 décembre à l'initiative des régimes étudiants, en l'absence de renouvellement des droits

⁶ En l'espèce, le décret n°2017-240 du 24 février 2017 relatif au contrôle des conditions permettant de bénéficier de la protection universelle maladie et l'arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R. 111-3 du code de la sécurité sociale

- la CNAMTS n'a pas impulsé de partenariat systématique et formalisé avec des associations qui défendent les droits des étrangers. Celles-ci déplorent notamment un manque de transparence sur les règles de gestion appliquées par les CPAM (par exemple sur l'exigence non réglementaire d'un RIB), par ailleurs très variables d'une CPAM à l'autre, ainsi qu'une tendance à un report de charge vers les associations pour la pré-instruction de l'AME.

1.2.2 Une promotion du recours à la CMUC et l'ACS freinée par la complexité persistante

[31] La COG portait des objectifs ambitieux en matière de recours à la CMU-C et de l'ACS⁷ : une augmentation de plus de 600 000 bénéficiaires de la CMUC (soit un taux de croissance moyen de 3,3 % par an), pour atteindre 5 millions, ainsi qu'une hausse d'environ 500 000 bénéficiaires de l'ACS (soit un taux de croissance moyen de 10,5 % par an) pour atteindre 1,6 millions. Sur la période 2014-2016, les cibles fixées sont atteintes, avec une progression sensible des bénéficiaires de la CMU-C (+12 % entre 2013 et 2016) et de l'ACS (+ 42 % entre 2013 et 2016).

[32] Cette progression importante s'explique en partie par le relèvement substantiel (+7 %) des plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS en septembre 2013, dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale⁸. Elle doit être nuancée par l'ampleur du non-recours à ces deux prestations en nature. En 2014, la DREES estimait qu'entre 8 à 10 millions de personnes étaient éligibles au dispositif, quand 5,5 millions y recourent actuellement. Le non-recours est particulièrement élevé pour l'ACS (environ 70 % en 2014), d'autant plus que 20 % des personnes qui demandent le chèque ACS ne l'utilisent pas⁹. Parmi les principaux motifs de non-recours figurent la méconnaissance du dispositif (en particulier pour l'ACS), l'ignorance de l'éligibilité, ainsi que la complexité du dispositif et à la lourdeur du dossier¹⁰.

[33] La hausse du nombre de bénéficiaires peut aussi être imputée aux actions qui ont été menées par la CNAM et les pouvoirs publics pour renforcer l'attractivité et la connaissance de l'ACS :

- La réforme de l'ACS menée par le gouvernement en 2015, si elle n'était pas prévue dans la COG, a contribué à renforcer l'attractivité du dispositif, en limitant le nombre de contrats de complémentaire santé éligibles à l'ACS, en définissant des garanties minimales et en mettant en concurrence les contrats. Ainsi, selon le fonds CMU-C, la réforme a permis de faire baisser le prix moyen des contrats de 10 %. Par ailleurs, depuis le 1er juillet 2015, les bénéficiaires de l'ACS bénéficient du tiers payant intégral.

⁷ Rappelons que les deux prestations sont identiques quant à leur formulaire de demande, à leur base ressources et à leur processus de gestion pour l'assurance-maladie.

⁸ En 2015, environ 5 % des attributions de CMU-C et 15 % des attributions de l'ACS concernaient des personnes nouvellement éligibles grâce au relèvement des plafonds, selon le rapport de l'Assemblée nationale sur l'accès aux droits sociaux, 2016. Ces données recouvrent l'ensemble des bénéficiaires (régime général, MSA, RSI).

⁹ Les personnes disposant d'un chèque mais ne l'utilisant pas ne sont pas considérées comme non-recourantes lors des calculs des taux de recours. Source de ces données : "La Cmu-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes", *Dossier de la DREES* n°7, Antoine Sireyjol, octobre 2016.

¹⁰ Sources : études quantitatives "Comment expliquer le non-recours à l'acquisition d'une complémentaire santé", n°194, février 2014, IRDES ; travaux du SGMAP sur le non-recours aux prestations sociales, 2013.

- De son côté, l'assurance maladie a mené plusieurs campagnes pour favoriser le recours à l'ACS, et dans une moindre mesure à la CMU-C. D'une part, des campagnes de communication dans les médias (radio, mobiles et internet) ont été conduites en 2016 et renouvelées en 2017, avec un impact notable sur les appels reçus et les connexions au simulateur. D'autre part, les nouveaux outils de marketing analytique OSMOSE (voir *infra*) ont permis l'envoi de 300 000 mails à partir de 2016 auprès de trois cibles : les demandeurs d'emploi, retraités et titulaires de l'AAH potentiellement éligibles à la CMUC et l'ACS (200 000 mails, environ 11 % de clics) ; les bénéficiaires de l'ACS en vue du renouvellement (80 000 mails, 25 % de clics) ; les personnes qui n'ont pas utilisé leur chèque ACS après 3 et 5 mois (25 000 mails, environ 10 % de clics).

[34] Cependant, les avancées restent trop timides pour simplifier la demande de CMU-C/ ACS et automatiser les droits.

[35] La définition extensive de la base ressources de la CMUC/ACS et le nombre élevé de pièces justificatives induit fondent largement la complexité de la prestation, comme l'illustre le rapport d'audit interne sur le processus de CMU-C en 2016. La base ressources de ces prestations répond à des règles sociales spécifiques, qui diffèrent des règles fiscales mais aussi des ressources déclarées à la CAF, ce qui génère incompréhension et omissions. A titre d'exemple, l'assuré est tenu de déclarer les libéralités versées par les tiers (par exemple les dons d'argent reçus par des proches à l'occasion d'un anniversaire).

[36] Or, l'objectif de simplification de l'examen des ressources des demandeurs de la CMU-C (1.24) n'est que très partiellement atteint par la tutelle. De légères simplifications ont certes été apportées par la LFSS pour 2017¹¹ : exclusion des revenus du capital non imposables de la base ressources ; détermination d'un gestionnaire par défaut, en l'absence de choix du demandeur. Par ailleurs, un projet de réduction du nombre de pièces justificatives à fournir (sans évolution de la base ressources, en s'appuyant sur les échanges de données inter-organisme) serait à l'étude à la DSS. Mais ces mesures semblent encore trop timides face à l'enjeu de la hausse du recours à ces prestations. Le risque de fraude doit être mis en regard de l'objectif de favoriser le recours aux soins, dans l'intérêt de l'assuré et aussi pour éviter des soins ultérieurs plus coûteux.

[37] Par ailleurs, l'automatisation de l'attribution des aides dans certaines configurations de revenus a été initiée, même si elle n'est pas encore pleinement effective, en raison d'échanges de données encore inaboutis :

- D'une part, les allocataires du RSA ont un droit automatique à la CMU-C. La pré-instruction de la CMU-C¹² lors de l'instruction du RSA par le technicien CAF a été rendue possible sur @RSA. Cependant, la montée en charge de cette instruction « croisée » entre caisses est très lente et bien inférieure aux attentes (en 2015, environ 70 000 pré-instructions, pour une estimation de 330 000 par an). Plusieurs facteurs sont invoqués par les CAF et les CPAM : des dysfonctionnements de l'outil au démarrage, des difficultés pour les CAF d'obtenir certaines informations (couverture par une complémentaire santé, identifiant CPAM, ayant droits), mais aussi une mobilisation inégale des techniciens CAF sur ce sujet ;

¹¹ Article 61 de la LFSS pour 2017, précisé par le décret n°2017-533 du 12 avril 2017 portant simplification de l'accès à la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé.

¹² La demande de CMU-C via @RSA accord un droit pour 3 mois ; si la décision d'attribution du RSA est confirmée par la CNAF, le droit est prolongée pour 9 mois.

- D'autre part, le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA a été acté par la loi n°2015-1776 du 29 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Les échanges de données avec la CNAV qui permettraient d'automatiser ce renouvellement ne sont pas encore opérationnels, ce qui implique la mise en œuvre de requêtes par les CPAM. En 2016, environ 27 000 bénéficiaires ont vu leur ACS automatiquement renouvelée, sans qu'il soit possible d'évaluer si l'ensemble de la cible concernée est atteinte.

1.2.3 PLANIR et PFIDASS, des engagements forts à l'impact incertain

1.2.3.1 PLANIR, une démarche efficacement déployée, mais dont l'impact n'a pas été mesuré à ce jour

[38] La démarche PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions, des Ruptures) trouve son origine dans la mission déléguée 13 "Assurance maladie et publics vulnérables" en 2012¹³. Trois grands types de risques ont été identifiés pour les assurés :

- le non-recours aux droits et aux soins ;
- les situations d'incompréhensions, qui peuvent conduire à un abandon des démarches ;
- les ruptures liées aux modes de fonctionnement administratifs (fin de droits, notification d'indus, versements tardifs de prestations, etc.).

[39] Afin de limiter ces risques, la mission déléguée préconisait la mise en place d'un plan d'action local, mobilisant l'ensemble des composantes du réseau assurance maladie (service administratif en CPAM, service médical en ELSM, et service social en CARSAT). Cet objectif a été repris dans la COG 2014-2017 (axe 1.2 ; fiche n°2), en accord par ailleurs avec les objectifs du plan pluriannuel contre la pauvreté.

[40] Un guide méthodologique très complet a été établi pour aider au déploiement local de PLANIR dans les CPAM, tant en matière de pilotage (mise en place d'un COPIL local réunissant CPAM, ELSM et service social), de méthode (réalisation d'un diagnostic conjoint, avec une grille d'autodiagnostic), que d'actions à mettre en place (proposition de 50 actions). A l'issue du déploiement des plans d'actions en 2013 et 2014, la CNAMTS a procédé à une appréciation de plus de mille actions remontées par les caisses. Six actions ont été retenues pour être généralisées en 2016 et 2017 :

- la mise en place d'un parcours santé jeunes (18-25 ans). Ainsi, dans le Hainaut, en partenariat avec une mission locale, les bénéficiaires de la Garantie Jeunes se voyaient proposer une séance d'information collective et un suivi de l'accès aux droits par la CPAM, une offre de bilan de santé par le centre d'examen de santé de l'assurance maladie, ainsi qu'un accompagnement par le service social si nécessaire ;
- une action vers les bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance (ASE), fondée sur un partenariat avec les conseils départementaux, afin de réduire les problématiques d'accès aux droits (à la CMUC notamment), et de favoriser les bilans de santé ;

¹³ Les missions déléguées sont des travaux conjoints menés par la caisse nationale et le réseau de l'assurance maladie, dans le cadre du CNG (voir encadré *infra*), sur des sujets stratégiques liés à la mise en œuvre du projet d'entreprise.

- la mise en place d'une ligne urgence précarité à disposition des professionnels et établissements de santé, pour les assurés se trouvant en situation d'urgence médicale sans droits à jour (cf. encadré ci-dessous sur la LUP dans le Hainaut) ;
- un partenariat avec les établissements publics de santé au profit des consultants des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), pour permettre un traitement accéléré des dossiers urgents ;
- une action vers les bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS, à travers le développement de partenariats spécifiques.

Encadré 1 : La ligne urgence précarité (LUP) dans le Hainaut

La LUP a initialement été développée par la CPAM du Hainaut en 2013. Elle a été construite pour répondre aux attentes exprimées par les professionnels de santé. Elle repose sur un contact dédié au sein de la CPAM, un traitement accéléré des dossiers urgents nécessitant un traitement des droits et un engagement de la CPAM d'une première réponse en 72H. Initialement ouvert aux médecins partenaires, ce dispositif a été élargi aux pharmaciens, aux maisons de santé pluridisciplinaires, aux PASS, aux CCAS, etc.. La mission a pu constater que la LUP était très appréciée des partenaires de la CPAM. Ainsi, la LUP a connu une rapide montée en charge dans le Hainaut : 34 signalements en 2013, environ 300 en 2014 et 900 en 2015. Début 2017, deux coordonnateurs étaient dédiés à temps plein à la gestion du dispositif.

Cette action a été labellisée dans le cadre de PLANIR et généralisée en 2016. La caisse du Hainaut a participé au groupe national présidant à la généralisation du dispositif et à la rédaction de la lettre réseau, précisant le socle d'actions obligatoires à mettre en place par la caisse, le socle optionnel ainsi que les indicateurs de suivi. Le rôle de pilote s'est poursuivi en 2016 lors de la généralisation, puisque 27 caisses ont contacté la caisse du Hainaut pour un appui à la mise en place de la LUP, témoignant des échanges de bonnes pratiques favorisés par la démarche PLANIR.

[41] La mise en place des plans locaux s'est traduite localement par un foisonnement d'initiatives (pour partie préexistantes à PLANIR) et par une appropriation variable de la démarche par les CPAM, car une grande latitude était laissée pour la déclinaison opérationnelle. Il a été plus difficile pour certaines caisses de s'approprier les dispositifs labellisés, qui ne s'inscrivaient pas toujours naturellement dans les partenariats pré-existants et dans l'organisation de la caisse. Les indicateurs de moyens prévus dans les CPG des CPAM (mise en place des actions), ainsi que l'absence de suivi par la caisse nationale n'ont pas incité les caisses à s'assurer de l'effectivité et de l'impact des dispositifs. Si des indicateurs de résultat ont été identifiés pour chaque action dans les lettres-réseaux, aucun bilan chiffré n'a été réalisé à ce jour. Un certain essoufflement de la démarche est aussi perceptible, en particulier pour le déploiement des actions CMUC/ ACS et celles relatives aux majeurs protégés fin 2016/début 2017.

[42] Par ailleurs, les écarts de pratiques entre caisses sont notables en matière de coordination. L'association du service social et du service médical, même si elle était favorisée par les indicateurs CPG, est restée limitée dans les territoires visités. De même, la coordination régionale sur la thématique de l'accès aux droits, sous l'égide des DCGDR, n'a été suivie que de peu d'effets, à l'exception d'une région visitée par la mission (Hauts-de-France), dans laquelle de réels échanges de pratiques ont été initiés.

1.2.3.2 La PFIDASS en cours de généralisation au sein des CPAM porte l'ambition forte de repositionner l'assurance-maladie sur la lutte contre le non-recours aux soins

[43] La CPAM du Gard a été à l'origine de la plateforme départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS), en partenariat avec l'équipe de recherche de l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE). Cette initiative a été expérimentée dans 21 CPAM en 2016, puis est appelée à être généralisée en trois vagues entre avril 2017 et avril 2018. L'expérimentation est née du constat d'un taux de renoncement élevé parmi les assurés fréquentant l'accueil physique de l'assurance maladie.

Encadré 2 : Le renoncement aux soins parmi les assurés se présentant à l'accueil de l'assurance-maladie

L'ODENORE a évalué le taux de renoncement aux soins sur les 12 derniers mois des assurés se présentant à l'accueil physique de l'assurance maladie, à 26,5 % sur 18 CPAM auprès de 30 000 répondants¹⁴. Par comparaison, une étude de l'IRDES auprès de l'ensemble de la population estimait le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières à 15 % en 2008¹⁵.

Selon l'étude de l'ODENORE, le renoncement aux soins concerne en premier lieu les soins dentaires prothétiques (près de 40 % de l'échantillon) et conservateurs (34 %), puis l'optique (environ 20 %) ; il est donc très concentré sur quelques prestations de santé, celles peu prises en charge par la couverture maladie de base. Les renoncements à une consultation chez un spécialiste ou un généraliste sont moins fréquents (respectivement 14 et 13 %).

Les motifs de renoncement aux soins sont tout d'abord financiers (restes à charges financiers pour 60 % de l'échantillon ; avance de frais pour 33 % ; incertitude sur les frais à payer pour 11 %). Les délais pour obtenir un RDV avec les professionnels de santé (12 %) et les problèmes de disponibilité des assurés (11 %) constituent aussi des motifs fréquemment cités.

Pourtant, globalement, le reste à charge pour les assurés en France est l'un des plus faibles parmi les pays occidentaux. Ainsi, selon la DREES, le reste à charge des ménages s'élève à 7 % de la dépense courante de santé au sens international, contre 15 % en moyenne dans les pays de l'UE. Le reste à charge est globalement stable en France sur les dernières années.

[44] Pour limiter les situations de non-recours aux soins, la PFIDASS consiste en un accompagnement individualisé en deux temps :

- Le repérage des personnes rencontrant des difficultés d'accès aux soins, qui est assuré à travers un questionnaire, essentiellement par les personnels de *front office* de l'assurance maladie (agents d'accueil, télé-conseillers), mais aussi par les techniciens qui assurent la gestion des dossiers. Les différentes composantes du réseau de l'assurance maladie (centres de santé, service social, et service médical) contribuent à ce rôle de détection, de même que les partenaires externes de l'assurance maladie (professionnels de santé, opérateurs sociaux). La qualité de la formation des personnels de *front office*, ainsi que les partenariats internes et externes sont donc essentiels au succès de la détection ;

¹⁴ Source des données : *Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)*, ODENORE, juin 2016

¹⁵ Caroline Després (Irdes), Paul Dourgnon (Irdes ; Université Paris-Dauphine, Leda-Legos), Romain Fantin (Irdes), Florence Jusot (Université Paris-Dauphine, Leda-Legos ; Irdes), « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, n° 170, Irdes, novembre 2011.

- Puis l'accompagnement de la personne jusqu'à la réalisation des soins, mis en œuvre par des ressources dédiées au sein d'une « plateforme ». L'accompagnement individualisé de l'assuré peut consister en une ouverture des droits à la CMUC et à l'ACS, en une explication du contenu des droits et de leur usage (paniers de biens, tarifs opposables...), en un accompagnement au montage financier en cas de problématique de reste à charge (à travers la mobilisation des aides de l'action sanitaire et sociale ou la sollicitation d'autres fonds sociaux) ou encore un accompagnement dans le parcours de soins et de santé (présentation de l'offre de soins ; aide au choix des professionnels). L'accompagnement est souvent assuré par des anciens agents d'accueil.

Encadré 3 : Premier bilan chiffré de la PFIDASS dans les 21 CPAM expérimentatrices après un an

Il convient de saluer la rapidité de la montée en charge de l'expérimentation (déploiement dans 21 CPAM en moins d'un an). La réalisation d'un bilan chiffré a été rendue possible grâce à l'outil OGEDAS, déployé dans les caisses à partir de l'outil développé par la CPAM du Gard¹⁶. En mars 2017, près de 8000 accompagnements avaient été initiés dans les CPAM expérimentatrices. Le repérage était à l'initiative de la CPAM dans 2/3 des cas, de partenaires « internes » de l'assurance maladie dans 1/4 des cas (CES 17 % ; service social 7 % ; service médical 3 %), et de partenaires externes dans 7 % des cas (dont 1 % pour les professionnels de santé).

Parmi les 4500 dossiers clôturés, 2500 avaient abouti (c'est-à-dire qu'ils avaient permis la réalisation des soins), soit un « taux de succès » d'environ 55 %. Les accompagnements aboutis consistaient en une aide à l'accès aux droits pour 85 % des cas, une orientation dans le parcours de soins pour 26 % des dossiers, et un accompagnement financier dans 22 % des cas.

[45] Au-delà du bilan chiffré relativement favorable, la mission a constaté lors de ses déplacements que la PFIDASS constituait un levier de repositionnement intéressant pour les CPAM. En interne, le changement de posture de l'agent de CPAM (du traitement d'un dossier à l'« aller vers »), s'il représente un enjeu fort de formation, constitue aussi un outil puissant de management pour redonner du sens à l'action des agents. La CPAM du Hainaut (qui a fait partie des premières CPAM à déployer la PFIDASS) a ainsi placé PLANIR et PFIDASS au cœur de son projet d'entreprise. En externe, la PFIDASS constitue aussi un levier de repositionnement stratégique sur le territoire. Selon le directeur de la CPAM de Toulouse, la PFIDASS a permis de « retrouver une identité cœur de métier » pour l'assurance maladie, notamment vis-à-vis des élus locaux, qui ont réservé un très bon accueil au dispositif.

[46] Cependant, ce repositionnement des CPAM sur la thématique de l'accès aux soins comporte aussi des risques ou faiblesses. En premier lieu, il est redondant par rapport au rôle du service social de l'assurance maladie sur l'accès aux droits et aux soins. En effet, les missions assurées par la PFIDASS (accès aux droits, mobilisation d'aide financière, guidance dans le système de soins) apparaissent relever des compétences des travailleurs sociaux de l'assurance maladie. Or le rôle du service social de l'assurance maladie a été négligé dans la conception initiale de PFIDASS, les CPAM y affectant des ressources dédiées (60 à 70 ETP dans les 21 caisses expérimentatrices). Certes, le service social a par la suite été associé dans le déploiement de la PFIDASS en tant que détecteur, et la CNAMTS a tenté de valoriser l'offre du service social en termes d'accompagnement, pour prendre le relai de la PFIDASS sur certaines problématiques (notamment à travers une lettre-réseau d'avril 2017¹⁷). Toutefois, son absence de positionnement au centre du dispositif constitue

¹⁶ Ceci illustre la force que peuvent constituer les applicatifs locaux, même s'ils présentent aussi des inconvénients en terme de coûts et de pilotage des ressources SI.

¹⁷ LR-DDO-66/2017, note relatant les différentes articulations entre CES- Service social- Service médical et PFIDASS

une occasion manquée pour valoriser le rôle du service social, par ailleurs largement méconnu au sein de l'assurance maladie (voir *infra*).

[47] En deuxième lieu, ce positionnement comporte le risque de mobiliser des moyens importants dans les CPAM, en se substituant à l'action de certains partenaires. Le recrutement de 110 ETP dédiés à la PFIDASS en 2017 (soit 1 ETP par caisse, accordé dans le cadre de la clause de revoyure) contraste ainsi avec l'expérimentation dans 21 caisses à moyens constants, sans difficultés particulières. Le taux de succès du dispositif (55 % des dossiers clôturés ont abouti) laisse à penser en miroir que dans 45 % des cas, les CPAM ne sont pas en mesure de répondre aux enjeux d'accès aux soins. En particulier, alors que les obstacles financiers sont massifs dans le non-recours aux soins (60 % des assurés concernés), l'accompagnement financier n'a concerné qu'environ 20 % des dossiers aboutis. Ceci interroge sur la plus-value des CPAM, au-delà du recours à la CMU-C et à l'ACS, et sur la nature des missions qui doivent être confiées aux CPAM en matière d'accès aux droits et aux soins.

1.2.4 Un pilotage national de l'accompagnement social insuffisant

1.2.4.1 Un pilotage éclaté à la CNAMTS, qui conduit à négliger la veille et le travail partenarial

[48] Le pilotage de l'accès aux droits et aux soins est très éclaté à la CNAMTS au sein de la direction déléguée aux opérations (DDO) : trois départements distincts - départements des publics fragiles, des budgets de gestion et de l'organisation et du marketing - assurent le suivi respectivement du service social et du processus CMUC/ACS ; de l'action sanitaire et sociale ; de PLANIR et PFIDASS. La direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS) pilote par ailleurs des leviers importants sur le renoncement aux soins (négociations conventionnelles, tarifs, détermination du panier de soins).

[49] Cet éclatement se traduit par un pilotage insuffisant de plusieurs problématiques. Le travail de veille sur les thématiques du non-recours aux droits et aux soins n'est pas structuré à la CNAMTS. A titre d'exemple, une exploitation des dernières études relatives aux profils des non-recourants¹⁸ permettrait d'améliorer le ciblage des campagnes marketings OSMOSE pour lutter contre le non-recours à la CMU-C et à l'ACS. De même, la CNAMTS n'est pas associée aux réflexions nationales relatives au travail social, dans la suite des états généraux du travail social : définition d'un premier accueil social inconditionnel de proximité ; expérimentation d'un référent de parcours.

[50] L'absence de visibilité institutionnelle des problématiques sociales au sein de la CNAMTS explique aussi l'inexistence des partenariats nationaux avec les acteurs du champ social, à l'exception d'un partenariat avec l'Union des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) signé en 2013¹⁹. La CNAMTS n'a pas non plus conclu de partenariat formalisé récent avec les autres caisses nationales, que ce soit avec la CNAF, malgré les convergences en termes de publics et de maillage territorial, ou avec la CNAV, par exemple sur le pilotage du service social ou sur les échanges de données qui progressent peu avec cette branche.

¹⁸ « Le non-recours à la CMU-C- enquête auprès de populations précaires », ODENORE (C. Chaveaud, P. Warin), 2016 ; étude qualitative sur les motifs de non-recours à l'ACS, CREDOC, 2017 ; Travaux du SGMAP sur le non-recours aux prestations sociales, avec une étude BVA.

¹⁹ Le protocole national CNAMTS/UNCASS a fait l'objet d'une évaluation par la CNAMTS en 2016, qui atteste que le protocole a été bien décliné localement, avec plus de 1000 conventions signées, par plus de 90 caisses. Le conventionnement porte sur des actions d'information et de formation, ainsi que sur la mise en place de contacts dédiés pour la moitié des caisses. Certaines conventions prévoient aussi des délais d'instruction inférieurs à 30 jours.

1.2.4.2 L'action sanitaire et sociale gagnerait à être mieux articulée avec les priorités de la COG

[51] La COG ne prévoit pas d'évolution significative de l'action sanitaire et sociale (ASS) de la branche maladie, à l'exception d'une diminution des budgets de l'action sociale des caisses. Il est souligné son rôle pour faciliter l'accès aux soins et lutter contre les inégalités de santé. Deux actions sont prévues : développer une politique équilibrée de la gestion de la dotation paramétrique et offrir un accompagnement social à la sortie d'hospitalisation (cette dernière ayant connu peu de traductions concrètes dans les budgets d'ASS des caisses).

[52] Le pilotage national de l'ASS se limite aujourd'hui à un pilotage de nature budgétaire, même si les moyens financiers (75 millions d'euros en 2016) et humains (360 ETP en 2016, en baisse de 25 % par rapport à 2014) restent significatifs.

[53] De fait, l'action sanitaire et sociale est traditionnellement gérée par les CPAM et attribuée par le Conseil²⁰. La réglementation est peu contraignante quant à la nature des aides qui peut être accordée par les CPAM. Pour autant, le Conseil de la CNAM peut fixer des orientations de la politique d'action sanitaire et sociale. Celles-ci ne sont qu'indicatives, mais semblent globalement respectées par les CPAM (voir encadré *infra*), même si elles restent très générales dans l'ensemble.

[54] Il en résulte une faible articulation avec les priorités nationales en termes d'accès aux droits et aux soins (PLANIR, PFIDASS²¹) ou de prévention. Les travailleurs sociaux de l'assurance maladie mobilisent les aides financières de l'ASS, mais la nature des aides ne semble pas ajustée à l'évolution de l'activité du service social. Ainsi, si la prévention de la désinsertion professionnelle constitue une activité croissante du service social, dont l'importance est rappelée dans la COG et dans les orientations du Conseil de la CNAM, les moyens mobilisés à cet égard restent très limités (0,4 % des demandes en 2016 et 1,5 % des dépenses en 2015- parts en légère croissance).

[55] De même, la complémentarité de l'action sanitaire et sociale par rapport aux politiques nationales n'est pas toujours lisible. Ainsi, une part élevée des fonds d'ASS reste utilisée pour des aides financières à l'acquisition d'une complémentaire santé (25 % en 2016), alors même que la CMU-C et l'ACS poursuivent le même objectif. Enfin, les crédits d'action sanitaire et sociale sont sous-consommés (85 % à 90 % de consommation des enveloppes budgétaires sur 2015/2017, cf. tableau n°6 dans la partie 1.4.1), ce qui interroge sur leur ciblage.

Encadré 4 : L'action sanitaire et sociale des CPAM

Le Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) représentait près de 125 M€ en 2016 (dépenses exécutées- hors dépenses dédiées aux UGECAM, qui représentent 45 M€). La dotation paramétrique gérée par les CPAM s'élevait à 75 M€ en 2016. Le taux d'exécution du budget s'élève à environ 85 % en 2015/2016, avec des variations notables selon les départements (en 2015, 8 CPAM présentaient un taux inférieur à 70 %).

En 2015, les dépenses de la dotation paramétrique se répartissaient ainsi :

- 53 % aides financières individuelles (dentaire, optique, auditif, frais d'hospitalisation,...) ;
- 32 % aides à l'acquisition d'une complémentaire santé ;
- 5 % subventions aux associations ;
- 4 % subventions d'équilibre aux œuvres ;
- 4 % prestations supplémentaires facultatives (financement de dépenses très diverses, compléments de tickets modérateurs, frais de transport et de séjour, IJ maternité pour certaines catégories d'assurés...) ;

²⁰ Un arrêté du 26 octobre 1995 encadre l'ASS des CPAM, et dispose que le conseil de la CPAM, ou la commission dédiée, attribue les aides.

²¹ A cet égard, il est surprenant que la PFIDASS ne se traduise pas, dans les CPAM visitées qui l'avaient mises en œuvre, par une augmentation significative des demandes d'ASS.

- 1,5 % prévention de la désinsertion professionnelle.

Les orientations de la politique d'action sanitaire et sociale fixées par le Conseil de la CNAM du 21 mai 2015 restent relativement générales, à l'exception d'un objectif chiffré de diminution des aides additionnelles à l'ACS (objectif de ne pas dépasser 30 % du montant de la dotation paramétrique pour l'année 2016 et 25 % pour l'année 2017, contre 38 % en 2014). L'importance de l'objectif de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) est soulignée, sans objectif précis. L'objectif chiffré de baisse des aides additionnelles à l'ACS est respecté dans l'ensemble (24 % en 2016), même si un nombre significatif de caisses (plus de 40) est au-delà de l'objectif. En revanche, les aides relatives à la PDP augmentent faiblement (1320 aides en 2015, 1408 en 2016).

Source : *Mission IGAS*

1.3 Qualité de service

[56] A l'instar des autres conventions d'objectifs et de gestion, la qualité de service constitue l'une des parties principales de la COG 2014-2017, en tant que reflet du cœur de métier des organismes de sécurité sociale. Il s'agit à la fois d'assurer la performance du service de base et d'améliorer la gestion de la relation clients, ceux-ci étant, pour l'assurance maladie, tant les assurés que les professionnels de santé et les employeurs. La contribution de l'IGAS au bilan de la COG 2010-2013 de la CNAMTS relevait déjà la place centrale accordée à la qualité de service depuis l'origine des COG en 1997²² ; les indicateurs relatifs à la qualité de service ont encore été enrichis dans la COG 2014-2017 (voir annexe 2).

[57] La présente mission IGAS s'est attachée à vérifier la réalisation des actions et l'atteinte des cibles inscrites dans la COG 2014-2017 (fiches 5, 6 et 9, voir annexe 1 ; les données 2017 ne sont pas encore toutes disponibles) mais aussi, au-delà, à apprécier la gestion de la relation clients (GRC) mise en place par l'assurance maladie à l'aune des standards prévalant dans la matière. Elle s'est notamment appuyée à cette fin sur un benchmark avec quelques grands opérateurs à réseau, tant privés que publics, réalisé par le SGMAP pour le compte de l'IGAS. Il est ainsi possible de mettre en évidence des sujets stratégiques sur lesquels la COG en cours a fait l'impasse.

1.3.1 Un service socle de qualité rendu plus homogène par les mécanismes d'alerte et d'entraide

1.3.1.1 La performance du service de base, globalement satisfaisante et conforme aux standards, reste à consolider sur certains processus fragiles

[58] La qualité du service rendu est mesurée à l'assurance maladie, de façon classique, tant en termes de délais pour des processus clés (remboursement des prestations en nature, versement des indemnités journalières non subrogées), que de rapidité et de fiabilité des réponses apportées (sollicitations téléphoniques et courriels) et de satisfaction des assurés. Les actions prévues dans la COG 2014-2017 ont été pour l'essentiel réalisées, en dépit de difficultés certaines années sur des processus traditionnellement fragiles (IJ, réponse téléphonique).

²² IGAS, *La qualité de service aux usagers de l'Assurance maladie : contribution au bilan de la COG 2010-2013 de la CNAMTS et à la future convention*, juin 2014.

[59] Les délais cibles fixés dans la COG pour le paiement des prestations ont été respectés. Si ceux relatifs aux prestations en nature (feuilles de soins électroniques) ont été tenus tout au long de la période conventionnelle, le réseau n'est parvenu à passer sous la cible des 30 jours pour le délai moyen de règlement de la première IJ non subrogée qu'en 2016, confirmant les difficultés structurelles du réseau sur ce processus (voir rapport IGAS cité *supra*). Le délai moyen de délivrance de la carte Vitale a dépassé la cible de 20 jours tant en 2014 qu'en 2015 et s'est établi à 18,91 jours en 2016.

[60] Les réponses aux sollicitations de l'assurance maladie par l'assuré ont convergé vers les cibles fixées, elles-mêmes proches des standards du « marché »²³, tout en ne se conformant pas année par année à la cible. Ainsi, le taux de décroché n'a dépassé la cible de 90 % qu'en fin de période conventionnelle, principalement grâce à la baisse du nombre de contacts entrants sur ce canal ; le pourcentage de courriels traités en moins de 48h a oscillé autour de la cible de 80 % ; la fiabilité des réponses aux sollicitations, mesurée par des campagnes de supervision croisées, a été plus forte pour les courriels (91 % en 2016) que pour le téléphone (84 % en 2016 après des scores en 2014 et 2015 inférieurs à l'objectif de 80 %). Ce résultat global contrasté traduit davantage des difficultés de fonctionnement de certaines plateformes de services qu'une problématique touchant l'ensemble du réseau (voir *infra* sur les écarts de performance).

[61] Enfin, mesure non prévue par la COG car introduite ultérieurement par le législateur, l'assurance maladie a mis en place du tiers payant généralisé (TPG) pour les publics retenus comme prioritaires, sans atteindre pour autant la généralisation : fin 2016, 97,6 % des professionnels de santé pratiquaient le TPG pour les personnes en affection longue durée (ALD) et 86,8 % pour les femmes enceintes, ces chiffres globaux masquant de fortes disparités entre professionnels de santé, les médecins généralistes et spécialistes ayant des pratiques nettement inférieures (respectivement 73,2 et 80,2 % pour les personnes en ALD et 64,6 et 45,7 % pour les femmes enceintes).

1.3.1.2 Les écarts de qualité de service dans le réseau sont appelés à se réduire sous l'effet des mécanismes d'alerte et d'entraide

[62] D'après les données disponibles au moment de l'achèvement du présent rapport, les écarts de performance en termes de qualité de service (voir *infra* pour l'analyse des écarts de coût), tendent globalement à se réduire dans la période récente. L'assurance maladie a déployé des efforts considérables, tant d'ailleurs pour réduire les écarts que pour maîtriser les risques de rupture d'activité ou de crise de production, comme celles qui ont pu se produire dans d'autres branches.

[63] Un dispositif d'alerte a été mis en place à partir du début des années 2010 pour des services de base pour lesquels subsiste un enjeu en termes d'homogénéité des résultats : délai de règlement de la première IJ, délai d'instruction CMUC / ACS (délai au 9^e décile et délai moyen), taux de décroché, délai de traitement FSP assurés et médecins, délai de traitement des réclamations. Il s'agit d'indicateurs CPG de 2016. La DDO organise des revues mensuelles d'analyse des résultats pour les CGSS et les CPAM ; en cas de dépassement du seuil d'alerte sur un ou plusieurs indicateurs, plusieurs suites peuvent être données : préconisation d'action correctrice ponctuelle ; courrier d'alerte soit avec la demande de la formalisation d'un plan d'actions, soit la proposition d'une

²³ Selon le benchmark établi par le SGMAP, 70 % des entreprises dans l'enquête Easiware 2016 avaient un objectif supérieur ou égal à 90 % de décroché et 51 % un objectif inférieur ou égal à 24h pour le traitement des courriels ; le référentiel Marianne, dans sa version révisée de septembre 2016, prévoit quant à lui un engagement de réponse aux demandes et aux réclamations : ▪ dans un délai maximum d'une semaine, lorsqu'elles sont adressées par voie électronique (courriels, formulaires de contact en ligne, téléprocédures), ▪ dans un délai maximum de deux semaines, lorsqu'elles sont adressées par courrier.

entraide via PHARE ; la proposition d'un audit de processus, dès lors que les résultats sont dégradés de façon pérenne²⁴. Un dispositif d'alerte comparable a été mis en place à l'été 2016 pour des processus GDR.

[64] La mission a examiné de façon approfondie le mécanisme d'entraide PHARE, qui est apparu bien conçu pour répondre à l'objectif d'entraide ponctuelle : d'une part, il a consisté en la construction de pôles d'expertise au sein de caisses aidantes, calibrés en fonctions des besoins d'entraide évalués via le comité d'alerte (140 ETP en 2016, dont 35 % sur les PFS, 25 % sur la CMUC / ACS et 15 % sur les IJ), rapidement mobilisables pour des durées étroitement ajustées aux besoins de la caisse aidée ; d'autre part, les obstacles techniques, liés au système d'information et l'échange de données inter-couloirs, ont été levés, afin que l'entraide soit efficace et transparente pour l'utilisateur. Très concrètement, l'accès à des corbeilles de dossiers « diadémisés » (Diadème étant l'application permettant de scanner les flux entrants), sélectionnées en fonction du degré de complexité ou au fil de l'eau, est ouvert au pôle PHARE de la caisse aidante. Tant les caisses aidantes que les caisses aidées que la mission a interrogées à ce sujet ont fait part de leur satisfaction à l'égard de PHARE, mobilisé parfois pour pallier des difficultés ponctuelles (accumulation de dossiers en retard), parfois pour faciliter des réorganisations susceptibles d'affecter provisoirement l'activité (à l'instar de la CPAM de Blois).

[65] Au niveau global, les résultats suivis de près par la caisse nationale sont positifs, ainsi que l'illustre l'évolution entre 2015 et 2016 d'un indicateur composite, permettant de comparer les résultats cumulés de cinq indicateurs CPG²⁵ du service de base. La réduction du nombre de caisses n'atteignant respectivement pas le socle et l'objectif a largement dépassé la cible de 15 % initialement fixée. Cette amélioration est principalement due à l'évolution favorable des résultats sur les PFS et sur les demandes de CMUC / ACS. Les écarts subsistant concernent principalement les IJ. Pour autant, PHARE n'est conçu que comme un système d'entraide ponctuel, ne répondant ni aux enjeux de fragilité structurelle de certains organismes / processus, ni aux enjeux de taille critique des petits organismes (voir *infra*)²⁶.

[66] Au sein du service médical, des mécanismes d'entraide se sont développés entre ELSM de façon *ad hoc* à l'échelle de chaque région, pour pallier les pénuries locales de médecins conseil et les disparités de taille et donc de moyens entre ELSM. Cette entraide peut concerner les équipes administratives ou les ressources médicales, le principe de mutualisation s'appliquant en priorité aux activités ne nécessitant pas de proximité géographique avec les assurés ou les professionnels de santé, telles que l'activité de contrôle contentieux. En Normandie, par exemple, la DRSM organise l'allocation de ressources de médecins conseil entre ELSM, afin de pouvoir assurer l'activité de proximité (en particulier, convocation des assurés) sur les 13 sites que la direction a choisi de conserver ; pourtant certains d'entre eux sont de taille très réduite, ne comptant que quelques agents permanents.

²⁴ Détail des interventions du comité d'alerte : en 2016, la CNAMTS est intervenue auprès de 10 organismes pour accélérer l'intégration du processus CMUC sous Diadème ; 97 courriers d'alerte ont concerné 90 caisses en 2015 et 59 courriers pour 35 caisses en 2016, l'alerte pouvant porter sur un ou plusieurs indicateurs ; enfin, en 2016, deux caisses ont été retenues pour un audit de processus CMUC.

²⁵ Délai de règlement de la première IJ non subrogée, délai d'instruction CMUC /ACS, taux de décroché PFS téléphonique, délai de traitement FSP assurés et délai de traitement FSP médecins

²⁶ A mentionner que la DDO reçoit quotidiennement des alertes concernant les risques de rupture d'activité, qui sont dans leur grande majorité traitées directement par les organismes du réseau, dans le cadre de leur plan de continuité d'activité (PCA). A titre d'illustration, l'ELSM de l'Ariège a été confronté au cours des dernières années à deux reprises à des sinistres compromettant la continuité de l'activité sur site et conduisant à l'intervention en soutien d'autres équipes relevant de la DRSM de Midi-Pyrénées.

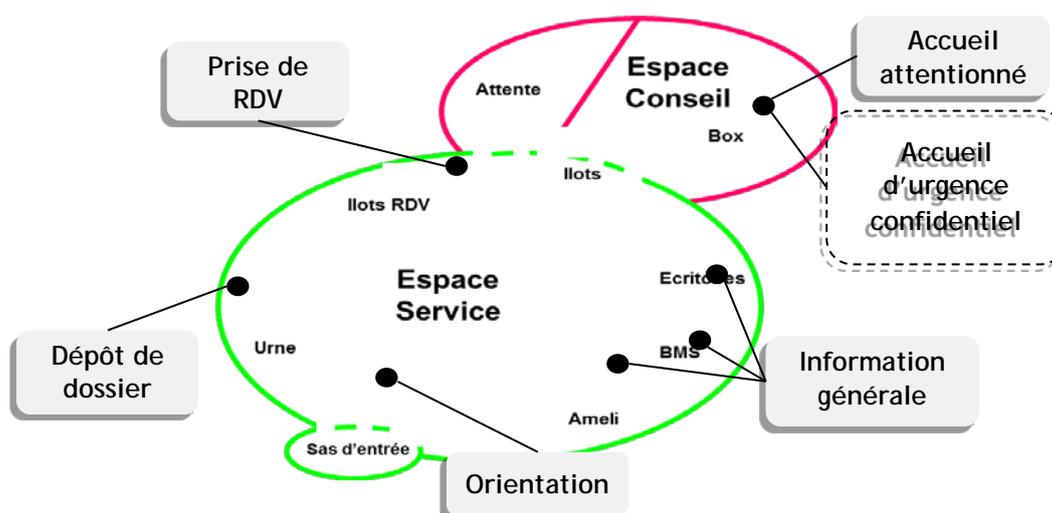
1.3.2 Une rénovation de l'accueil physique sans stratégie nationale d'implantation territoriale

[67] L'assurance maladie s'est dotée d'une pluralité de canaux pour gérer respectivement les canaux entrants (solicitation de l'assurance maladie par un assuré) et les contacts sortants (prise de contact avec l'assuré par l'assurance maladie). Les contacts sont recensés dans l'application Medialog, remplacée par Medialog+ à compter de 2016. Cette application permet aussi de constituer une base des contacts, distincte de la base des données opérantes (BDO) qui recense l'ensemble des assurés du régime général de l'assurance maladie.

1.3.2.1 Le parcours assuré en accueil physique a permis d'améliorer et d'harmoniser les conditions d'accueil des assurés, sans augmenter toutefois leur niveau de satisfaction

[68] En ce qui concerne l'accueil physique, il est à relever la définition d'un « parcours assuré en accueil physique », avec une catégorisation des sites d'accueil par niveaux de fréquentation ainsi que l'organisation de l'accueil en deux niveaux, à l'instar de ce qui se pratique dans d'autres services publics. Dans les CPAM de l'Essonne et de Haute-Garonne, la mission a pu observer l'intérêt de cette organisation, telle que prescrite dans la lettre réseau de 2014 (LR-DDO-205 / 2014) : constitution d'un espace service permettant d'orienter rapidement l'assuré vers des bornes multi-services (BMS) ou des îlots pour des démarches simples ; organisation d'un espace conseil pour traiter, prioritairement sur rendez-vous, dans des endroits assurant la confidentialité des échanges, des situations plus complexes. L'enjeu pour l'assurance maladie est également d'homogénéiser la qualité de l'accueil physique, tout en consolidant auprès des assurés l'identité de ce service public par une charte architecturale nationale. Le déploiement de cette nouvelle organisation est progressif, avec un achèvement prévu fin 2017.

Schéma 1 : Organisation cible pour le parcours assuré en accueil physique



Source : CNAMTS

[69] Dans les caisses visitées, cette organisation, en misant sur l'autonomie d'une proportion significative d'assurés et en différenciant les niveaux de complexité des demandes, a semblé résoudre en grande partie la problématique des files d'attente. Pour autant, le niveau de satisfaction des assurés sur le canal accueil physique a reculé en 2016 (de 86,7 % en 2015 à 82,5 % en 2016), conduisant l'indicateur composite de satisfaction à s'établir en 2016 en-deçà de la cible fixée dans la COG (79,7 % d'assurés satisfaits en 2016, contre 81,2 % en 2015), sans qu'il soit possible d'en identifier clairement le motif.

[70] Quant à l'accueil physique au service médical et au service social, conformément à une règle conventionnelle historique, les échelons locaux respectivement du service social et du service médical sont hébergés par les CPAM, alors que les services régionaux se voient mettre à disposition des locaux par les CARSAT. En fonction de la collaboration locale entre organismes du réseau, les conditions de cet hébergement et donc aussi la qualité de l'accueil physique des usagers sont très variables. A Strasbourg, le service social a pu bénéficier d'un espace accueil rénové, contigu à celui de la CPAM, avec des box d'entretien, alors qu'à Nevers, il est logé de façon indépendante dans un bâtiment annexe de la caisse. L'accueil dans ces deux services se fait quasi exclusivement sur rendez-vous.

[71] En parallèle, la mise en conformité des accueils physiques en termes d'accessibilité a été poursuivie, à un rythme plus soutenu qu'initialement prévu dans la COG. Selon les données fournies par le département de l'immobilier, à fin 2016, 78 % des assurés avaient été reçus dans un accueil CPAM accessible (au sens des bâtiments classés « établissements recevant du public ») et l'objectif de 100 % d'accueils conformes aux normes d'accessibilité semblait atteignable d'ici la fin 2017. Les organismes se sont appuyés sur un outil dédié, *Accessibilité*, dès 2008 et sur un guide technique d'accessibilité conçu en interne par un groupe d'experts des pôles régionaux d'expertise immobilière (PRECI) en 2013.

[72] Par ailleurs, dans le prolongement de la définition du parcours assuré en accueil physique et à la suite du bilan des expérimentations des accueils sur rendez-vous conduit en 2014²⁷, comme prévu dans la COG, une politique d'accueil sur rendez-vous en CPAM a été déterminée, mais partiellement. En effet, seuls les rendez-vous consacrés aux demandes de CMUC / ACS ont été encadrés par une lettre-réseau spécifique. Alors qu'à titre d'exemple, la CPAM de la Nièvre a identifié d'autres motifs principaux : les IJ complexes ou plus de 30 jours ; l'affiliation urgente (pour des hospitalisations, des transports ou de la délivrance de médicaments sous 15 jours) ; les dossiers d'AME. Il n'existe pas non plus de doctrine nationale sur le fait d'instruire de bout en bout les demandes CMUC/ ACS lors du rendez-vous ; la CPAM de Haute-Garonne, qui a adopté ce mode d'organisation, y voit un fort intérêt pour décharger le *back office*, tout en motivant les agents d'accueil sur cette mission ; plus du tiers des dossiers sont désormais instruits directement.

[73] La prise de rendez-vous elle-même a été considérablement facilitée, avec la possibilité depuis décembre 2016 de le faire en ligne, comme le prévoit d'ailleurs le référentiel Marianne pour l'administration. Le nombre de rendez-vous réalisés en accueil physique a, au total, considérablement augmenté sur la période de la COG, passant de 300000 en 2013 à plus de 1,1 million en 2016. A noter que le suivi de l'indicateur de la COG relatif au délai moyen d'attente en accueil physique a dû, pour sa part, être provisoirement abandonné, dans l'attente du déploiement complet dans le réseau, prévu en 2017, de l'outil de gestion des files d'attente e-GFA.

²⁷ Ce bilan mettait en exergue une part modeste de cette forme d'accueil à l'époque (3,4 % des contacts en accueil physique), les deux motifs principaux (demande de CMUC/ACS et IJ complexes) et des organisations très variables d'une caisse à l'autre

[74] De manière plus générale, ce manque de disponibilité aisée des données de fréquentation de l'accueil physique, constaté par la mission dans ses tentatives de consolidation des informations issues respectivement de Medialog, Medialog+ et RIOSS, n'autorise pas d'analyse précise des tendances au cours de la dernière COG, ni de projection fiable sur la prochaine période. Une mission d'analyse de la performance des réseaux d'accueils physiques, confiée à la D2OM, est en cours en 2017 et une mission déléguée a été lancée au printemps 2017 dans le cadre du CNG²⁸. Les conclusions de ces travaux pourront utilement nourrir les orientations de la prochaine COG.

1.3.2.2 L'absence de recommandations nationales sur les implantations des lieux d'accueil conduit à des stratégies locales d'évolution du maillage territorial très disparates

[75] Contrairement à ce qui était prévu dans la COG, la CNAMTS n'a pas adopté de recommandations relatives aux stratégies d'implantation territoriale des caisses, ce qui illustre l'extrême prudence de l'assurance maladie sur le sujet de l'organisation du réseau (voir *infra*), prudence partagée par la tutelle²⁹.

[76] Pourtant, l'enjeu est de taille. En 2015, l'assurance maladie dénombrait plus de 2000 points d'accueil, permettant un maillage territorial dense, puisque le temps de trajet moyen vers les sites d'accueil physiques était de 16 minutes et que 90 % de la population couverte avait un temps de trajet moyen inférieur à 20 minutes. 23 % des sites d'accueil du réseau (sites de type A et B) accueillait 80 % des contacts physiques. Les petits sites de type D (moins de 5000 visites par an) représentaient 55 % des sites avec seulement 3 % des contacts physiques. Au total, le nombre de points d'accueil a peu diminué sur les dernières années, passant de 2350 en 2011 à 2139 en mai 2017.

[77] La part de sites non permanents / partagés avec des tiers est connue mais n'est pas pilotée par le niveau national. En particulier, les modalités de la participation des CPAM aux maisons de services au public (MSAP) ont été précisées par lettre réseau, sans que ce mouvement ne soit ouvertement encouragé. Par ailleurs, les CPAM sont ponctuellement et localement associées aux travaux d'élaboration des schémas départementaux d'amélioration de l'accessibilité des services publics, prévus par la loi NOTRe³⁰, sans que cette participation ne s'inscrive dans une stratégie ou un pilotage par la caisse nationale. Les schémas sont en cours d'élaboration et devraient être finalisés, pour la grande majorité d'entre eux, d'ici à la fin de l'année 2017. En cohérence avec cet objectif, le commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) a réalisé un important travail de cartographie qui permet aux partenaires, parmi lesquels compte l'assurance maladie, de disposer

²⁸ « Optimisation de la gestion des emplois, des parcours des équipes du *front office* et valorisation de leur métier dans un objectif d'amélioration de la qualité du service rendu »

²⁹ Seule mention dans la COG, dans la fiche 17 : « L'assurance maladie poursuivra la modernisation de son réseau d'accueil : en adaptant son maillage territorial en fonction des évolutions socio-démographiques, des attentes et des besoins des usagers notamment en tenant compte des zones à forte densité de populations socialement fragilisées ; en accompagnant les opérations de rénovation des sites d'accueils physiques et leur mise en conformité par rapport aux exigences liées à l'accessibilité des personnes handicapées. »

Et, concernant les sites de production, page 16 : « Dans ce cadre, la branche maladie veillera à respecter les normes de densité d'occupation et à conforter le regroupement des services de production ». Cette deuxième orientation n'est pas reprise dans la fiche correspondante (fiche n°17) et n'a donc pas reçu de déclinaison opérationnelle

³⁰ Article 98 la loi n°2015-991 du 7 août 2015 relative à la nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe): « Sur le territoire de chaque département, l'Etat et le département élaborent conjointement un schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public, en associant les établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre. Ce schéma définit, pour une durée de six ans, un programme d'actions destiné à renforcer l'offre de services dans les zones présentant un déficit d'accessibilité des services. Il comprend un plan de développement de la mutualisation des services sur l'ensemble du territoire départemental. Il dresse une liste des services au public existant sur le territoire départemental à la date de son élaboration ou de sa révision, leur localisation et leurs modalités d'accès. »

pour chaque département d'une carte des services publics implantés sur le territoire, complétée de données d'accessibilité (en termes de temps de transport). La mission n'a pas identifié de caisses qui s'appuierait sur ces travaux pour ajuster sa stratégie d'implantation.

Encadré 5 : Les Maisons de services au public

Créées par la loi n°2015-991 du 7 août 2015 relative à la nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe)³¹, les Maisons de services aux publics (MSAP) sont des espaces mutualisés de services aux publics, labellisés par le préfet de département, délivrant une offre de proximité aux habitants. Ajustée aux besoins des populations de chaque territoire, l'offre locale peut comprendre des services dans le champ de l'emploi, des prestations sociales, de l'accès aux droits, du soutien à l'activité économique, de l'énergie, de la mobilité ou de la cohésion sociale ; elle est formalisée via une convention cadre signée entre tous les partenaires, ceux-ci s'engageant à former les agents des MSAP et à mettre à leur disposition les informations et outils adéquats.

L'assurance maladie s'est engagée dans ce dispositif, aux côtés d'autres organismes de protection sociale (CNAF, MSA, Pôle Emploi, CNAV), en signant, sous l'égide du commissariat général à l'égalité des territoires, l'accord national de décembre 2015 qui vise à la création d'un fonds de financement pour le développement de 1000 MSAP. Sur la période 2016-2018, la contribution de la CNAM s'élève à 3,7 millions d'euros, soit près de 20 % du total du fonds, le soutien financier de l'Etat représentant par ailleurs 25 % du budget de fonctionnement des MSAP.

Le développement des MSAP a été très rapide, passant de 300 en janvier 2015 à près de 1100 au printemps 2017, avec des dynamiques locales toutefois très disparates. 75 % des MSAP sont portées par des EPCI ; 500 d'entre elles installées dans d'anciens bureaux de poste, La Poste étant un acteur majeur du dispositif. A noter toutefois que seule une quarantaine d'entre elles sont positionnées dans des quartiers relevant de la politique de la ville. Le niveau de satisfaction tant des habitants de la zone que des agents des MSAP est très élevé, d'après une enquête BVA menée en novembre 2016.

Afin d'évaluer l'intérêt pour l'assurance maladie d'un engagement plus volontariste dans ce dispositif, la mission a observé le déploiement des MSAP dans le département de la Nièvre, qui en compte désormais plus de vingt, et visité la MSAP de Fourchambault, à proximité géographique de Nevers. Portée par un centre social, à l'instar de la majorité des MSAP de ce département, la MSAP de Fourchambault s'intègre dans une offre de service et d'accompagnement plus vaste destinée aux habitants de cette commune, aux indices de forte précarité sociale. De cette façon, la MSAP permet à l'assurance maladie de toucher une population ne se présentant pas spontanément aux guichets de l'assurance maladie ; de fournir les informations administratives et faciliter les démarches ; mais aussi d'orienter les personnes vers une offre de prévention, sous la forme de bilans de santé assurés par le centre d'examen de santé de Nevers.

[78] Dans cette configuration, la répartition territoriale à la fois des accueils physiques de l'assurance maladie et des services de production, ainsi que les coopérations partenariales à ce sujet (MSAP/ accueils partagés), sont laissées à la main des organismes du réseau. Les choix sont principalement déterminés par les particularités du territoire et la sensibilité du Conseil et des élus locaux sur ce sujet. La nécessité pour les caisses de soumettre leur programmation d'opérations immobilières lourdes à la validation de la caisse nationale (département de l'immobilier) ainsi que l'exigence de maîtrise des coûts de fonctionnement, y compris donc ceux liés aux loyers et fluides, aiguillent aussi les choix de façon indirecte.

³¹ Article 100 : « Les maisons de services au public ont pour objet d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services, en milieu rural et urbain, pour tous les publics. Elles peuvent rassembler des services publics relevant de l'Etat, des collectivités territoriales ou de leurs groupements, d'organismes nationaux ou locaux chargés d'une mission de service public ainsi que les services nécessaires à la satisfaction des besoins de la population (...). L'offre de services peut être organisée de manière itinérante ou selon des modes d'accès dématérialisés ».

[79] A l'occasion de ses déplacements, la mission a pu observer des choix assez différents. Dans l'Essonne, le directeur de la CPAM a décidé de réduire considérablement le nombre de sites, tant d'accueil (de 27 à la fin des années 1990 à une cible de 12) que de production (définition d'une cible à trois sites de production : Evry Facteur Cheval, Massy et Etampes, alors que le département en comptait encore 14 en 2007). Dans la Nièvre, la directrice s'est attachée à conserver l'ensemble des sites de production, faisant même le choix de distribuer l'activité relative à la gestion des capitaux décès, gérée pour le compte du réseau national, entre deux sites, Nevers-Barate et Decize. La CPAM du Hainaut, pour sa part, a choisi de ne maintenir que trois sites de production, multi-activités (Valenciennes, Denain, Fournies) et de rationaliser les sites d'accueil, sur la base des résultats d'une étude locale sur le maillage territorial ; un lieu d'accueil a ainsi été fermé, un autre intégré dans une MSAP.

[80] La mission n'a pas identifié de réflexion, ni au niveau national, ni au niveau local, sur l'impact de l'évolution de la fréquentation des accueils physique sur leur organisation, alors que le nombre de contacts est orienté à la baisse sur le deuxième semestre 2016 et que cette orientation semble se confirmer en 2017 (voir *infra*). Il n'a pas non plus été tiré d'enseignement des expériences de visio-guichet tentées localement, dont il a été rapporté dans la Nièvre à la mission qu'elles étaient peu concluantes.

1.3.3 Des téléservices et des outils de marketing développés de façon volontariste dans le cadre d'une stratégie multicanal inaboutie

1.3.3.1 La stratégie multicanal a été principalement orientée vers le développement des téléservices, ne générant que tardivement une baisse des contacts sur les canaux physiques

[81] La stratégie multicanal³² de l'assurance maladie est principalement orientée vers l'augmentation de l'utilisation des services dématérialisés, dans une double préoccupation de réponse aux attentes des usagers et d'efficience.

[82] L'assurance maladie s'est efforcée de développer une gamme de canaux de contact dématérialisés (compte et application smartphone Ameli, application tablette, bornes multi-services, réponses par email), ainsi que la panoplie de services disponibles sur ces canaux.

[83] Au-delà du développement d'une nouvelle offre de téléservices, une attention particulière a été accordée à leur utilisation effective, cet indicateur complétant ainsi, de façon pertinente, le simple recensement du nombre de comptes Ameli initialement prévu dans la COG. A cette fin, une analyse qualitative de cinq motifs de contact a-t-elle été confiée à BVA en 2014, et des profils d'usagers ont été établis dans une lettre réseau de 2015 (« autonomes » / « à convaincre » / « à guider » ; LR-DDO-216/2015).

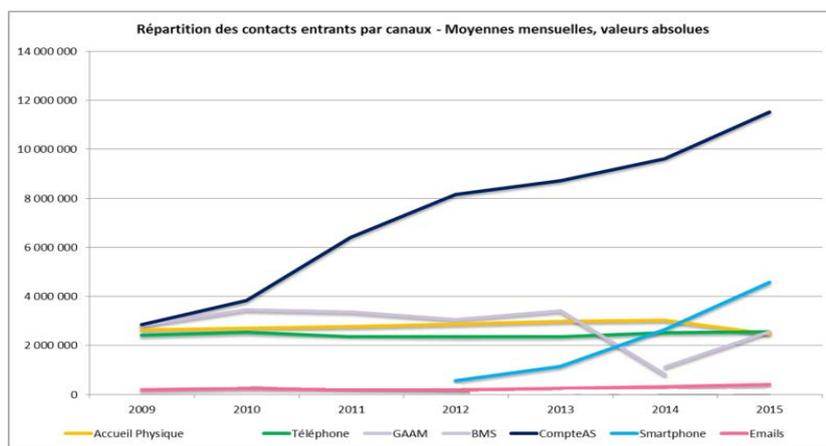
[84] La promotion des téléservices a fait l'objet d'un plan de communication, sous forme de campagnes nationales et clés en main, et les téléconseillers et agents d'accueils ont reçu des instructions de discours client à tenir. A titre d'illustration, la lettre réseau relative au parcours assuré en accueil physique mentionne cet objectif parmi les premiers : « promouvoir l'offre numérique de l'assurance maladie sur le canal accueil physique, à travers la création d'espaces libre-service mettant en valeur l'offre dématérialisée au sein des points d'accueil », partant du

³² Le multicanal désigne l'utilisation simultanée ou alternée des différents canaux de contact pour la relation client, qu'il s'agisse de contacts entrants initiés par l'assuré ou de contacts sortants mis en place par l'organisme.

constat que 38 % des demandes entrantes en accueil physique en 2012 auraient pu être traitées via les BMS.

[85] Au total, le nombre de comptes assurés ouverts a fortement progressé, passant de 13,5 millions fin 2013 à 23,5 millions fin 2016 (pour un objectif fin 2016 de 19 millions), ainsi que le taux de pénétration des téléservices destinés aux assurés, en ligne avec les objectifs fixés : en 2016, 75,4 % des demandes de CEAM ont été faites en ligne (pour une cible 2016 de 70 %), 86,6 % des attestations IJ (cible de 70 %), et 61,3 % des attestations de droit (cible de 56 %).

Graphique 1 : Evolution de la répartition des canaux de contacts entrants entre 2009 et 2015



Source : CNAMTS

[86] En revanche, les actions d'amélioration de l'information des assurés sur l'état d'avancement du traitement de leur dossier, dans un objectif de réassurance, grâce au développement de fonctionnalités nouvelles dans le compte Ameli, ne sont pas achevées, alors que prévu dans la COG ; les échéances s'échelonnent désormais entre 2017 (par exemple, la notification des étapes de traitement et de paiement des IJ) et 2019 (par exemple, notification des étapes d'instruction du dossier accident du travail).

[87] En ce qui concerne les professionnels de santé, l'assurance maladie a fait le choix de mobiliser fortement les conseillers informatique service (CIS), au nombre de 560 début 2017, sur la montée en charge des téléservices et de le développement de l'offre à promouvoir : identification des profils d'utilisation et des besoins et attentes y correspondant pour optimiser l'impact des contacts et définir les canaux prioritaires ; techniques de promotion ; repositionnement du métier de CIS sur les fonctions d'assistance, de démarche et d'accompagnement. Les résultats ont été toutefois décevants, les cibles 2016 n'étant atteintes ni pour les déclarations de médecin traitant (DMT), ni pour les protocoles de soins électroniques (PSE) et les avis d'arrêt de travail (AAT).

[88] Cette situation tient certes en partie à la réticence de certains professionnels de santé de faire des démarches en ligne, en dépit des incitations via le forfait structure, mais aussi aux difficultés de disponibilité du portail professionnels de santé en 2015, résolues en 2016 grâce à une mobilisation des services SI et la mise en œuvre d'un chantier dit « haute disponibilité », et à l'inadaptation de certains téléservices aux attentes (voir encadré 6). D'ailleurs, le taux de télétransmission des feuilles de soins, qui n'est pas suivi dans le cadre de la COG, a continué à progresser sur la période, passant de 90 % en 2013 à 95 % au premier semestre 2017.

Encadré 6 : La transformation numérique au service de la relation clients : le développement des téléservices

Le développement de l'offre dématérialisée à destination des assurés et des professionnels de santé sur la période 2014-2017 a été assuré par deux programmes du SDSI, respectivement le P1 et le P2. Leur bilan, au terme de cette COG, est important, avec l'enrichissement des canaux de contact dématérialisés (mise en œuvre de versions successives d'Ameli.fr, refonte du portail Espace Pro, développement des services sur smartphone et tablettes...) ainsi que la création de nombreux téléservices.

Pour les professionnels de santé, l'offre comprend ainsi sur le portail Espace Pro en 2016 la mise à disposition d'informations sur les assurés (droits, ALD, médecin traitant) et sur le professionnel lui-même (paiements, conventions), de services patients (AAT, DSG, PSE, DMT...) et de services professionnels (installation de médecins ou remplaçants). Plusieurs services sont par ailleurs intégrés dans le logiciel métier, un choix qui est fait en fonction de la nature du service (par exemple, l'intégration dans le logiciel métier est privilégiée pour les services découlant d'un processus métier, comme l'offre transporteurs) et de la réactivité des éditeurs de logiciels.

Le développement de l'offre de téléservices ne s'est pas toujours accompagné de leur utilisation dans des proportions satisfaisantes. De forts écarts régionaux peuvent être observés à ce sujet, reflétant notamment des stratégies locales de promotion des téléservices à intensité variable. Mais il est également apparu que certains téléservices n'avaient pas été suffisamment pensés avec une vision clients, ne constituant parfois que la version dématérialisée de formulaires papier préexistants. Le protocole de soins électronique (PSE) est emblématique à cet égard ; ce n'est qu'à partir du moment où la téléprocédure a été refondue en 2016, avec l'aide d'un panel de professionnels de santé, que son taux de pénétration a fortement augmenté. Un chantier analogue est en cours pour la transmission en ligne de l'avis d'arrêt de travail ; en particulier, l'obligation pour le médecin de saisir toutes les données relatives à l'assuré (alors même que ces informations sont connues de l'assurance maladie) et d'imprimer le troisième volet, pour le remettre à l'assuré, a freiné le recours à l'e-AAT.

Ainsi, la transformation numérique peut encore être davantage mise en au service de la relation clients. L'itérativité doit encore être renforcée dans le développement des téléservices, en rapprochant maîtrise d'ouvrage (conception) et maîtrise d'oeuvre (réalisation), et en associant mieux les utilisateurs. Comme le préconise la mission déléguée n°20, la conception des téléservices doit aussi être davantage priorisée en fonction des attentes des usagers (ainsi qu'en fonction de leur retour sur investissement).

[89] Enfin, la dématérialisation des échanges avec les employeurs s'est poursuivie sur la période conventionnelle, en particulier en mobilisant les services de l'assurance maladie - caisse nationale, CIS employeurs, *hotline* de la CPAM d'Aurillac- sur l'accompagnement du déploiement de la DSN. Par ailleurs, la refonte de l'application de gestion des détachements dans l'Union européenne, évoquée dans la COG, est en cours, avec une finalisation prévue en 2018. L'objectif de dématérialisation des déclarations de salaires pour le paiement des indemnités journalières (DSIJ) a été atteint, avec un résultat de 80,5 % en 2016 pour une cible de 68,4 %.

[90] Pour autant, on est encore loin d'une généralisation de ces téléservices. Il est vrai qu'à la différence de stratégies multi-canal observées ailleurs, l'assurance maladie n'a pas fait le choix de différencier l'offre de service par canal, ni de contraindre à l'utilisation d'un canal en fonction de critères tels que le motif du contact, la situation de l'utilisateur ou le coût. En particulier, le recours aux démarches en ligne n'est pas obligatoire. Ainsi, l'obligation conventionnelle pour les professionnels de santé de télétransmettre les feuilles de soins n'est pas assortie d'un mécanisme de sanction effectif ; quant aux assurés, la direction de la CNAMTS n'a pas repris à son compte une proposition de la mission déléguée n°20 de rendre certaines démarches obligatoires, telles que les demandes d'attestations de droits ou de CEAM, invoquant la vulnérabilité de certains assurés.

[91] Ces choix expliquent probablement que, jusqu'en 2016, le volume global de contacts entrants sur les canaux digitaux ait augmenté sans pour autant entraîner de diminution des contacts sur les canaux traditionnels, les contacts en accueil physique ayant même augmenté de près de 10 % entre 2010 et 2014.

[92] Un infléchissement de cette tendance est toutefois nettement marqué depuis 2016, probablement lié, aux dires des interlocuteurs de la mission, au développement des téléservices, conjugué à l'entrée en vigueur de la PUMA. Ainsi, on peut relever une baisse de 10 % des visites en accueil physique (31 millions en 2015 contre un peu moins de 28 millions en 2016) et de 17 % des contacts téléphoniques entrants (de 26,7 millions en 2015 à 22,2 millions en 2016). L'augmentation de la part des contacts entrants réalisés via le compte web s'est ainsi accélérée, passant à 74 % en 2016, contre 66 % en 2015 et 60 % en 2014.

[93] Au premier quadrimestre 2017, la tendance se poursuit de façon très marquée, avec une baisse des contacts entrants entre les quatre premiers mois 2016 et les quatre premiers mois 2017, pour les contacts téléphoniques, entre 10 et 25 % selon les sources (respectivement, les appels enregistrés par le délégataire du 3646 et les contacts tracés sur Medialog+) et, pour les contacts en accueil physique de 44 %, de 7,8 à 4,4 millions. A noter que ces dernières données reflètent les contacts tracés dans Medialog+ et ne comprennent donc potentiellement pas toutes les présentations physiques en accueil physique. Toutefois, en parallèle, l'utilisation des BMS reste relativement stable, autour de 8,6 millions ; seules les utilisations de poste Ameli en libre service dans les points d'accueil physique (donnée non disponible) peuvent atténuer un peu cette nette tendance à la baisse de la fréquentation des accueils physiques.

1.3.3.2 L'évolution des plateformes téléphoniques vers des plateformes multicontact régionales est conçue séparément pour chaque type d'utilisateurs, sans stratégie globale sur les modalités et le contenu des contacts de proximité

[94] Au regard des insuffisances constatées dans ce domaine, la COG 2014-217 a prévu plusieurs actions relatives au canal téléphonique : pour les professionnels de santé, l'expérimentation d'une PFS téléphonique médico-administrative et, en fonction de l'évaluation, un déploiement d'ici 2017 (fiche 8) ; pour les employeurs, expérimentation d'un nouveau service téléphonique employeurs couvrant les deux branches, maladie et AT/MP (fiche 9).

[95] Pour les professionnels de santé³³, le diagnostic a été affiné dans le cadre de la mission déléguée n°22, menée de mars à décembre 2016, et a fait ressortir une organisation très hétérogène de la relation téléphonique, souvent inadaptée aux besoins, en termes de compétence des téléconseillers et d'horaires d'ouverture des lignes dédiés. Il a conduit l'assurance maladie à retenir le projet de constitution de plateformes de service médico-administratives régionales, qui soient accessibles via un numéro d'appel unique, aux horaires élargis et disposant d'un outil de GRC. Allant au-delà de l'orientation de la COG, ces plateformes sont appelées à être multicanal (téléphone, courriel, tchat, rapport de réclamation, *smartcall*). Elles ont ainsi vocation à gérer 90 % des appels en niveau 1³⁴. Au printemps 2017, deux expérimentations étaient en cours,

³³ En 2017, sur les 4 millions de contact, 78 % ressortaient du téléphone.

³⁴ Dans cette hypothèse, le périmètre de niveau 1 serait le suivant : facturation simple (rejet) et complexe ; situation administrative personnelle du médecin ; situation administrative du patient ; situation médico-administrative du patient ; situation conventionnelle ; ROSE ; gestion des questions de nomenclature ; commandes d'imprimés ; promotion des offres de service de l'assurance maladie.

respectivement en Nouvelle-Aquitaine et en PACA, et un cahier des charges pour l'appel à candidature aux gestionnaires de ces futures plateformes en phase d'élaboration.

[96] La plateforme téléphonique devra trouver son articulation avec le « conseiller personnel », qui sera sollicité en niveau 2 par le médecin pour les cas particulièrement complexes. Le conseiller personnel est un acteur positionné sur un territoire organisé par portefeuille de médecins ; il a finalement été décidé de confier cette mission aux délégués de l'assurance maladie (DAM). En binôme avec des médecins conseil, sur des périmètres d'intervention alignés, ceux-ci sont par ailleurs chargés de mettre en œuvre les nouveaux plans personnalisés d'accompagnement (PPA), testés en 2017.

[97] L'articulation de ces plateformes avec le centre de saisie interrégime (CESI) devra être précisée. Créé dans le cadre de la mise en place du tiers payant, et localisé au sein de la CPAM de la Marne, celui-ci vise à répondre aux questions des médecins liées à la facturation en tiers payant, et présente le grand avantage d'être interrégime.

[98] La même logique a prévalu dans l'analyse de la relation clients avec les employeurs. Dans le cadre de la mission déléguée n°21, il a été fait le constat que les 2,1 millions d'appels téléphoniques annuels représentaient encore 93 % des contacts du public employeurs, alors que ceux-ci expriment des fortes attentes en faveur de la création d'un portail unique et de services en ligne. D'ailleurs, les opérateurs partenaires (DGFIP, ACOSS, GIP-MDS), qui ont donné une place centrale, dans la relation de service aux employeurs, au développement de l'offre digitale et des téléservices, sont fréquemment cités en exemple par les employeurs. D'où la priorité, dans le plan d'action, donnée à la transformation d'Ameli employeurs en le site de référence unique et commun aux branches maladie et AT/MP, son adossement à net-entreprises pour les outils déclaratifs du compte employeur, accessible en mobilité, sécurisé avec des téléservices enrichis de fonctionnalités (DSN-DSIJ, eDAT, BPIJ) ou nouveaux (services de réassurance notamment).

[99] Il est par ailleurs proposé d'élargir le périmètre des 13 PFS employeurs créées dans le cadre de TRAM pour en faire des plateformes multiservices régionales, qui généreraient dans cette perspective le traitement des appels téléphoniques de niveau 1 ; le traitement des courriels ; la gestion des réclamations ; la définition d'offre de service de campagnes d'appels sortants.

[100] En ce qui concerne les assurés, il n'a pas été décidé de constituer de plateformes de service multicanal, seul le traitement du contact téléphone (et courriel) étant mutualisé dans le cadre de TRAM (voir *infra*) ; par ailleurs des plateformes de délestage ont été constituées pour étayer de façon pérenne des caisses en difficulté sur ce service.

[101] Ces projets n'en étant qu'à leurs prémises en termes de mise en œuvre, la mission n'a pas pu en établir de bilan. Elle relève toutefois l'absence de vision commune aux différents types d'usagers pour la structuration des plateformes de services au niveau régional et à l'échelle du multicanal ainsi que pour leur articulation avec les contacts assurés en proximité. Cette segmentation est aussi le reflet du cloisonnement historique des directions de la CNAMTS, les stratégies de service en faveur respectivement des employeurs et professionnels de santé peinant à trouver un mode de gouvernance unifié.

1.3.3.3 Des outils performants de marketing analytique et opérationnel ont été mis en place, à mettre au service des différentes missions de l'assurance maladie

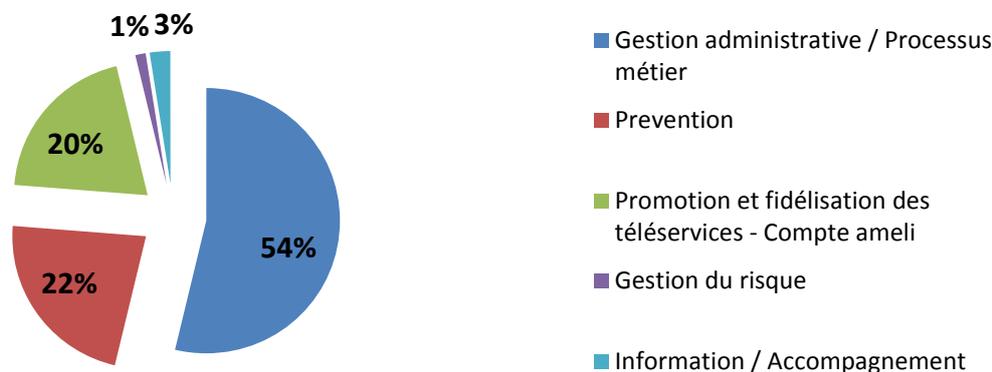
[102] En ce qui concerne les contacts sortants, l'assurance maladie s'est appuyée sur le recensement des contacts entrants pour développer des démarches proactives, étayées par des moyens adéquats. En termes de compétences, une fonction marketing a commencé à se structurer, au niveau national, d'une part, au sein de la D2OM, au niveau local, d'autre part, à l'initiative de quelques directeurs de caisses.

[103] Par ailleurs, l'application Osmose, gérée par six centres régionaux et généralisée en 2016, permet de concevoir et d'exécuter des campagnes de marketing opérationnel, pour le compte des caisses du ressort du centre régional (CRPO). L'objectif affiché (LR DDO-111/2016) est d'optimiser l'accompagnement des clients et de promouvoir les services de l'Assurance Maladie à travers des ciblage pertinents et par le biais de canaux de communication modernes et réactifs (courriels, SMS, message vocal, notification *smartphone* et tablette, dépôt de messages ou documents dans les différents espaces du Compte Ameli, courrier papier pour certains modèles de courriers Esope). Osmose permet la diffusion de messages selon deux modalités : la diffusion de masse, c'est-à-dire la diffusion d'un même message vers une population importante, et la diffusion égrenée, c'est-à-dire la diffusion d'un message spécifique à destination d'un client unique, destiné à l'usage local dans le cadre du traitement administratif du dossier du client.

[104] La mission juge le dispositif d'ensemble très bien conçu. La déclinaison du type de campagnes susceptibles d'être lancées via Osmose est précisément faite dans la lettre réseau, laissant la place tant à des campagnes nationales, correspondant à des priorités nationales (en 2016, principalement des programmes de prévention, telles que la vaccination anti-grippale, la prévention bucco-dentaire, la vaccination ROR), qu'à des campagnes clés en main (campagnes administratives relatives à la carte Vitale ou au médecin traitant, promotion et fidélisation des téléservices) ou, enfin, sur mesure, conçues en fonction des besoins spécifiques des organismes. Un plan de promotion régional présente une planification sur six mois de l'exécution de l'ensemble des campagnes. Une gouvernance et une animation du réseau spécifiques sont mises en place. Enfin, à relever qu'il est prévu d'emblée de mesurer l'impact des campagnes, dans un premier temps à travers de requêtes dans les bases informationnelles de l'assurance maladie, puis à partir des données de la GRC analytique.

[105] A titre d'illustration, le CRPO de Toulouse a diffusé, au cours du 2e semestre 2016, 3256193 messages sortants vers le public assuré, dans le cadre tant de campagnes nationales (38 %) que clés en main (47 %) et sur mesure (15 %). La plupart des commandes de campagne ont concerné la gestion administrative : campagne de promotion de l'application tablette auprès des adhérents Ameli, promotion de la mise à jour de la carte Vitale, promotion de l'aide à la complémentaire santé, promotion de la déclaration médecin traitant. Cette part prépondérante illustre *a contrario* le peu de place accordée pour l'instant aux offres de rebond en matière de prévention et de GDR. Le coût d'un message sortant est de 0,007 € soit 7 centimes d'euros les 10 messages.

Graphique 2 : Sujets couverts par les campagnes Osmose lancées en 2016 par le CRPO de Haute-Garonne



Source : CPAM de Haute-Garonne

[106] Pour les mesures d'impact, le CRPO de Toulouse a observé des taux d'ouverture des courriels très dispersés, variant selon les thématiques abordées de 14 % à 46 %. La même observation peut être faite pour les taux de transformation (proportion de bénéficiaires contactés ayant accompli l'action), avec de très bons résultats pour la campagne de chevauchement de mutuelles (42 %) et un très faible résultat pour la thématique promotion du compte Ameli (6 %).

[107] Quant aux campagnes vers les professionnels de santé, elles n'ont pu être mises en œuvre en 2016, l'outil de diffusion de campagnes devant faire l'objet d'une évolution pour prendre en compte les désabonnements émis par les professionnels de santé. Les campagnes employeurs avaient pour objectif de diffuser des informations générales (newsletter...) et ont été reportées en 2017.

[108] En matière de marketing analytique, les progrès sont plus mesurés en ce premier semestre 2017. Si les versions 2 et 3 de l'application Medialog+ ont été déployées dans le réseau respectivement en septembre et en décembre 2016, ce qui permet désormais de recenser et catégoriser l'ensemble des contacts entrants (à l'exception de l'accueil physique en libre-service), le volet professionnels de santé a rencontré de significatives difficultés techniques, contraignant à reporter son utilisation.

[109] Le travail de segmentation des publics, initié par la CPAM de Loire-Atlantique à l'échelle de son territoire, n'était pas achevé au moment des investigations de la mission. Les prochaines étapes sont très attendues, dans la mesure où la GRC analytique aura des points d'application majeurs pour l'assurance maladie, notamment pour aider à la définition des campagnes de marketing opérationnel, à la priorisation des prochaines offres dématérialisées et au renouvellement des parcours attentionnés³⁵. L'assurance maladie pourra ainsi s'appuyer sur ce qui lui procure une force frappe inégalée dans le domaine de la santé, à savoir une base de données très riches sur les assurés, leur comportement vis-à-vis des canaux de contact, à croiser avec leur consommation de soins (voir recommandations).

³⁵ Depuis l'évaluation du déploiement des parcours attentionnés en 2011 (bénéficiaires CMUC, perte d'un proche, maternité, invalidité, prévention de la désinsertion professionnelle...), cette approche a été principalement retenue à l'égard des autres usagers de l'assurance maladie (parcours d'installation des sages-femmes, des masseurs kinésithérapeutes...)

1.3.3.4 La fonction écoute clients, bien que consolidée, reste dispersée et insuffisamment tournée vers la mesure des besoins et des attentes des usagers

[110] En conformité avec les standards du marché³⁶, l'assurance maladie mesure depuis de nombreuses années la satisfaction de ses usagers via des baromètres (trois d'entre eux concernent les assurés, un les professionnels de santé et un les employeurs³⁷) et se fixe des cibles de satisfaction supérieures à 80 %, en distinguant les usagers satisfaits et les usagers très satisfaits. Cette enquête n'a connu que peu d'évolutions au cours de la période conventionnelle, tant la rénovation de son contenu constitue un processus lourd. Elle est conduite annuellement sur format papier. De par sa stabilité et sa couverture, c'est un outil assez structurant pour les caisses, qui suivent avec vigilance l'évolution des résultats.

[111] Les évolutions des taux de satisfaction peuvent cependant être difficiles à interpréter. Par exemple, l'assurance maladie ne peut que supputer que la baisse de satisfaction des assurés en 2016 sur le canal accueil physique est liée à la mise en place de la nouvelle organisation liée au parcours assuré en accueil physique et à la reconfiguration (pourtant faible) du maillage des points d'accueil. De même, le taux de satisfaction des employeurs a connu un net infléchissement en 2015 avant de s'orienter à nouveau à la hausse en 2016, sans facteur explicatif simple.

[112] De manière plus générale, les baromètres ne répondent pas à tous les besoins d'écoute clients des caisses, en termes de ciblage des questions, de réactivité et de mesure des besoins ; ils sont donc appelés à être complétés par d'autres outils. D'une part, des enquêtes nationales plus qualitatives (entretiens individuels, *focus groups*) sont programmées sur des sujets précis, comme en 2016 la satisfaction des assurés aux différentes étapes du parcours invalidité. D'autre part, de nombreuses enquêtes sont conduites au niveau local, sous l'égide du référent écoute client, cette fonction ayant été systématisée depuis deux ans. Les référents sont intégrés dans un réseau métier national, avec notamment la diffusion d'un guide en 2015 et l'organisation de journées nationales, très appréciées par les participants. La CPAM du Hainaut par exemple a conduit en 2016 une enquête à chaud, via questionnaires, auprès des infirmiers nouvellement installés et programmé en 2017 un exercice d'évaluation de l'amélioration de la qualité de l'accueil liée à la mise en place du nouveau parcours assuré.

[113] Si la caisse nationale anime le réseau des référents écoute clients et met à disposition des outils³⁸, il n'existe pas de programmation stratégique annuelle dans laquelle s'inscriraient toutes ces initiatives nationales et locales, ouvrant le risque d'une dispersion des moyens et d'inégalité entre caisses, seules les mieux dotées pouvant développer pleinement cette fonction à l'échelle de leur territoire.

³⁶ Près de 9 entreprises sur 10 mesurent la satisfaction des clients. Selon le baromètre Delouvrier 2016 sur les services publics, la « sécurité sociale » dans son ensemble recueille 76 % d'usagers satisfaits, derrière les impôts (78 %), la santé publique (78 %) et la police et gendarmerie (82 %).

³⁷ Les baromètres concernent tant les CPAM que les DRSM et les CARSAT. Pour les assurés, sont ciblés ceux ayant bénéficié d'un remboursement dans les trois derniers mois pour les CPAM, ceux convoqués par le service médical et ceux ayant bénéficié d'un rendez-vous avec le service social. Les professionnels de santé et les employeurs sont sélectionnés de façon aléatoire.

³⁸ Exemple de la LR DDO-94/2017 relative au dispositif "d'enquêtes de satisfaction à chaud" proposé aux organismes sur la thématique de l'accueil physique

[114] En outre, les missions déléguées conduites respectivement sur les publics professionnels de santé et employeurs ont mis en lumière des pratiques très disparates en matière d'écoute client selon le type d'utilisateurs. Dans le cadre de la MD 21 par exemple, il est préconisé de structurer l'écoute client employeurs de la façon suivante : réalisation annuelle d'un baromètre entreprises, une forme de « tendancier d'humeur » ; conduite d'une enquête nationale sur le degré de satisfaction au regard de l'offre de service proposé mais aussi le recensement des besoins et des attentes (profilé en fonction de la taille des entreprises) ; création d'un *focus group* employeur permanent (et régulièrement renouvelé), prospectif et qualitatif, afin d'affiner l'écoute client ; la validation du développement de l'offre digitale par un panel d'employeurs. Du côté des professionnels de santé, à l'issue de la MD 22, un panel de professionnels de santé dans cinq CPAM a été mis en place, qu'il convient désormais d'utiliser de manière structurée.

[115] A l'instar de la configuration des plateformes de service régionales multicontact (voir *supra*), la mission estime qu'il serait pertinent que cette structuration de l'écoute client par type d'utilisateurs converge au cours de la prochaine période conventionnelle, tout en tenant compte des spécificités de chaque catégorie ; en particulier, l'assurance maladie doit se doter des moyens, d'une part, de mesurer plus finement les besoins et les attentes des usagers (et pas seulement leur satisfaction, une fois le service rendu) et, d'autre part, de tester de façon réactive les projets qu'elle initie, tels que le développement de téléservices ou la mise en place d'une nouvelle offre de service / d'accompagnement.

[116] A titre d'exemple des manquements actuels, la réforme du service médical – le SMMOP – a été conçue principalement à partir de l'analyse du métier du médecin conseil et pas de la mesure des besoins et des attentes des assurés et des professionnels de santé en la matière. Le déploiement progressif de cette nouvelle organisation, en parallèle en 2017 de la mise en œuvre expérimentale des plans personnalisés d'accompagnement (PPA) auprès de 700 médecins, ne s'accompagne pas de l'adossement à un dispositif d'écoute client – professionnels de santé, qui aurait permis des ajustements en fonction de la réaction de ceux-ci.

[117] Autre source d'information précieuse pour améliorer la qualité du service, le traitement des réclamations. Les actions à ce sujet, prévues dans la COG, ont été menées. En particulier, la méthodologie de conception des référentiels nationaux de processus, dans le cadre du SMI, intègre l'analyse des réclamations. Les objectifs de délais moyens de réponse aux réclamations sont tenus, soit plus de 90 % des dossiers traités en moins de dix jours. Les principaux motifs de réclamations restent stables, relatifs au remboursement des prestations en nature et aux indemnités journalières.

[118] Enfin, il est à relever que l'assurance maladie n'a pas conduit au niveau national de travaux relatifs à la mesure et à l'analyse des réitérations, contrairement à ses engagements, en mettant en avant l'inadaptation des outils GRC, alors que ceux-ci ont été utilisés à cette fin par des organismes du réseau (voir recommandations). Il s'agissait pourtant de l'une des principales recommandations du rapport IGAS de juin 2014 et l'une des composantes classiques d'une stratégie multi-canal.

1.4 Pilotage et organisation du réseau

[119] La COG 2014-2017 contient plusieurs orientations relatives au fonctionnement du réseau, (fiches 16 à 20, voir annexe 1) : accroître l'homogénéité des pratiques et la qualité du service rendu ; assurer une meilleure continuité d'activité pour les organismes de petite taille ; favoriser, au bénéfice des publics, le travail en commun entre les caisses et les services du contrôle médical ; développer une dynamique de fonctionnement en réseau.

[120] Ces orientations ont été globalement poursuivies, avec des succès contrastés, mais il n'en pas été tiré de conséquence sur la configuration d'ensemble du réseau d'assurance maladie qui a gardé, au cours de la période 2014-2017, un même visage. L'analyse de la mission a été conduite au-delà des actions inscrites dans la COG, pour qu'elle puisse aboutir à des préconisations sur le cadre stratégique à retenir dans la prochaine COG 2018-2021.

1.4.1 A la recherche du bon équilibre entre pilotage centralisé et respect de la capacité d'innovation du réseau

[121] Dans son pilotage du réseau, l'assurance maladie oscille entre un mode centralisé, serré et descendant, d'un côté, et la préoccupation du respect de l'autonomie et de la capacité d'initiative et d'innovation des organismes du réseau, de l'autre côté. Plusieurs problématiques l'illustrent.

[122] Ainsi, la détermination des objectifs des CPG et des cibles assignées aux différents indicateurs se fait sans concertation préalable avec les organismes, qu'il s'agisse des CPAM, des DRSM ou des CARSAT. Ceux-ci disposent tout au plus d'un droit d'évocation, en cas de difficulté locale manifeste pour atteindre l'une ou l'autre des cibles. Pour autant, le mode de pilotage par objectif que traduit le principe même des CPG laisse une grande latitude aux organismes quant à la manière d'atteindre la cible. Aussi, les organisations des caisses, les allocations de moyens entre processus, la distribution des activités entre les différents sites du territoire, la spécialisation ou au contraire la polyvalence des agents ... constituent-ils autant de paramètres sur lesquels les directeurs de caisse peuvent jouer. La mission a pu observer cette diversité à l'occasion de ses déplacements dans le réseau.

[123] Quant aux taux de remplacement des départs à la retraite assignés à chaque organisme, selon des critères différenciés selon le type d'organisme (voir *infra*), le directeur est là aussi libre de l'absorber en fonction de la situation et des priorités locales, le *turn-over* naturel lui laissant des marges pour le recrutement de nouveaux collaborateurs. Le recours à des contrats à durée déterminée est également laissé à la libre appréciation des directeurs d'organismes, la caisse nationale suivant la masse salariale globale associée. Contrepartie de cette autonomie accordée en matière de pilotage RH, l'appui apporté par la caisse nationale est jugé dans le réseau trop faible sur certains sujets. En particulier, les caisses ne disposent pas de référentiel métier partagé, ni d'éléments d'analyse prospective et de stratégie de compétences pour les nouveaux métiers de l'assurance maladie, qui permettraient de nourrir les stratégies locales de recrutement pour les prochaines années.

[124] Si ce n'est à l'occasion de dialogues de gestion –inexistants à ce jour-, les organismes du réseau peuvent faire entendre leur voix dans l'enceinte du comité national de gestion (CNG), qualifié de « Parlement du réseau » par l'un des interlocuteurs de la mission. L'ensemble des témoignages recueillis et la lecture des comptes rendus et des travaux du CNG au cours des trois dernières années ont confirmé qu'il s'agissait d'un réel espace d'échange et de co-production de travaux, avec une parole parfois assez libre. Les notes d'actualité préparées par les co-pilotes du CNG permettent d'éclairer la direction générale sur les activités, les satisfactions et les préoccupations du réseau, constituant de véritables « billets d'humeur ». Le principal point de progrès désormais est de permettre au CNG de disposer d'une information complète sur les suites données aux recommandations des missions déléguées et d'être associé à leur mise en œuvre.

Encadré 7 : Le comité national de gestion (CNG)

Le comité national de gestion est né en juin 2006 comme l'instance nationale de dialogue et de concertation entre la direction de la caisse nationale et les représentants du réseau sur l'ensemble des actions du projet d'entreprise, lui-même décliné de la COG, qui impactent les organismes lors de leur déclinaison sur le terrain.

Au terme d'un bilan largement positif du fonctionnement du CNG, la lettre réseau DDO-57/2010 vise à associer encore davantage les directeurs du réseau à la mise en œuvre opérationnelle du projet d'entreprise en rendant le CNG plus représentatif de l'ensemble des acteurs du réseau et en relayant en région plus efficacement les étapes de la mise en œuvre du projet d'entreprise.

Côté réseau, le CNG est composé de 22 directeurs de CPAM désignés par leurs pairs au sein des instances de décisions existantes au niveau régional ; de 3 directeurs de CARSAT désignés par leurs pairs ; de 3 médecins conseil régional désignés par leurs pairs ; d'un directeur de CTI désigné par ses pairs ; d'un représentant des agents comptables désigné par ses pairs.

Deux co-pilotes du réseau assurent la gestion du CNG. Ils sont désignés par le directeur général de la CNAMTS qui préside l'instance.

Le CNG assure plusieurs missions principales :

- Mission d'informations stratégiques et d'actualité, prise en charge par le directeur général de la CNAMTS, et retranscrit dans les lettres d'actualité du projet d'entreprise ;
- Mission de remontées du terrain, assurée par les co-pilotes du CNG avec l'appui d'un panel de caisses, régulièrement renouvelé, et prenant la forme de notes de conjoncture et d'échanges en CNG sur des thèmes jugés clés ;
- Mission de suivi des actions du projet d'entreprise ;
- Mission d'optimisation des actions du projet d'entreprise,

En particulier, le CNG peut décider de mandater certains de ses membres pour prendre en charge les travaux relatifs à la mise en œuvre du projet d'entreprise, en lien avec les directions de la caisse nationale, dans le cadre de « missions déléguées ». Les lettres de mission sont préparées par les co-pilotes de la mission déléguée, en collaboration avec les co-pilotes du CNG, la DDO et les directions de la CNAMTS concernées. Plusieurs missions déléguées conduites au cours des dernières années ont joué un rôle fondamental dans la mise en œuvre du projet d'entreprise et sont citées dans le corps du présent rapport : la MD 17 sur TRAM ; la MD 19 sur les projets SI ; la MD 20 sur les téléservices assurés et professionnels de santé ; la MD 21 sur la stratégie employeurs ; la MD 22 sur les relations avec les professionnels de santé ; la MD 23 relative à l'articulation de l'informatique locale avec le système d'information national. Deux nouvelles missions déléguées ont été lancées au printemps 2017, l'une sur les accueils physiques, l'autre sur la différenciation des CPG et l'organisation d'un dialogue de gestion entre caisse nationale et organismes.

Le Comité des utilisateurs de l'informatique (CUI) rend par ailleurs compte de la vie des applications dans les organismes, relevant réussites et difficultés rencontrées.

[125] Ayant pleinement conscience de la richesse des initiatives locales, la caisse nationale a développé au cours de la période conventionnelle, dans plusieurs domaines, les remontées des initiatives et bonnes pratiques locales, afin de pouvoir procéder à leur labellisation et diffusion des bonnes pratiques. La démarche retenue dans le cadre de PLANIR est emblématique à cet égard (voir *supra*). De manière générale, le niveau national encourage le parangonnage au sein du réseau ; en particulier, grâce à la mise à disposition des caisses de l'outil diagnostic performance³⁹, les organismes peuvent désormais se comparer à d'autres entités de même taille, en sélectionnant des

³⁹ L'application diagnostic performance permet de mettre à disposition du réseau des CPAM l'ensemble des données issues de la comptabilité analytique avec une vision par processus (selon la cartographie du SMI) et par organisme, ce qui permet à chaque CPAM de réaliser des *benchmarks* avec des organismes de taille comparable.

processus précis. Dans cet exercice sont toutefois avantagées les grandes caisses qui sont en capacité de se doter de compétences et de moyens pour mener ces analyses. La CPAM de Haute-Garonne par exemple dispose d'un service qui produit des analyses comparatives sur un champ étendu : études adéquation charges / moyens sur les DAM, les systèmes d'information... ; études efficience / organisation sur le pilotage des téléservices, l'organisation de la lutte contre la fraude, l'action sanitaire et sociale, le pilotage des CPG....

[126] En outre, ce mode de fonctionnement du réseau laisse persister un foisonnement d'initiatives locales, non « gouvernées », y compris dans les fonctions support. Le développement tous azimuts d'applications SI est à relever à cet égard (voir partie 1.5.5.3).

1.4.2 Le décloisonnement des différents organismes du réseau : un exercice inachevé

1.4.2.1 Le travail en commun entre les caisses primaires et le service médical a pris des formes opérationnelles, tout en se heurtant à des différences persistantes de statut et de culture professionnelle

[127] La COG 2014-2017 prévoit, parmi ses orientations stratégiques, que l'assurance maladie « favorisera, au bénéfice de ses publics, le travail en commun entre les caisses et les services du contrôle médical », notamment en constituant des équipes mixtes appelées à accompagner les assurés sociaux tout au long de leur existence, ainsi que les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne.

[128] Cette orientation stratégique a effectivement été déclinée en actions concrètes au cours de la période conventionnelle. D'une part, il a été décidé dès 2015 de constituer les équipes mixtes prévues, dites « unités opérationnelles Prado » (UOP), pour mettre en œuvre les différents programmes d'accompagnement du retour à domicile. Si, dans sa répartition des sujets avec la mission IGAS conduite en parallèle sur la gestion des risques, la mission n'a pas évalué l'efficacité de l'action de ces équipes, elle a pu relever que la dynamique de la coopération était très variable d'un territoire à l'autre, en fonction du degré d'engagement des CPAM et de la DRSM (en Midi-Pyrénées par exemple, deux départements n'étaient pas encore dotés d'UOP, même si selon les données de bilan communiquées par la CNAM, 98 % des organismes avaient signé en 2016 une convention cadre) et de leur capacité à surmonter conjointement les tensions potentielles, liées à l'exercice d'une autorité fonctionnelle et aux différences de statut RH.

[129] Quant à l'expérimentation du recrutement d'infirmiers du service médical, évoquée dans la COG⁴⁰, elle ne permet pas, dans sa conception actuelle, de créer de nouvelles passerelles entre service médical et CPAM ; l'activité prévisionnelle des infirmiers ne vise qu'à « faciliter l'avis médical du praticien conseil afin de gagner en efficience et de dégager les marges permettant de diriger le praticien conseil sur des tâches expertales à forte valeur ajoutée médicale », traduisant les fortes réticences d'une partie du corps des médecins conseil face à ce nouveau métier, perçu comme concurrent potentiel. Force est de constater que les services peinent à concevoir, dans ce contexte, une place adaptée aux infirmiers, comme indiqué à la mission dans plusieurs entretiens.

⁴⁰ Fiche n°19 : « L'assurance maladie entend capitaliser sur les résultats de l'expérimentation d'intégration d'infirmiers conseillers en santé polyvalents pour s'ouvrir plus largement aux recrutements d'infirmiers conseils. » ; d'où l'objectif, au sein de celui du développement des synergies médico-administratives, de « définir le métier d'infirmier de l'assurance maladie et de le mettre en œuvre » ; cette action est en cours de réalisation, la mission ayant pu prendre connaissance d'un projet de note dont est extrait la citation.

La caisse nationale a pourtant obtenu auprès de la tutelle, dans le cadre de la clause de revoyure, de nombreux postes supplémentaires, sans objectivation préalable du besoin autre que le nombre de postes de médecins conseils vacants.

[130] Les équipes conjointes s'intègrent dans une réforme plus globale de l'organisation du service médical, dite SMMOP, programmée dans la COG. Expérimenté depuis le printemps 2016 dans plusieurs régions, au sein de plusieurs ELSM, dont celui de Rouen – Elboeuf – Dieppe visité par la mission, le SMMOP conduit à une restructuration du service médical selon une double logique : spécialisation et centralisation des équipes chargées de traiter des processus requérant une forte expertise et / ou un pilotage à l'échelle régionale (RCT, traitement des flux, relations avec les établissements, lutte contre la fraude, gestion de la relation clients...); accompagnement en proximité des professionnels de santé par des médecins conseils, dotés de portefeuilles structurés sur une logique territoriale (les unités territoriales d'accompagnement et d'avis ou UTAA).

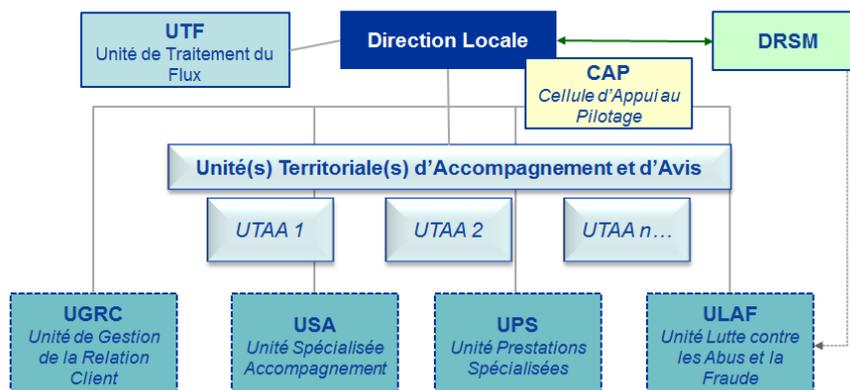
[131] L'expérimentation a fait l'objet d'une évaluation qualitative et quantitative, à l'automne 2016 puis au printemps 2017. Celle-ci a fait apparaître une perception contrastée de la réforme par les agents, qui jugent à 88 % la nouvelle organisation plus performante mais sont seulement 38 % à en être satisfaits ; ainsi qu'un vrai point de vigilance sur la performance par processus qui se dégrade plus dans les ELSM expérimentateurs du SMMOP que la moyenne nationale⁴¹. Ces résultats intermédiaires suggèrent une fragilité de la réforme telle qu'elle a été conçue – c'est-à-dire principalement à partir d'une réflexion sur l'attractivité du métier de praticien conseil. D'ailleurs c'est *a posteriori* qu'a été pensée la mise en cohérence du SMMOP avec le chantier engagé par ailleurs sur le déploiement des PPA (voir *supra*), en dépit de la volonté affichée d'aligner, à une échéance non précisée, les périmètres d'intervention respectivement des DAM et des médecins conseil au sein des UTAA, afin de faciliter la constitution de binômes. Il a toutefois été décidé de poursuivre l'expérimentation jusqu'à la fin de l'année 2017 et d'organiser le déploiement progressif de la nouvelle organisation sur l'ensemble des ELSM, dès lors que les institutions représentatives du personnel (IRP) nouvellement constituées⁴² auront été consultées.

⁴¹ La comparaison des indicateurs sur les périodes de juin 2015/ juin 2015 et septembre 2015 / septembre 2016 à février 2016 / 2017 fait ressortir que :

- La volumétrie totale d'avis obligatoires (hors ALD) et des avis rendus sur arrêts de travail est en baisse sur toute la France, de manière un peu plus marquée sur les 8 ELSM expérimentateurs du SMMOP (-4,1 points pour les avis obligatoires et -5,4 sur les avis arrêts de travail) ;
- Une baisse du taux de respect du délai de traitement des rechutes AT < 25 jours, de manière un peu plus marquée sur les 8 ELSM expérimentateurs du SMMOP (-9,3 points contre -1,3 points) ;
- Une régression du taux de respect des délais de gestion « invalidité à la demande des assurés » de 10,6 points pour les ELSM testeurs et de 5 points pour le niveau national.

⁴² La mise en place d'IRP dans les services du contrôle médical est une action prévue dans la COG. A la suite d'une décision de la DIRECCTE du 4 mars 2014, puis de l'élaboration et de la publication, sur demande de la CNAMTS, du décret n°2015-1622 du 9 décembre 2015 rattachant officiellement ces personnels administratifs à la CNAMTS, un accord a été conclu entre la CNAMTS et les organisations syndicales, portant sur la structure des instances au niveau national (comité d'entreprise) et régional (comités d'établissements) et de la délégation du personnel, pour l'ensemble des salariés du service du contrôle médical : praticiens-conseils et personnels administratifs. L'alignement des instances représentatives du personnel du service de contrôle médical sur le droit commun des relations conventionnelles de travail et leur autonomisation par rapport aux instances représentatives des caisses a connu son aboutissement en 2016. Les élections des premiers représentants communs ont eu lieu au printemps 2017.

Schéma 2 : Organisation cible d'un ELSM prévue dans le cadre du SMMOP



Source : CNAMTS

[132] Peut-être davantage que par le biais d'équipes communes, la mission considère que l'alignement des objectifs des CPG des DRSM et des CPAM ainsi que le déploiement du SMI (voir *infra*) sont des vecteurs puissants de décloisonnement des services ; en appréhendant les processus de bout en bout, le SMI permet en effet de poser très concrètement des objectifs et des indicateurs alignés sur une même cible. Il se crée ainsi une interdépendance entre services, les contraignant à imaginer des mécanismes de concertation et de travail en commun efficaces. Dans les départements visités, la mission a pu prendre connaissance des mécanismes de coopération mis en place au niveau local, généralement des comités de pilotage communs, réunis à fréquence régulière pour analyser conjointement la performance des différents processus partagés.

1.4.2.2 Le service social peine à asseoir des missions qui s'inscriraient en cohérence avec les orientations stratégiques de la branche maladie et l'évolution de l'écosystème social

[133] A la différence de l'articulation entre les CPAM et le service médical, celle avec le service social n'est pas mentionnée dans la COG, reflétant le peu d'attention accordée à cette composante de l'assurance maladie dans les orientations stratégiques de la branche, ce que la mission a pu observer de façon plus générale au cours de ses investigations.

[134] Le service social de l'assurance maladie (2600 ETP) est rattaché aux CARSAT⁴³ (de même que les personnels chargés de la tarification des risques professionnels), même si ses implantations locales sont hébergées par les CPAM. Il n'y pas de co-pilotage national CNAMTS/ CNAV du service social, malgré des actions ponctuelles (circulaires conjointes en 2007 et 2011 pour définir les missions ; mise en place d'un programme conjoint, le plan « proximité autonomie de l'avancée en âge », dit P3A). La CARSAT Languedoc-Roussillon a historiquement joué un rôle dans le pilotage du service social⁴⁴. Aujourd'hui, l'animation du réseau des directions régionales du service social est assurée par la CNAMTS, par le département des publics fragiles, au sein de la DDO.

⁴³ Ce positionnement dans les CARSAT est précisé par l'article L 215-1 du code de la santé publique, ainsi que par l'article article R 262-11 du code de la sécurité sociale.

⁴⁴ Une mission nationale avait été confiée par la CNAMTS au directeur de la CARSAT Languedoc-Roussillon. Une certaine ambiguïté demeure sur la prolongation de ce mandat, même si le pilotage de la CNAMTS s'est affirmé par ailleurs.

[135] Le service social reste méconnu au sein de l'assurance-maladie, à la CNAMTS comme au sein du réseau. Ainsi, la mise en œuvre de PFIDASS a traduit une certaine ignorance des missions et des compétences des travailleurs sociaux (voir *supra*). Les relations restent peu développées entre le service social et le service médical d'une part, le service social et le département des risques professionnels d'autre part, malgré des convergences sur les ciblage des publics (programmes sur les IJ notamment). Le CPG maladie des CARSAT et des DRSM prévoyait pourtant des objectifs visant à encourager les signalements croisés, mais ceux-ci peinent à porter leurs fruits⁴⁵.

[136] Il n'est pas aisé aujourd'hui de définir le cœur de métier du service social : selon les termes de la circulaire de 2011⁴⁶, le service social est un « service expert, spécialisé sur l'accompagnement des assurés vulnérabilisés par des problèmes de santé, de handicap et de vieillissement ». Dans le bilan 2015 du service social (de l'assurance maladie), il est défini comme un « service social spécialisé en santé ». Pour les CPAM, il s'agit du service social des CARSAT, tandis que pour les CARSAT, c'est le service social de l'assurance maladie.

[137] Or les missions très variées, voire éclatées (voir encadré ci-dessous) du service social, ne favorisent pas un positionnement clair, que ce soit en interne ou en externe. La COG a contribué à ce foisonnement en maintenant les orientations précédentes tout en incitant le service social à intervenir auprès des jeunes.

Encadré 8 : Le service social de l'assurance maladie

Le service social de l'assurance maladie comptait 2620 ETP en 2016, dont 1663 travailleurs sociaux. Il est implanté sur 225 sites (dans les CPAM), et compte 1745 lieux d'accueil. Près de 600 000 assurés étaient accompagnés par le service social en 2016 (+10 % depuis 2014), dont environ 25 % en action collective (en hausse régulière : 20 % en 2010). Les signalements des assurés étaient issus pour 68 % des requêtes automatisées des CPAM, pour 20 % des partenaires, et pour 13 % d'une demande de l'assuré.

Le service social propose sept offres de services aux assurés :

1. Le programme pour les assurés en arrêt de travail (44 % des assurés reçus en 2015). L'offre est systématique pour les assurés en arrêt de travail depuis plus de trois mois, signalés mensuellement par les CPAM. Les effets de ce programme sur l'accès aux soins et la préparation du retour à l'emploi sont mesurés par une étude d'impact annuelle⁴⁷ ;
2. Le programme de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) (22 % des interventions) s'adresse aussi aux assurés en arrêt de travail pour favoriser le maintien dans l'emploi. Il repose plus spécifiquement sur une collaboration avec des partenaires (service médical, service administratif, services de santé au travail, SAMETH⁴⁸,...), au moyen notamment des cellules PDP pour les cas les plus complexes⁴⁹ ;

⁴⁵ En 2016, dans les CPG des CARSAT, le taux de réussite nationale de l'objectif du taux de signalements du service médical ayant fait l'objet d'une réponse du service social dans les deux mois à compter de la date de réception du signalement s'élève à 83 %, ce qui est faible en comparaison du taux général de 97 %.

⁴⁶ Circulaire CNAM/CNAV du 19/12/2011 sur les missions et priorités du service social des CARSAT/CRAM/CGSS

⁴⁷ L'étude menée en 2015 auprès de près de 10 000 assurés montre par exemple que 43 % des assurés ont engagé des démarches pour préparer leur retour à l'emploi, 58 % ont pris contact avec le médecin du travail, et 56 % ont engagé des démarches pour leur santé.

⁴⁸ Services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

⁴⁹ L'étude d'impact 2015 de ce programme, conduite auprès de 4000 assurés, montre que 73 % des assurés déclarent avoir pris contact avec le médecin du travail, mais seuls 31 % des bénéficiaires ont pu être maintenus en emploi. 33 % des assurés se sont toutefois maintenus sur le marché du travail. Les autres interventions se sont soldées par une mise en invalidité, à la retraite ou en incapacité (12 %) ou par une aggravation de l'état de santé, un décès ou une décision d'interruption de l'accompagnement par l'assuré (25 %).

3. L'accompagnement social lors de la sortie d'hospitalisation concerne 13 % des assurés accompagnés. Ces derniers sont signalés par les établissements de santé, qui constituent les principaux partenaires du service social. L'assistant social s'appuie principalement sur le dispositif d'Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH) de la branche retraite pour mettre en place une aide à domicile⁵⁰;
4. L'accompagnement du passage à la retraite des assurés en situation de fragilité économique et sociale (9 % des assurés suivis) s'intègre dans le plan national P3A. Elle vise à favoriser l'accès aux droits et à la complémentaire santé, ainsi qu'à orienter vers les acteurs sociaux. Cependant, les guichets retraite ont des difficultés à se mobiliser pour la détection des fragilités dans le cadre des entretiens retraite ;
5. L'intervention du service social auprès des personnes susceptibles de bénéficier de l'ACS concerne 9 % des assurés. Elle cible plus particulièrement les assurés bénéficiaires de l'ACS n'ayant pas utilisé leur chèque pour souscrire une complémentaire ;
6. Le programme d'accompagnement des assurés atteints de pathologies lourdes et invalidantes (3 % des assurés) qui vise à permettre aux assurés de faire face aux conséquences de la maladie ;
7. Le programme dédié aux jeunes (2 % des interventions) a été développé en 2015, dans le cadre de la COG. Il s'articule avec l'action PLANIR des CPAM.

[138] Dans ce contexte, le service social est, d'une part, peu intégré dans le réseau assurance maladie et, d'autre part, est resté au bord du chemin dans les dynamiques de repositionnement stratégique de la branche.

[139] Sur le premier point, une des difficultés principales pour une meilleure intégration dans le réseau tient au manque de lisibilité pour les partenaires de l'action du service social et de son impact. Il est vrai qu'à la différence des autres entités du réseau, les CPG du service social n'induisent pas un pilotage par objectifs mais recensent un certain nombre d'indicateurs et de cibles de moyens, souvent basées sur la reconduction de l'activité de 2013. Pourtant, à la différence de beaucoup d'autres services sociaux, le service social de l'assurance maladie est doté d'un système d'information riche en données⁵¹ et la dématérialisation complète des dossiers est effective depuis plusieurs années.

[140] Le SMI pourrait en théorie constituer un vecteur d'intégration, à l'instar de ce que la mission a observé pour le service médical, mais le service social n'est qu'exceptionnellement inclus dans les processus tels qu'ils sont décrits. A titre d'illustration, le processus IJ ne comprend pas la phase de l'accompagnement social qui se déclenche, le cas échéant, au-delà de 90 jours ; un simple renvoi est fait vers le RNP spécifique à l'accompagnement social, toujours en cours d'élaboration.

[141] Sur le deuxième point, la non participation au repositionnement stratégique de l'assurance maladie, le fait qu'un programme majeur, tel que PFIDASS, ait pu être mis en œuvre non seulement en ne plaçant pas au cœur de cette mission le service social mais aussi en ne l'y associant qu'*a posteriori*, par le biais de la lettre réseau du printemps 2017, est emblématique (voir *supra*). La mission considère que, compte tenu de l'investissement effectif des CPAM dans l'accompagnement des publics précaires, il n'est plus possible de revenir en arrière mais que cette occasion manquée doit désormais conduire l'assurance maladie à réinterroger fondamentalement les missions du service social.

⁵⁰ L'étude d'impact du programme en 2015 auprès de 3600 assurés atteste que 85 % des assurés ont pu bénéficier d'une aide pour le maintien à domicile.

⁵¹ Le système d'information permet de connaître les caractéristiques socio-administratives des bénéficiaires, les modes d'intervention, les problématiques traitées, les différentes offres de service dont ils ont bénéficié ; il ne permet pas d'analyser la répartition des 1650 ETP d'assistants sociaux pour chacune des offres de service (pas de comptabilité analytique).

[142] De même, le lancement d'un PRADO populationnel, auprès des personnes âgées en sortie d'hospitalisation, s'est fait sans le service social, mobilisé sur cette population via le déclenchement de l'ARDH. L'articulation ne s'est pas plus construite entre le service social et l'expérimentation nationale PAERPA⁵², même si celle-ci ambitionne de s'appuyer sur les dispositifs existants, dont l'ARDH. La plus-value de l'accompagnement par le service social de l'assurance maladie d'une personne âgée en sortie d'hospitalisation, déjà inscrite dans un parcours soutenu par les coordinations territoriales d'appui (CTA), auprès desquelles le conseiller assurance maladie est susceptible d'intervenir comme facilitateur, n'est pas évidente.

[143] Dernier exemple : le service social n'est pas mentionné comme partenaire des programmes nationaux de prévention de l'assurance maladie (dépistage, Sophia...), alors que le service social revendique de réaliser des actions spécifiques appelées « parcours prévention santé ».

[144] La conduite en 2016 d'une mission nationale sur le service social, lancée hors du circuit habituel du CNG – une nouvelle illustration du positionnement en marge du réseau du service social - et pilotée par deux directeurs de CARSAT, n'a pas suffi à répondre à ce défi. L'analyse des forces et faiblesses du service social sur chacun des axes d'intervention est menée de façon détaillée et critique - est déploré en particulier le manque de coopération et de communication entre partenaires ; elle ne tire cependant pas pleinement les conséquences :

- des repositionnements en cours des acteurs de l'assurance maladie qui gravitent autour du service social ; en particulier, de nouveaux métiers se sont développés au sein des CPAM et des ELSM – techniciens PFIDASS, conseillers assurance maladie, facilitateurs IJ, infirmiers du service médical... - qui, en dépit d'une volonté affichée d'intervention coordonnée, concurrencent en réalité le service social sur certaines de ses missions traditionnelles.
- des évolutions du travail social, impulsées au niveau national dans le cadre du plan national du travail social⁵³, en faveur de la construction de parcours coordonnés, de la désignation d'un référent social unique (expérimentation en cours), de l'organisation d'un premier accueil social inconditionnel, de la promotion du développement social... ; or la plus-value potentielle du service social tient certes à son savoir-faire en matière d'évaluation globale d'une situation personnelle et de remobilisation de l'assuré mais aussi à sa capacité à se mettre en réseau avec les autres acteurs de la sphère sociale. Au terme de ses investigations, la mission estime que la répartition des rôles et l'articulation opérationnelle avec les services sociaux polyvalents des conseils départementaux et des CCAS ou les associations actives dans le champ de la lutte contre les exclusions ne sont pas suffisamment pensées, alors que justement les passages de relais et les interventions coordonnées sont indispensables pour sortir des logiques de guichet et des accompagnements cloisonnés⁵⁴.

⁵² Conçue à partir de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, la démarche nationale PAERPA vise à faciliter le parcours de la personne âgée en risque de perte d'autonomie. Expérimentée dans neuf territoires à partir de fin 2013 – début 2014, elle a fait l'objet d'une évaluation qualitative publiée en mai 2017 ; celle-ci évoque le rapprochement opéré sur le territoire parisien avec le dispositif PRADO, avec l'intervention du conseiller assurance maladie pour faire le lien entre l'hôpital, la CTA et les professionnels de ville. Le service social de l'assurance maladie n'est pas mentionné parmi les partenaires.

⁵³ Le plan d'action en faveur du travail social et du développement social a été présenté en conseil des ministres en octobre 2015. Il est l'aboutissement des travaux menés depuis 2012, notamment dans le cadre des "Etats généraux du travail social".

⁵⁴ Quant aux travailleurs sociaux de la branche famille, ils ne sont pas considérés comme des interlocuteurs naturels, le service social de l'assurance maladie estimant que les publics ciblés sont différents ainsi que les modes d'intervention, les CAF étant davantage tournées vers les actions collectives et le développement social.

[145] Les suites données à cette mission nationale ne sont pas non plus à la hauteur des enjeux. Ainsi, un *powerpoint* de synthèse a été constitué et présenté au CNG en février 2017, dont il ressort que les principales actions à conduire consistent en un renforcement des articulations avec les autres entités du réseau. C'est aussi le pilotage du service social qui est en question, quelques personnes au sein du département chargé de l'accompagnement des publics fragiles en portant seules la responsabilité ; l'impulsion donnée au cours des dernières années à l'animation du réseau n'a pas suffi à faire évoluer le service social, en phase avec les autres organismes du réseau.

[146] Pourtant, le service social, tel que la mission a pu l'observer lors de ses déplacements en Bourgogne Franche-Comté et en Alsace-Moselle, est doté de ressources et de compétences importantes, qui justifient son orientation sur des missions où sa valeur ajoutée serait la plus forte.

1.4.3 Un approfondissement de la mutualisation conduit avec succès sur un périmètre au final restreint

[147] Alors que les périodes conventionnelles précédentes avaient été marquées par des opérations de fusion entre organismes, afin d'aligner leur périmètre d'intervention sur la maille départementale – 48 caisses infra-départementales ont ainsi été recomposées en 22 organismes -, la COG 2014-2017 a prévu des actions de plus faible envergure.

[148] L'approfondissement de la mutualisation ne fait l'objet que d'une brève mention dans le texte de la COG⁵⁵ et d'un objectif générique : « élaborer et déployer un socle national de mutualisation ». Sur cette base, l'assurance maladie a développé au cours de la période conventionnelle un chantier de mutualisation entre CPAM, dit TRAM, concernant une douzaine de processus à l'échelle de l'ensemble du territoire. C'est sous la forme d'une mission déléguée, conduite en 2015-2016 sous l'égide du CNG (MD 17), que la caisse nationale et des représentants du réseau ont conjointement réfléchi à des orientations stratégiques de mutualisations d'activité. Celles-ci sont en effet autorisées par l'évolution des outils (dématérialisation des process, décloisonnement des bases, télétravail...) et rendues nécessaires par la fragilité de certains petits organismes sur des processus requérant une forte expertise. TRAM a été conçu dans un premier temps principalement dans une logique de maîtrise des risques.

[149] Les principes généraux sous-tendant la démarche et retenus au final sont les suivants : réaffirmer l'importance du maillage départemental ; garantir le maintien d'une diversité dans l'activité des CPAM, quelle que soit leur taille ; améliorer et harmoniser le niveau de performance collective du réseau ; veiller à une répartition équilibrée des missions nationales et des fonctions mutualisées ou d'expertise sur l'ensemble du territoire, au profit plutôt des petites caisses (les 31 CPAM dont l'effectif est inférieur à 235 ETP bénéficient en moyenne d'un gain net ETP de 2,8 %), au nom de la solidarité entre organismes.

⁵⁵ Fiche 16 : « Tirant les enseignements des mutualisations mises en œuvre depuis 2006, l'assurance maladie déploiera sur l'ensemble du territoire quelques processus mutualisés ciblés qui ont déjà été mis en œuvre dans le réseau comme la gestion des rentes ; la gestion des pensions d'invalidité ; la gestion des capitaux décès. Le travail en réseau a ainsi vocation à revêtir désormais une dimension nationale pour optimiser certains processus-clés, faciliter la reprise de certaines activités ou garantir le niveau d'expertise requis sur des sujets spécifiques ou complexes ».

[150] La description détaillée du contenu, de la conduite de projet et de l'état d'avancement de TRAM figure en annexe 4. On peut en retenir les éléments suivants :

- Un cadre de mutualisation fixé au niveau national, alors que les mutualisations précédentes étaient décidées de gré à gré entre directeurs des organismes ; la CNAMTS a arrêté la liste des processus devant faire l'objet d'une mutualisation et élaboré, pour chacun d'entre eux, un cahier des charges très précis, construit sur un format homogène ; la CNAMTS a examiné et validé l'ensemble des schémas régionaux, au regard des critères arrêtés en amont et ainsi veillé à la cohérence d'ensemble de la démarche. Dans le même esprit, pour l'attribution des processus nationaux, la CNAMTS a mis en oeuvre de manière transparente une procédure d'appel à projet sur la base d'un cahier des charges ;
- L'organisation, au sein de la DDO, d'une chefferie de projet, dédiée à TRAM et en capacité de mobiliser les ressources de la caisse nationale pour assurer le succès du chantier (SI, encadrement RH, accompagnement de la consultation des IRP, outils de mesure de la performance, dispositions comptables...) ; la qualité et la réactivité de l'accompagnement réalisé par la caisse nationale ont été relevées par tous les interlocuteurs au niveau local de la mission ; ce pilotage a permis de cadencer la démarche et de tenir les échéances, tant pour arrêter les schémas régionaux que pour organiser les transferts d'activité ;
- La délégation de la conduite de la négociation du schéma régional de mutualisation aux directeurs des CPAM concernés, sous l'égide d'un référent régional TRAM, désigné parmi les directeurs, et avec recours, le cas échéant, au niveau national pour arbitrage ; charge à eux de trouver les bons équilibres territoriaux ; s'est créée ainsi au niveau régional une véritable dynamique de fonctionnement en réseau, soulignée par les directeurs de CPAM interrogés par la mission à ce sujet, reposant sur la bonne volonté de tous ;
- La volonté de la caisse nationale, et même s'il ne s'agissait pas de l'objectif initial principal, d'assortir les mutualisations de cibles de performance et de se doter des moyens de les intégrer aux objectifs des directeurs puis de la caisse prenante elle-même et de les suivre ; aussi les cahiers des charges élaborés pour chaque processus mutualisé précisent-ils des cibles de productivité opposables à la caisse prenante et se calant généralement sur le 7^e ou le 8^e décile, estimés à partir des données diagnostic performance 2014. Ces cibles sont appelées à évoluer dans le temps, en fonction du RNP du processus et de l'actualisation des données de diagnostic performance.

Encadré 9 : Le schéma régional TRAM Bourgogne-Franche-Comté vu par la Nièvre

La mise en œuvre du schéma régional TRAM de Bourgogne-Franche-Comté s'inscrit dans le projet d'entreprise de la CPAM de la Nièvre, dont la première ambition est de positionner l'organisme au sein du réseau de l'assurance maladie. Elle emporte les conséquences principales suivantes pour la caisse :

- gestion pour le compte du national de l'un des six plateaux nationaux capitaux décés, mais cession de la paie à l'un des centres nationaux, celui de Strasbourg ;
- cession de deux processus qui étaient déjà partiellement mutualisés, l'invalidité pour la constitution d'un pôle régional à Lons-le-Saunier (soit -16,29 ETP pour Nevers) et les rentes accidents du travail pour la constitution d'un pôle régional dans le Doubs (-7,20 ETP pour Nevers) ;
- constitution d'un plateau régional à Nevers pour le processus feuilles de soins papier (soit + 21,22 ETP à Nevers, en provenance d'Auxerre, Belfort, Besançon, Vesoul, Lons et Mâcon).

En dépit de la perte de deux processus considérés comme nobles, invalidité et rentes AT, la CPAM de Nevers s'est dit satisfaite du contenu du schéma régional, jugeant que toutes les parties prenantes avaient recherché une solution consensuelle, au nom de la solidarité entre caisses et le maintien des équilibres territoriaux, et que tous y avaient finalement trouvé leur compte.

Ces opérations ne se traduisent pas concrètement par des transferts géographiques d'agents entre caisses mais par des ajustements progressifs des moyens humains de chaque caisse, avec le recrutement de nouveaux collaborateurs, au gré du *turn over* naturel, et la formation interne d'agents qui étaient affectés à des processus cédés. Tous les interlocuteurs de la mission ont insisté sur l'importance majeure de l'accompagnement au changement, qui conditionne la réussite de TRAM.

[151] Au total, cette volonté de maîtrise du projet, conjuguée à la grande prudence quant à la restructuration du réseau de l'assurance maladie et à la volonté de limiter au maximum les impacts RH, explique le périmètre relativement restreint des mutualisations ; selon les données de la CNAMTS, après consolidation des ETP correspondants aux nouveaux pôles cédants, l'impact global de la démarche TRAM – en termes de transfert d'activité entre organismes – est estimé entre 4 et 5 % des effectifs des caisses primaires. Au gré de ses déplacements dans le réseau, la mission a pu mesurer à quel point le résultat net de ces trocs d'ETP constituait pour les directeurs un critère d'appréciation majeur des schémas régionaux, les directeurs d'Ile-de-France ayant même décidé entre eux de neutraliser les transferts théoriques. Les mobilités géographiques d'agents sont restées exceptionnelles, liées alors à des projets personnels ; en revanche, les caisses se sont toutes engagées dans l'accompagnement de mobilités fonctionnelles, afin d'organiser la reprise progressif de processus mutualisés. Le principe appliqué est finalement bien celui d'une localisation des activités sur le territoire en fonction des ressources humaines disponibles plutôt que d'un transfert géographique d'agents, dans le respect des dispositions conventionnelles de l'accord UCANSS (protocole d'accord relatif à l'évolution des réseaux du 30 décembre 2013).

[152] Dans ce schéma de mutualisation, la paie est le seul processus support (avec la gestion des oppositions) qui a été intégré. La CNAMTS a retenu 10 centres nationaux de gestion de la paie des CPAM, CTI, UIOSS et CRAMIF, regroupant entre 20 et 30 ETP, et deux centres nationaux de gestion de la paie des DRSM. Cette option a été privilégiée à celle d'une mutualisation inter-branche, menée par ailleurs entre la CNAF et l'ACOSS, sous l'impulsion de la DSS, et à laquelle l'assurance maladie n'a pas souhaité s'associer à ce stade.

1.4.4 Une dynamique régionale morcelée avec un centre de gravité toujours départemental

[153] Si la mise en œuvre du projet TRAM a permis d'impulser une dynamique de coopération au niveau régional, dans le cadre d'un comité de direction régional, la gouvernance de l'assurance maladie à ce niveau territorial reste morcelée.

[154] D'une part, les services du contrôle médical sont organisés au niveau régional, au sein des directions régionales du service médical (DRSM), de même que le service social et les services en charge des risques professionnels au sein des CARSAT. Cependant, le périmètre géographique n'est pas aligné à celui des nouvelles régions administratives ; il subsiste ainsi 20 DRSM et 16 CARSAT. Par ailleurs, cette échelle territoriale permet certes des mutualisations et une allocation facilitée des moyens entre échelons locaux respectivement du service médical et du service social, selon les besoins ; mais, en étant différente de celle des CPAM, elle induit une distorsion dans les niveaux de gouvernance qui peut entraver la coopération. La DRSM de Midi-Pyrénées par exemple compte huit CPAM comme interlocuteurs ; son choix de positionnement sur certains sujets, tels que la participation du service médical aux actions PLANIR ou à la PFIDASS, est arrêté pour l'ensemble de la région, alors que les CPAM ont défini des politiques locales distinctes, avec des degrés d'avancement des actions variables ; il en résulte un faible engagement du service médical dans ces dispositifs.

[155] D'autre part, les DCGDR ont, pour leur part, un périmètre d'intervention aligné sur celui des agences régionales de santé et donc des nouvelles régions administratives. Structures légères, dirigées par l'un des directeurs de la région (directeur de CPAM ou DRSM) désigné par la caisse nationale, les DCGDR sont chargées en particulier de coordonner la mise en œuvre des programmes nationaux de gestion du risque, d'analyser et de comparer les résultats locaux et de faire progresser les synergies au sein du réseau⁵⁶.

[156] De par leur structuration, elles constituent un interlocuteur privilégié non seulement pour l'ARS mais aussi pour la CNAMTS, qui trouve dans le nombre réduit d'interlocuteurs une opportunité pour une animation de réseau plus dynamique. Dans ce cadre, les DCGDR ont pu faire valoir leur souhait d'être davantage associés à la construction des politiques nationales de GDR, de moduler les objectifs nationaux en fonction des réalités régionales et de pouvoir développer un plan d'actions GDR régional⁵⁷. Cette orientation va au-delà de la réflexion, conduite actuellement dans le cadre d'une nouvelle mission déléguée, sur les possibilités de différenciation des CPG des CPAM pour tenir compte de la diversité des activités des caisses, résultat de TRAM.

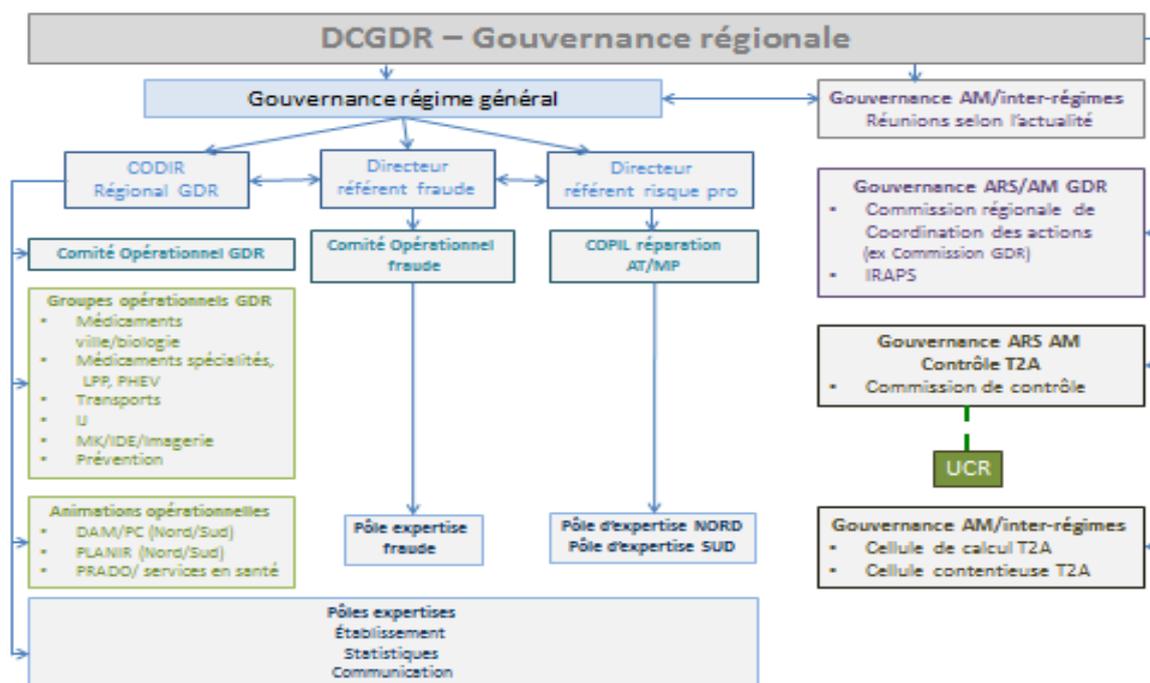
[157] Si la mission n'était pas appelée à évaluer l'efficacité de l'action des DCGDR en matière de gestion du risque, compte tenu de l'autre mission IGAS en cours, elle a toutefois relevé que l'élargissement du périmètre de la coordination aux risques professionnels et à l'accès aux droits et aux soins des publics fragiles, introduit en 2016, n'avait pas permis de donner un cadre adéquat et dynamique à ces nouveaux sujets, relégués au second rang en raison de la priorisation des sujets GDR. Pour la problématique des risques professionnels, les caisses ont souvent fait le choix d'organiser des séances de coordination distinctes, sous l'égide d'un directeur référent distinct du DCGDR. En dépit de leur interrogation sur la pertinence de ce rattachement, les DCGDR estiment que le travail entrepris au niveau régional sur cette thématique permet d'harmoniser les pratiques des CPAM et de s'interroger sur les fortes variabilités du taux de reconnaissance des accidents du travail ; obligeant au final à une collaboration renforcée entre DCGDR, CARSAT et DRSM pour constituer un pôle d'expertise régional sur le sujet.

[158] La problématique de l'accès aux droits et aux soins des publics fragiles, quant à elle, ne fait l'objet, dans les régions visitées par la mission, que d'une animation très ponctuelle, les caisses peinant à mettre en évidence la valeur ajoutée de cette coordination. Peut-être l'élaboration des prochains programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), volet des projets régionaux de santé (PRS), constituera-t-elle une opportunité pour définir des positions communes, à porter auprès de l'ARS.

⁵⁶ Lettre réseau DDGOS-15/2016 du 29 février 2016 sur les missions et modalités de fonctionnement de la coordination GDR.

⁵⁷ Note des DCGDR élaborée à la suite du séminaire du 22 novembre 2016. Une note de mai 2017 valide le principe d'adaptation des actions nationales (sur le type d'acteurs ciblés et leur volume ; le vecteur utilisé ; le calendrier) et de détermination d'actions locorégionales. Après une analyse médico-administrative partagée suite au diagnostic régional, celles-ci doivent être validées par le CODIR GDR dans chaque région et se focaliser sur maximum 3 thèmes de maîtrise médicalisée (thèmes pour lesquels la région fait le constat d'un gisement de performance significatif ou sur lesquels la région a été la moins performante l'année précédente). Les actions à gains rapides devant être prioriser en termes de calendrier.

Schéma 3 : Exemple de la gouvernance régionale en Nouvelle-Aquitaine



Source : CNAMTS

[159] A noter, enfin, que sur d'autres sujets, s'est constituée une coordination régionale *ad hoc*, à l'instar des centres régionaux de promotion d'Osmose (voir *supra*).

[160] Ni la dynamique régionale autour de TRAM, ni les actions de coordination entreprises sous l'égide des DCGDR ne contrebalancent toutefois pour l'heure réellement le centre de gravité que l'assurance maladie continue à placer au niveau de chaque département. Dans un courrier adressé aux directeurs de CPAM à l'occasion de la mise en œuvre du projet TRAM, le directeur général est très explicite à ce sujet⁵⁸.

1.5 Budget, productivité et systèmes d'information

[161] Les principaux chantiers inscrits dans la COG en matière d'efficience ont trait au système de management intégré (SMI), à l'optimisation du patrimoine immobilier et au pilotage de la performance des organismes du réseau (fiche n°17 de la COG). Les systèmes d'information font l'objet de la fiche n°20 de la COG, déclinée dans un schéma directeur des systèmes d'informations.

⁵⁸ « Le premier choix est de réaffirmer notre implantation départementale. J'ai la conviction que la force de l'assurance maladie réside dans sa capacité à développer, en plus de notre mission historique de remboursement, de nouvelles missions d'accompagnement de proximité de nos publics et partenaires territoriaux. Conserver le maillage actuel du réseau passe par l'existence d'une caisse primaire dans tous les départements, capable d'exercer l'ensemble de nos grandes missions. L'activité de chaque caisse doit en effet couvrir un ensemble de compétences qui intègrent bien entendu la ligne de contacts avec nos publics mais aussi la gestion des bénéficiaires et l'accès aux soins, des fonctions de production, les activités de gestion du risque et de lutte contre la fraude. »

1.5.1 Des budgets prévus dans la COG respectés

1.5.1.1 Avec une réduction de 5080 ETP entre 2014 et 2017 pour 12300 départs à la retraite, la CNAMTS respecte le cadrage budgétaire de la COG

[162] Les trajectoires budgétaires pluriannuelles ainsi que les règles budgétaires sont fixées dans l'annexe 1 de la COG. Les dépenses de personnel sont régies par des dispositions particulières par rapport aux autres organismes de sécurité sociale, avec deux règles cumulatives : une trajectoire d'effectifs déterminée en fonction d'un nombre de départs à la retraite prévisionnels de 9600 et l'application de la règle du non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux. Le nombre de départs à la retraite ayant été largement sous-évalué (12 314 au total), la trajectoire d'effectifs est respectée largement, selon la première règle, par la CNAMTS (voir tableau *infra*).

[163] Les CDD, qui ne sont pas inclus dans la trajectoire d'effectifs, sont stables (sauf en 2015) : 2850 en 2013 ; 2422 en 2014 ; 2946 en 2015 ; 2870 en 2016 (données en ETPMA).

Tableau 2 : Trajectoire d'ETPMA en CDI prévue dans la COG et réalisée

	2013	2014	2015	2016	2017	2017 après revoiture
Cible COG		68 724	67 788	66 615	65 396	64 806
Réalisé	69 886	67 748	66 097	65 173		
Diminution cumulée d'effectifs		- 2 138	-3 789	-4 713		-5 080

Source : Mission IGAS d'après données CNAMTS

[164] Si l'on considère la règle d'un taux de remplacement de 50 %, l'appréciation de l'effort réel porté par la branche maladie diffère légèrement. Une application strictement mathématique de la règle aurait conduit à une restitution de 6150 ETP. La CNAMTS a toutefois obtenu auprès de la tutelle de déroger à la règle du 1 sur 2 pour 730 postes, correspondant à la reprise en gestion de certains régimes (régime des mines et LMDE en 2015), ou à de nouvelles missions (gestion des frontaliers suisses en 2014, tiers payant ACS, DMP, renforts pour les juridictions sociales). Si l'on déduit ces créations de poste, la variation nette théorique s'élève à -5420 ETP.

[165] La COG prévoyait une clause de revoiture à la fin de l'année 2016, en fonction des départs à la retraite constatés, du nombre des emplois liés aux nouvelles missions et de la réalisation des objectifs de la COG. Celle-ci a conduit à un arbitrage favorable à la CNAMTS, avec une nouvelle cible de 64 806 ETP, soit un effort net de 5080 ETPMA sur 2014-2017. C'est donc ce chiffre qui devrait prévaloir au terme de la COG.

Tableau 3 : Variation d'effectifs prévisionnelle avec un taux de remplacement de 50 % et variation réelle (en ETPMA)

	2014	2015	2016	Cumul 2013-2016	2017 (prev)	Cumul 2013-2017 (prev)
Départs à la retraite	2 890	3 352	3 372	9 614	2 700	12 314
Variation selon la règle du un sur deux	-1445	-1676	-1686	4807	1350	6 157
Créations de postes	60	298	347	705	25	730
Variation nette théorique	- 1175	-1378	-1339	-3892	-1325	-5 427
Variation nette réelle	-2 138	-1 651	-924	-4 713	-367	-5 080

Source : Mission IGAS d'après données CNAMTS et DSS

[166] Par ailleurs, et c'est une nouveauté, la principale contrainte en gestion en matière de ressources humaines n'est plus la trajectoire d'effectifs, mais la RMPP (rémunération moyenne pour les personnels en place) qui encadre la progression de la masse salariale. Or la norme fixée initialement dans la COG (2,25 %) a été largement révisée à la baisse par la tutelle en cours de COG, comme l'atteste le tableau ci-dessous. Ces recadrages annuels (voire infra-annuel en 2017), justifiés par le cadre budgétaire national particulièrement contraint et la faible inflation, constituent une entorse forte au principe de pluriannualité budgétaire qui gouverne habituellement les COG. La masse salariale diminue légèrement sur la période de la COG (4,17 Mds€ en 2014 contre 4,031 Mds€ en 2016 et une prévision de 4,014 Md€ en 2017).

Tableau 4 : Cadrage de la RMPP entre 2013 et 2016

	2014	2015	2016	2017
Hypothèse de construction de la COG	2,25 %	2,25 %	2,25 %	2,25 %
Actualisation	2,25 %	1,65 %	1,75 %	1,70 %
Cadrage des tutelles (2014/2015)	1,95 %			
Cadrage des tutelles (2015/2016)		1,70 %		
Cadrage initial des tutelles				1,60 %
Cadrage révisé des tutelles (avril 17)				1,70 %

Source : CNAMTS et mission IGAS

[167] En conclusion, le respect par la branche maladie des cadrages d'effectifs et de masse salariale, sans crise de production ou difficultés sociales majeures, est à relever et témoigne d'une bonne maîtrise des effectifs. Ce constat positif doit toutefois être nuancé. La sous-estimation substantielle des départs à la retraite dans la COG (de l'ordre de 30 %), de nature politique et non technique, est critiquable, de même que la clause de revoyure inscrite dans la COG. Elles ont conduit à un effort d'efficience très heurté sur la période conventionnelle : la très forte contrainte de début de COG (-2150 ETP en 2014 -1650 ETP en 2015) s'est atténuée en 2016 (-900 ETP), et plus encore en 2017 (-350 ETP). Ceci a conduit la CNAMTS à réattribuer, de manière dispersée, des ETP au réseau en 2017 par rapport aux effectifs initialement notifiés, alors même que des gains substantiels de productivité étaient réalisés dans la même période, liés à la PUMA et à la réforme du logiciel PSE de demande d'ALD (cf. point suivant 1.4.2). Le signal envoyé au réseau apparaît donc contradictoire et faiblement mobilisateur.

[168] Enfin, la remise en cause de la pluriannualité budgétaire par la tutelle nuit à la crédibilité de l'outil COG. *A minima*, un cadrage budgétaire stable pour une période de deux ans paraît souhaitable et nécessaire, en restant compatible avec le calendrier des lois de programmation pluriannuelles des finances publiques (révisées tous les deux ans).

1.5.1.2 Une répartition relativement homogène des baisses d'effectifs entre les différentes composantes du réseau (CPAM, DRSM, CARSAT)

[169] Comme l'illustre le tableau présenté ci-dessous, les CPAM ont porté l'essentiel (83 %) des diminutions d'effectifs sur la période 2013/2016. Cependant, si l'on rapporte l'évolution au nombre d'effectifs, le taux d'effort des principales composantes du réseau (CPAM/DRSM/CARSAT) apparaît relativement homogène, de l'ordre de 6 à 7 % des ETPMA (à l'exception des CTI, dont les effectifs sont stables, et de la CNAMTS). Les effectifs de la CNAMTS ont augmenté entre 2013 et 2014, en lien avec le renforcement de missions nationales telles que le DMP ou le SNDS, mais diminuent depuis (-2 % depuis 2014).

Tableau 5 : Evolution en ETPMA des différentes composantes du réseau entre 2013 et 2016

exécuté, en ETPMA	2013	2014	2015	2016	Evolution 13-16	En % des effectifs
CPAM/CGSS	52 936	50 944	49 718	49 025	-3 911	-7 %
DRSM	7 697	7 541	7 357	7 240	-457	-6 %
CARSAT	4 833	4 741	4 617	4 536	-297	-6 %
<i>Dont assistantes sociales</i>	1 677	1 652	1 647	1 646	-31	-2 %
<i>Dont autres</i>	3 156	3 089	2 970	2 890	-266	-8 %
CNAMTS	2 118	2 172	2 139	2 137	19	1 %
CGSS	1 778	1 765	1 736	1 710	-68	-4 %
CTI	523	529	530	525	2	0 %
TOTAL hors UGECAM	69 885	67 692	66 097	65 173	-4 712	-7 %

Source : CNAMTS

[170] Les taux de remplacement de départ à la retraite constituent un premier levier d'encadrement des dépenses de personnel des organismes (détail dans l'encadré). Pour les CPAM et les DRSM, ces taux de remplacement sont individualisés pour moitié en fonction de la performance des organismes, ce qui contribue à réduire les écarts de performance au sein du réseau. Cependant, on peut relever que certaines catégories d'emploi, telles que les assistants sociaux, sont épargnées par l'effort demandé à l'ensemble du réseau, sans que cela ne soit justifié par un surcroît de missions durant la COG. Certes, les gains de productivité sont plus facilement mobilisables dans les CPAM (notamment ceux générés par la dématérialisation) ; pour autant, d'autres catégories d'emploi contribuent à l'efficacité globale sans gains liés à la dématérialisation (emplois de la CNAMTS par exemple).

[171] La « réserve » d'ETP constituée par la CNAMTS en début de COG (600 ETP) puis lors de la clause de revoyure (550 ETP) déroge à ces taux de remplacement pour certaines fonctions jugées prioritaires (PRADO, PFIDASS, processus nationaux TRAM, infirmiers du service médical), en fonction de nouvelles missions (centre interrégime de saisie du tiers-payant), ou pour les missions dites nationales (OSMOSE par exemple).

Encadré 10 : Les taux de remplacement des départs à la retraite des différentes composantes du réseau de la branche maladie

Pour les CPAM : en 2014, un taux de remplacement plus exigeant (entre 20 et 40% selon les CPAM), a été fixé, car les recrutements ont été gelés jusqu'à la signature de la COG en juillet.

Sur la période 2015-2017, l'effort a été différencié : le taux global de remplacement était de 47 %, s'échelonnant de 25 à 75 % selon les CPAM, en fonction de quatre critères :

- pour 50 %, un critère de productivité apprécié à travers le coût du bénéficiaire consommant pondéré (BCP) ;
- pour 20 %, les résultats CPG sur la précédente COG 2010-2013 ;
- pour 20 %, les départs en retraite prévus sur la prochaine COG (2014-2017) ;
- pour 10 % la diminution des effectifs sur les 8 dernières années (2006-2013).

Pour les DRSM :

- Pour les personnels administratifs, la norme était d'un taux de remplacement de 26 % en 2014, puis d'un taux global de 49 % pour 2015-2017, différencié entre les DRSM (entre 30 et 75 %) selon la même méthode que les CPAM⁵⁹.

- Pour les personnels médicaux, la règle fixée, par exception, était celle d'un taux de remplacement à 100 %. Pour autant, cette règle plus favorable est quelque peu atténuée par la fixation d'un "effectif cible". Combinée à la suppression des postes vacants en début de COG et aux difficultés de recrutement dans certaines régions, les effectifs médicaux ont diminué de 130 ETP entre 2013 et 2016, soit une baisse comparable au reste du réseau (-7 %).

Pour les CARSAT, une même règle d'un taux de remplacement de 30 % a été fixée en 2014 aux CARSAT pour tous les départs à la retraite (dont assistants sociaux). Pour la période 2015-2017, les assistants sociaux ont été épargnés par les diminutions d'effectifs, avec un taux de remplacement de 1 pour 1. Le taux global de 50 % des départs à la retraite a donc été atteint en faisant porter un effort important aux autres personnels (taux de remplacement d'environ 30 % pour les assistants des travailleurs sociaux, personnels dédiés aux risques professionnels).

A la CNAMTS, le taux de remplacement était de 68 % sur l'ensemble de la COG. De même que pour les CTI, dont le taux de remplacement était théoriquement de 50 % sur la COG, les effectifs sont stables ou en légère hausse sur la période conventionnelle.

[172] Par ailleurs, les normes de RMPP sont déclinées dans les organismes par le biais d'un courrier annuel. Les différents organismes, interrogés par la mission, ont confirmé que cette norme était la plus contraignante en matière de pilotage des ressources humaines.

[173] Enfin, un élément supplémentaire de pilotage des ressources humaines a été introduit concernant les DRSM, à travers la définition d'effectifs cibles en personnel administratif et médical. Ces effectifs cibles sont déterminés en fonction des caractéristiques de la population (bénéficiaires consommant pondérés) et du système de soins (indemnités journalières, nombre de professionnels de santé et de nombre de séjours hospitaliers). Ceci vise à accroître l'efficacité et à homogénéiser les effectifs des différentes régions. Pour les praticiens conseils de niveau B, cela se traduit par le redéploiement de 18 postes sur 273, soit environ 5 % des effectifs, au fil des départs.

⁵⁹ Le critère retenu pour mesurer la productivité est celui de l'indicateur synthétique.

1.5.1.3 Sur les autres postes de dépenses, un cadrage budgétaire respecté

[174] Le cadrage budgétaire de la COG est respecté concernant les autres dépenses de fonctionnement (hors dépenses de personnel), les dépenses d'investissements⁶⁰, ainsi que l'action sanitaire et sociale (FNASS) (voir tableau ci-dessous). La sous-exécution importante sur certains budgets s'explique notamment par les règles de report très favorables prévues dans la COG.

Tableau 6 : Prévion et exécution des dépenses d'investissement et de fonctionnement (hors personnel) du Fonds national de gestion

En millions d'euros	2014	2015	2016	2017
Autres dépenses de fonctionnement				
Cible COG	1 099,8	1 078,5	1 069,5	993,4
Budget exécutoire	1 099,8	1 158,9	1 194,4	
Exécution	1 041,9	1 011,3	974,8	972,9 (prev. avril 2017)
Taux d'exécution	95 %	87 %	82 %	
Dépenses d'investissement				
Cible COG	273,7	302,3	296,1	265,9
Budget exécutoire	289,1	425,9	582,5	262 (budget initial)
Exécution	216,8	221,9	290,4	383,6 (prev.)
Taux d'exécution	75 %	52 %	50 %	
Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) - dotation paramétrique				
Cible COG	89,3	84,1	80,3	80,3
Budget exécutoire	89,3	87,9	92,2	94,6
Exécution	85,5	75,8	78,0	82,9 (prev.)
Taux d'exécution	96 %	86 %	85 %	88 % (prev.)

Source : Données CNAMTS et direction du budget, traitement mission IGAS

[175] L'objectif d'économies sur les dépenses de fonctionnement (hors personnel) était fixé par la COG à 15 %. Il était près d'être atteint dès 2016, avec une baisse de 13 % entre 2013 et 2016 (-77M€)⁶¹. Les services extérieurs ont connu une baisse très sensible (-22 % sur cette période), en particulier pour les dépenses liées à l'immobilier (entretien/ réparation, locations construction,...), qui font l'objet d'un dialogue de gestion individualisé depuis peu⁶². Les dépenses d'affranchissement diminuent aussi sensiblement (-7 M€, soit -6 %), mais représentent encore 105 M€, soit 20 % des dépenses de fonctionnement (sur le périmètre concerné). Le gisement d'économies reste important à court terme : en 2016, la croissance des échanges dématérialisés a permis une économie de 4,5 M€ en matière d'affranchissement. Enfin, les achats connaissent aussi une diminution soutenue, en particulier les fluides et les fournitures administratives (-5 M€ pour chaque poste).

⁶⁰ Y compris en intégrant le cadre budgétaire supplémentaire demandé par la tutelle en 2015 (pilotage de 40 M€ d'économies supplémentaires sur le fonctionnement ; non report de 10 M€ d'action sanitaire et sociale).

⁶¹ Ce chiffrage de 77M€ ne tient compte que de la ligne budgétaire concernant les autres comptes de fonctionnement du réseau et de l'établissement public. L'objectif de -15% est fixé par la COG sur un périmètre plus large et comprend également les remises de gestion et les dépenses informatiques de fonctionnement.

⁶² 60 dialogues de gestion menés en 2016

[176] En matière d'immobilier, la CNAMTS a mené les différentes actions prévues par la COG (actualiser les schémas directeurs locaux, moderniser les accueils, poursuivre la politique de cessions, réduire les consommations d'énergie), même si le respect de la COG est facilité par la formulation générale des actions. La cible du ratio m² par agent n'est pas tout à fait atteinte en 2016 (12,1 m² pour un objectif de 12) malgré une politique de densification des surfaces occupées qui a permis une diminution du ratio (13 m² en début de COG). Le nombre de sites de production demeure élevé (en moyenne environ 5 par CPAM), et l'est probablement encore davantage pour les DRSM (même si la mission ne dispose pas de données sur ce point). Or, le ratio de 12 m² mesuré par l'UCANSS n'intègre pas les locaux des DRSM, du service social et des risques professionnels rattachés au CARSAT. La mise en place d'un suivi complet de ces surfaces, par réseau, serait souhaitable.

[177] Enfin, l'outil de recensement du patrimoine immobilier de la branche maladie RIOSS, qui est utilisé par les autres branches de la sécurité sociale, a connu des dysfonctionnements qui ont rendu son exploitation difficile pour l'UCANSS.

1.5.2 Des gains d'efficacité générés par la dématérialisation et par la PUMA

1.5.2.1 La dématérialisation constitue le principal levier de gains d'efficacité

[178] En 2014, le département du pilotage de la performance du réseau de la CNAMTS avait estimé que les projets de dématérialisation pouvaient conduire à un gain d'effectifs de près de 4300 ETP dans les CPAM (soit peu ou prou la diminution d'effectifs initialement prévue sur la COG). En 2017, un bilan a été réalisé, avec pour certains cas une évaluation *ex post* des gains. Le tableau n°7 résume ces travaux.

[179] Ce tableau met en évidence que, même si un certain nombre de projets a été abandonné, les projets de dématérialisation ont permis des gains d'ETP significatifs entre 2014 et 2017, qui peuvent être évalués à un peu plus de 3500 ETP (en excluant la PUMA et la réforme des ALD). Les plus forts gains d'efficacité sont liés à la poursuite de la dématérialisation des feuilles de soins (plus de 900 ETP), à la dématérialisation de l'attestation de salaire pour l'arrêt de travail (DSIJ) via la DSN (150 ETP), et à l'impact de l'utilisation des téléservices par les usagers sur la relation client (plus de 500 ETP). En ce sens, la contribution du SDSI aux gains d'efficacité et à la tenue de la trajectoire d'effectifs est déterminante. Le programme *quick wins* permet notamment des gains importants. A l'exception de la DSN, les échanges de données entre administrations n'ont pas contribué de manière significative aux gains d'efficacité, ceux qui ont été menés à bien (avec la CNAF notamment) n'ayant pas porté les fruits escomptés.

[180] Deux projets importants qui n'étaient pas prévus dans la COG ont produit des gains d'efficacité importants : la PUMA (au moins 450 ETP ; voir détail *infra*) et la réforme de l'admission en ALD (protocole de soins électronique, PSE, 370 ETP). Cette dernière repose sur un allègement substantiel de la procédure⁶³, associée à une simplification du téléservice.

⁶³ Cet allègement de procédure a été introduit par l'article 198 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, précisé par le décret n°2016-1362 du 12 octobre 2016 relatif à la simplification du régime des ALD. L'allègement concerne la grande majorité des pathologies inscrites en ALD. Le médecin n'a plus besoin de renseigner les arguments cliniques, ni d'indiquer les actes et prestations concernant la maladie. Au contrôle *a priori* systématique par le médecin conseil se substitue un contrôle *a posteriori* du bien-fondé de la demande (respect des critères médicaux et des recommandations de la HAS). Les modalités de contrôle n'étaient pas définies à mi-2017.

Tableau 7 : Estimation *ex ante* et *ex post* des gains d'efficience sur la période 2014-2017 (en ETP)

Projet	Début	Fin	Gains estimés ex ante	Evaluation ex post par la CNAMTS	Estimation mission du gain
Gestion des prestations en nature					
Gains liés à l'augmentation de 3 points du taux de feuilles de soins	2014	2017	971	Evaluation de la CNAMTS ex post de 677 entre 2010 et 2013	971
Synergie : optimisation et extension de la scannérisation/ injection des feuilles de soins	2014	2017	403		403
Droits en ligne (ADR)	juil-16		158	Estimation haute, car cela recoupe les gains PUMA car les gains évalués étaient liés à la baisse des rejets IRIS.	158
Optimisation de la régularisation PN- QW 4.26	janv-14	déc-15	70	Estimation basse à 118 ETP, aligné sur le temps de traitement pour la ville (6 min), car la distinction avec l'hôpital (12 min) n'est pas connue	118
QW 4.32 Régularisation PN Injection des factures AT	2018		35	Report à 2018	
QW 4.31 paiement à réception des factures AT 1ers soins	2017		91		91
Scannerisation des ordonnances	2014	2016	70		70
Prescription et facturation en ligne des transports	2014	2017	64	Evaluation ex post de 21	21
TOTAL des gains sur le processus Gestion des PN			1862		1867
Gestion des revenus de substitution (PE)					
Simplification IJ			294	non retenu par la tutelle	
Dématérialisation DSIJ (DSN)	2014	2018	291	153	153
Injecteurs divers (QW 4.23 avis d'arrêts de travail; certificat médical ATMP)	2014	2017	169	réévaluation par la CNAMTS du QW 4.23 - de 112 à 145 ETP (soit + 30 ETP)	200
LM2A (liaisons médico-administratives)- QW 4.22 et 4.29	2014	2015	155	Evaluation ex post de 161 ETP	161
Automatisation régularisation Accidents du travail	2016		40		40
TOTAL des gains sur le processus Gestion des PE			655		554

RAPPORT IGAS N°2017-008R

Gestion des droits					
Refonte base ressources INDIGO			271	Reporté en 2019	
Ouverture de droits cible et interface Homme machine, UNEDIC et Pôle emploi	2014	2015	200	Evaluation ex post de 110 ETP	110
OPTIMA volet 1 (QW 4.45): accès aux bases des caisses en cas de mutation	déc-15	déc-16	71	Evaluation d'un gain de 122 ETP en 2016	122
OPTIMA volet 2- mutations intra BDO	juin-16	juil-17	50		
Ouverture du droit à la CMUC ou à l'ACS pour les bénéficiaires de RSA (QW 4.24)	oct-14	déc-16	106	Evaluation d'un gain de 32 ETP en 2017 Une montée en charge plus lente que prévue	32
Accès à AIDA (données de Pôle emploi)			33		33
Enregistrement d'un ayant droit et d'un nouveau-né			42	Projet abandonné avec la réorientation du P 6	
TOTAL des gains sur le processus Gestion des droits (hors PUMA)			773		264
Gestion de la relation client					
Usages du compte	2014	2017	249	Evaluation de 68 en 2014	249
Bornes multiservices	2015	2017	76		76
GRC analytique	2015	2017	75		75
Medialog +	2016	2017	72		72
Outil national de contacts sortants	2016	2017	54		54
TOTAL des gains sur le processus Gestion de la relation client			526		526
Autres processus					
Gestion des notifications de créances (QW 4.42)			99	Non réalisé	
Gestion de la paie- EDI machine pour GRH	2016	2017	79		79
Provisionnement des créances			50	Reporté en 2018	
Gestion des admissions en non-valeur			35	Non réalisé	
TOTAL des gains sur les autres processus		338	739	TOTAL des gains sur les autres processus	338
TOTAL hors PUMA et PSE			4154	TOTAL	3362
Rénovation du téléservice Protocole de soins électroniques (concerne les DRSM)	2016	2017	210	Evaluation d'un allègement de 370 ETP, dont 260 sur le personnel administratif	370
PUMA (y compris impact sur l'accueil)	2016	2017	750	Evaluation ex post d'un gain net de 450 ETP	450
TOTAL			5114		4182

1.5.2.2 La PUMA a permis des gains d'efficience, mais toutes ses conséquences n'ont pas été tirées par le réseau

[181] La réforme de la PUMA, et les simplifications qu'elle génère en gestion, ont été présentées dans la partie 1.2.1 (voir notamment le tableau 1). L'annexe 6 détaille l'impact de la PUMA sur le processus de gestion affiliation.

[182] La mise en œuvre de cette réforme de simplification par la CNAMTS illustre à la fois les gains d'efficience significatifs générés, mais aussi le fait que tous les gains mobilisables n'ont à ce jour pas été concrétisés au sein du réseau.

[183] En janvier 2016, la CNAMTS avait évalué le gain potentiel *ex ante* à environ 750 ETP : 239 ETP qui géraient la CMUB, 241 ETP d'allègements sur la relation clients (accueil physique et téléphonique), et 280 ETP au minimum sur le processus "Gestion des droits de base " (fin des mises à jour des droits liées à l'activité). D'autres gains pouvaient être escomptés sur les activités de création des dossiers, délivrance d'attestations et mutations ; à l'inverse, de nouvelles charges en gestion pouvaient survenir, en matière de contrôle notamment.

[184] La CNAMTS a évalué les gains *ex post* en mai 2017 à 588 ETP entre 2015 et 2016. Le détail des processus concernés figure ci-dessous. Notons que les premiers volets d'OPTIMA, qui permettent un allègement en gestion pour les mêmes processus, sont intervenus dans le même temps.

Tableau 8 : Evolution des processus concernés par la PUMA et OPTIMA entre 2015 et 2016

Définition	2015	2016	Evolution	Variation en Nbr 2016/2015	Variation (en %)
Fichier Assurés_Droits de base	3 755	3 426		-329	-8,8 %
CMU Base	255	56		-198	-77,9 %
Total ETP concernés par PUMA et OPTIMA en production	4 010	3 483		-527	-13,1 %
Accueil physique - tous niveaux	4 065	4 028		-37	-0,9 %
Accueil téléphonique - tous niveaux	3 301	3 246		-55	-1,7 %
Courrier	234	220		-15	-6,2 %
Courriel	636	725		89	14,1 %
Réclamations	1 061	1 017		-44	-4,1 %
Total ETP concernés par Puma et OPTIMA en matière d'accueil clients	9 297	9 236		-61	-0,7 %
TOTAL	13 307	12 719		-588	-4,4 %

Source : données CNAMTS

[185] Par ailleurs, la CNAMTS a évalué qu'OPTIMA avait permis un gain total en gestion de 122 ETP. Ainsi, le gain net de la PUMA s'élèverait à 466 ETP. Toutefois, cette étude ne prend pas en compte l'impact en gestion de la PUMA sur le contrôle, le référentiel de contrôle définitif étant

attendu pour l'automne 2017⁶⁴. L'étude pointe aussi le fait que dans le même temps, les effectifs de marketing opérationnel ont été renforcés, suggérant une réaffectation d'ETP vers ce champ.

[186] La mission considère que le gisement d'efficience de la PUMA n'a pas été entièrement concrétisé à ce jour dans le réseau. En effet, elle a constaté lors de ces déplacements que la diminution de charges était significative en matière de gestion de droits et que l'accueil physique et téléphonique était en forte baisse. Un directeur de caisse a même évoqué un risque de désœuvrement des agents des pôles Gestion des droits dans les petites caisses, les effectifs étant plus difficilement réalloués. En l'attente d'instructions définitives de la tête de réseau, en particulier en matière de contrôle, les effectifs et leur activité étaient pour partie maintenus. Au-delà de cet attentisme, une certaine ambiguïté sur l'allègement en gestion procuré par la PUMA était perceptible, un directeur affirmant même à la mission que la réforme ne procurait aucun gain en gestion.

[187] La mission juge que la réforme aurait gagné à être davantage accompagnée par la CNAMTS, avec, à l'instar de TRAM, une chefferie de projet dédiée, un suivi régulier des gains d'efficience et des orientations claires sur les réaffectations d'effectifs. Une réflexion pour concrétiser les gains d'efficience de « bout en bout », intégrant d'emblée les gains associés à un plus grand ciblage des contrôles, aurait été souhaitable.

[188] Un constat proche peut être dressé pour la réforme du logiciel de protocole de soins électronique (PSE) pour les demandes d'ALD, entrée en vigueur en 2016. Son succès auprès des professionnels de santé a conduit à une montée en charge rapide et à des gains en ETP significatifs pour les DRSM (environ 370 ETP en 2016, dont 260 sur le personnel administratif et 110 sur le personnel médical). Mi-2017, les instructions en matière d'évolution du contrôle n'avaient toujours pas été transmises. Toutefois, à la différence de la PUMA, des instructions claires sur les réaffectations de poste avaient été données (80 ETP sur les CAM et 130 ETP sur le contrôle *a posteriori*).

1.5.2.3 Il n'est pas possible de conclure quant à l'évolution des écarts de coûts entre organismes à ce stade, mais la CNAMTS a mis en œuvre des actions volontaristes pour y contribuer

[189] La COG prévoyait que la CNAMTS accroisse la connaissance des activités des organismes et réduise les écarts de performance (fiche n°17). Cet objectif se déclinait dans un indicateur de résultat de réduction des écarts de coûts sur les principaux processus métiers. A cette fin, la CNAMTS a tardivement (1^{er} semestre 2017) engagé une analyse sur cinq processus de gestion des CPAM et deux processus des DRSM.

[190] Des premiers résultats ont été livrés à la mission en juin 2017, portant sur la période 2013-2015, mais ceux-ci ne permettent pas de tirer de conclusion globale sur l'évolution des écarts de coût pendant la COG. En effet, relevons en premier lieu que les éléments de comptabilité analytique, en particulier sur les coûts globaux des processus, n'étaient pas disponibles pour l'année 2016 à la fin du premier semestre 2017⁶⁵, ce qui illustre les fragilités de l'analyse des coûts de la CNAMTS (voir analyse *infra*). La seconde faiblesse de l'étude tient à la rupture de série entre 2014 et 2015, liée à une évolution importante des rubriques de la comptabilité analytique⁶⁶, ce qui

⁶⁴ Aucune surcharge liée à l'autonomisation des ayants-droits n'est intégrée, le principe d'une autonomisation très progressive ayant été finalement retenu.

⁶⁵ Ceci serait dû à une défaillance du logiciel GALILEE.

⁶⁶ Ainsi, concernant les ETP de production, une rubrique "Intégration des flux" a été créée, concentrant 3200 ETP en 2015 (sur 22 000 ETP de production). On peut supposer que la baisse des ETP affectés aux processus IJ (de 4000 à 3100 ETP),

rend la comparaison entre 2014 et 2015 inopérante en termes de coûts. Enfin, les éléments de coûts relatifs aux processus DRSM doivent eux aussi être interprétés avec prudence, car l'outil qui recense l'activité des DRSM est parcellaire⁶⁷. Ces précautions méthodologiques prises, cette étude montre une évolution contrastée des écarts en matière de coûts, selon les processus, aussi bien concernant les CPAM que les DRSM. On constate aussi qu'il n'y a pas de corrélation apparente entre qualité de service et efficacité.

Tableau 9 : Evolution de la performance et des écarts de coût sur 5 processus de gestion des CPAM entre 2013 et 2014

	CMUC/ACS	Gestion des feuilles de soin électroniques	Gestion des feuilles de soin papier	Gestion des IJ maladie	Accueil téléphonique
Evolution du coût unitaire moyen du processus	-4 %	3 %	14 %	3 %	4 %
Evolution de l'écart type entre CPAM	-7 %	-20 %	-16 %	10 %	2 %
Evolution de l'étendue (= maximum - minimum)	-20 %	-19 %	-22 %	11 %	12 %
Evolution des délais	17 %	-7 %	16 %	9 %	-5 %

Source : données CNAMTS retraitées par la mission IGAS

Tableau 10 : Evolution de la performance et des écarts de coût de deux processus de gestion des DRSM entre 2013 et 2015

	Processus ALD	Processus IJ
Evolution du coût unitaire moyen	-38,27 %	12 %
Evolution de l'écart type	79,78 %	-23 %
Evolution de l'étendue (= maximum - minimum)	76,02 %	-45 %
Evolution du taux d'organismes respectant les délais réglementaires (indicateur de qualité)	1,46 %	
Evolution du taux d'expertise confirmant l'avis (indicateur de qualité)		-2,47 %

Source : données CNAMTS retraitées par la mission IGAS

[191] Même si la mesure des écarts de coûts de gestion des processus n'est pas concluante à ce stade, la mission considère que la CNAMTS a mis en œuvre des moyens importants en ce sens durant la COG. L'individualisation des restitutions d'effectifs en fonction de la performance des organismes, en particulier pour les CPAM et les DRSM, constitue un levier significatif de convergence. Par ailleurs, le mécanisme d'entraide PHARE a permis de réduire significativement les écarts entre caisses en matière de qualité de service (cf. 2.2.1.2), et de contribuer à maîtriser les risques de rupture d'activité ou de crise de production, comme celles qui ont pu se produire dans d'autres branches.

gestion des feuilles de soins et à la CMUC/ACS est pour une large partie imputable à ce changement. Concernant les ETP de relation client, une rubrique "Réclamations" a été créée en 2015, comptant 1000 ETP, ce qui pourrait expliquer en partie la diminution des effectifs dédiés à l'accueil téléphonique.

⁶⁷ Les heures renseignées représentent environ 5500 ETP, quand les DRSM en comptent 7500. Toutefois, il convient de noter que les heures renseignées dans les outils de recensement des activités sont des heures travaillées, à l'exclusion des absences.

[192] En outre, deux chantiers menés à bien durant la COG devraient contribuer notablement à la convergence entre les organismes sur la prochaine COG. Le premier est celui du chantier de mutualisation TRAM, notamment à travers la fixation de cibles de performance, dont la CNAMTS entend s'assurer de leur atteinte. Une première évaluation des résultats de performance des pôles TRAM mutualisés devrait être disponible à l'été 2017, mais les premiers gains sont plutôt attendus pour 2018, quand les mutualisations auront été absorbées.

[193] Le second chantier, très structurant, est celui du système de management intégré (SMI), présenté en détail en annexe 5. Le déploiement du SMI était bien mis en valeur dans la COG (8 actions et 1 indicateur dédié, dans la fiche n°17), et l'ensemble des actions prévues ont été menées. Le SMI répondait à de fortes ambitions : fondre en un dispositif unique les démarches qualité, de contrôle interne et de contrôle de gestion ; viser l'exhaustivité des processus de l'assurance maladie, incluant tous les métiers et organismes du réseau ; faire converger le fonctionnement des caisses en diffusant des référentiels nationaux de processus (RNP) s'imposant à tous. Chaque RNP est notamment composé d'une description des activités, représentées sous la forme d'un logigramme, de bout en bout, incluant tant les CPAM que les DRSM et les services des CARSAT (à la différence des plans de maîtrise socle ou PMS, ancêtres des RNP).

[194] La mission considère que ce chantier a été mené avec volontarisme par la branche maladie : élaboration d'une cartographie globale, mise en place des instances de pilotage associant le réseau, formation des référents, élaboration progressive des RNP, mise en place des audits de processus en déployant un réseau d'auditeurs. Toutefois, le déploiement des référentiels a connu un retard important, faisant courir un risque d'essoufflement à cette démarche entamée en 2012 : début 2017, 6 RNP avaient été déployés, contre environ 60 prévus en 2014. Après le premier RNP sur le processus IJ publié dès 2015, aucun RNP n'a été diffusé avant 2017, ce qui a suscité une certaine frustration au sein du réseau.

[195] Les risques de transformer le SMI en "usine à gaz" (comitologie excessive, lourdeur de la démarche) ont néanmoins été bien identifiés. Ils ont donné lieu à un recadrage de la démarche début 2017 (LR DDO-15-2017) avec un allègement de l'élaboration des RNP, se basant davantage sur les plans de maîtrise socle (PMS), quand ceux-ci existaient. Ceci a permis une accélération récente de la production des RNP. La lettre-réseau traduit aussi une volonté de rationaliser le *reporting* des indicateurs, point sur lequel le réseau, aussi bien côté DRSM que CPAM, a de fortes attentes. Le projet, en cours, d'un outil unique SPPR, visant à automatiser la production de tous les indicateurs issus du CPG et des RNP, revêt de ce point de vue une importance particulière.

[196] La prédominance de la vocation de maîtrise des risques du SMI sur celle de vecteur de performance constitue encore un point de faiblesse. Pour autant, la mission a mesuré l'impact potentiel du SMI sur la performance du réseau lors de ses déplacements. Ainsi, dans la CPAM de Blois, qui compte 230 collaborateurs, la direction a saisi l'opportunité du SMI pour réorganiser les services selon les périmètres des macro-processus et rénover les instances de pilotage ; celles-ci sont découpées selon ces mêmes macro-processus et associent directement les responsables de processus, afin de favoriser des analyses et des plans d'action au plus près du métier. Un service d'appui à la performance a été créé en interne, doté de 5 ETP, pour venir en aide aux services de production et suivre finement la mise en œuvre des plans d'action. C'est au prix de ce pilotage très serré que la CPAM de Blois parvient à atteindre au niveau national les meilleurs résultats CPG. La bonne appropriation de la démarche par les directions des organismes locaux constitue donc un enjeu fort pour concrétiser la convergence des performances des organismes.

1.5.3 Un contrôle de gestion insuffisamment structuré pour accompagner les réformes

[197] Les échanges que la mission a eus au cours de ses déplacements ont confirmé que les caisses étaient globalement bien outillées pour suivre leurs résultats de façon réactive. Les indicateurs sont majoritairement automatisés et disponibles en infra-annuel et les caisses peuvent les compléter de ceux issus des référentiels de processus du SMI pour alimenter des tableaux de bord locaux et sur cette base identifier les zones de risques ou de fragilité propres à l'organisme, avant d'élaborer des plans d'action adéquats. Toutefois, l'actualisation des données est plus tardive pour les indicateurs relevant de la gestion du risque.

[198] L'outil Diagnostic Performance constitue un outil de *benchmark* précieux pour les équipes de direction des CPAM, qui s'y réfèrent fréquemment pour comparer la performance de leur caisse par processus (coût par processus, indicateur de qualité de service, etc.), par groupe de caisses le cas échéant. Elles déplorent toutefois son actualisation annuelle trop tardive. L'essentiel des données de Diagnostic Performance provient d'OSCARR, logiciel d'affectation des heures de travail par processus, qui restent des données déclaratives, malgré des contrôles de cohérence et un guide d'affectation des heures.

[199] Certaines caisses ont développé des cellules de contrôle de gestion qui réalisent des analyses comparatives relativement poussées sur l'efficacité comparative de leur caisse. Ces exercices restent toutefois relativement isolés et ne sont pas pilotés ni suivis par la CNAMTS.

[200] La mission a constaté lors de ses déplacements que le suivi de la performance était moins diffusé au sein du service médical et du service social, pour des raisons culturelles davantage que pour des raisons d'outillage de moindre qualité que les CPAM. Ainsi, le service social dispose d'un outil moderne, GAIA, qui permet un suivi individuel de l'activité et de la productivité (sans suivi des coûts). L'utilisation de ces données au service du pilotage de la performance constitue toutefois encore un chantier ; à titre d'exemple, dans la CARSAT de Bourgogne-Franche-Comté, une réflexion pour fixer des normes hautes et basses de productivité aux assistants sociaux avait été initiée.

[201] De son côté, le service médical déplore de ne pas disposer de Diagnostic Performance comme les CPAM. La généralisation d'OSCARR aux DRSM en 2017, après son expérimentation depuis 2015, constitue un levier important pour mettre en place une comptabilité analytique dans les DRSM et favoriser le suivi de la performance.

[202] Par ailleurs, le suivi national des gains de productivité est encore parcellaire et irrégulier. Le contrôle de gestion de la CNAMTS est aujourd'hui principalement mobilisé par la production annuelle des données de comptabilité analytique, et par le retraitement de données que celle-ci nécessite. Ces données permettent d'alimenter le Diagnostic Performance, mais ne sont toutefois pas exploitées au niveau national pour assurer une analyse fine des coûts et des écarts de performance, comme en atteste la difficulté à produire des données fiables sur les écarts de performance pendant la COG (cf. supra 1.5.2.3).

[203] Par ailleurs, les mesures de gains de productivité restent relativement ponctuelles, principalement au début de la COG et à l'issue de celle-ci. Ces mesures s'appuient sur les données de comptabilité analytique, mais aussi, le cas échéant, sur des recueils de temps sur le terrain (mesure du temps passé sur chaque micro-processus par les agents), réalisés par un réseau de contrôleurs de gestion (dit groupe *beta test*). Les analyses de gains d'efficacité *ex ante* se révèlent plutôt fiables, comme en témoigne le tableau n°7.

[204] La démarche est aujourd'hui insuffisamment utilisée à l'appui de la mesure du retour sur investissement des projets structurants. Ceci s'explique notamment par les délais importants nécessaires au service de contrôle de gestion pour finaliser ses études, qui ne sont pas toujours compatibles avec le calendrier. Ainsi, la priorisation des projets informatiques est insuffisamment réalisée à partir d'une estimation précise des gains d'efficience qu'ils peuvent générer, en particulier pour le programme P2 (téléservices professionnels de santé). Dans le cadre des travaux de la mission déléguée n°21, une volonté d'organiser les mesures *ex ante* et *ex post* des gains de productivité a toutefois émergé.

[205] Ceci se traduit aussi par la multiplication des mesures *ad hoc* de gisements de productivité, au niveau national ou local, réalisés sans l'appui du contrôle de gestion, selon des méthodologies ni validées ni homogènes. Peuvent être cités en exemple les nombreux chiffrages sur les gains d'efficience liés aux téléservices par la mission déléguée n°20. La réalisation de chiffrages parallèles sur l'impact de la PUMA, au niveau national dans le cadre du CARHAM, et au niveau local dans plusieurs caisses visitées par la mission, témoignent aussi de l'insuffisante visibilité des travaux du contrôle de gestion au niveau national.

1.5.4 Des systèmes d'information en cours de modernisation

1.5.4.1 Un bilan de la COG contrasté

[206] Les principaux engagements de la COG en matière de systèmes d'informations portaient sur le développement des téléservices et de leur usage, sur la rénovation du poste de travail des agents, la poursuite des projets dits à gains rapides (*quick wins*) et l'évolution de la gestion des bases de données. Au terme de la période conventionnelle, le bilan apparaît contrasté : certains programmes ont été conduits avec succès, au détriment d'autres, moins priorisés. De manière générale, la période a été marquée par de nombreux retards : d'après une enquête de la DDSI, près de la moitié des 214 projets ont connu un retard en 2016, et 23 % des projets ont connu un retard supérieur à 5 mois⁶⁸ ; les retards sont liés essentiellement aux phases aval des projets d'intégration et de recette.

[207] Parmi les succès, outre les réalisations des programmes destinés aux assurés et aux professionnels de santé (P1 et P2), tant en termes de création de téléservices que d'enrichissement des canaux de contact dématérialisés, l'assurance maladie a réussi à repérer et à conduire de façon priorisée des projets à gains rapides (*quick wins*), afin d'optimiser les gains d'efficience et de favoriser l'alignement des SI avec les priorités métier ; la vague 4 est en voie d'achèvement.

[208] A l'inverse, des projets importants ont connu des réorientations, de sorte que les objectifs liés à la rénovation des postes de travail des agents et à l'évolution des bases de données ne sont pas atteints en fin de COG.

[209] En ce qui concerne le projet de fusion des bases de données, des ressources importantes, de l'ordre de plusieurs milliers de jours hommes, ont été consacrées à la fusion à l'échelle de l'Île-de-France, alors même que la transposition de cette expérimentation à d'autres régions s'annonçait mal aisée. En parallèle, le projet OPTIMA visait à faciliter les mutations, contournant en partie les difficultés liées au cloisonnement des bases. Dans ce contexte, le projet de fusion des bases de données a été officiellement abandonné en 2016.

⁶⁸ La COG prévoyait un indicateur de suivi de l'exécution des programmes du SDSI, mais celui-ci n'a pas été renseigné par la CNAMTS dans les bilans annuels adressés à la DSS.

[210] Quant à la construction dans le portail de services symétriques à ceux offerts via le compte assurés, elle constituait l'un des objectifs poursuivis par le programme 6 du SDSI. Or, l'expérimentation menée à partir de 2015 sur huit caisses d'une version proposant des services symétriques en matière de gestion des droits (attestation de droit, demande de CEAM) a été considérée comme non concluante. Le déploiement des services symétriques n'a pas démontré sa plus-value et a semblé contradictoire avec l'objectif d'une autonomisation des assurés promue dans le cadre du P1. En outre, la plateforme développée posait des difficultés en matière de technologie (performance et stabilité du système insuffisante).

[211] Au regard de ces résultats, le programme P6 a connu une réorientation importante en avril 2016 ; la DDSI a fait le choix d'un nouveau modèle de portail dans une nouvelle architecture, pour plus de performance et de modularité, et de ne pas redévelopper les services symétriques dans ce cadre.

[212] Une politique de « petits pas » dans cette rénovation du portail agents a été adoptée par la suite, pour ne pas reproduire les mêmes écueils. Les développements ont été principalement consacrés au nouveau portail (architecture), davantage qu'à l'intégration de processus de bout en bout, qui sera réalisée dans un second temps. A l'issue de la COG, une première version de l'outil est disponible, mais elle reste quasi-vide. Les premiers services intégrés devraient être le changement de coordonnées bancaires (début 2018), et INDIGO (fin 2018 pour la consultation des bases ressources), ce dernier connaissant toutefois des retards de développement. L'accrochage des processus métiers du service médical est à ce stade programmé à compter de fin 2018. Le développement du 360° client (restitution d'une information complète sur les clients) est un chantier important (en lien avec le programme 8 sur le référentiel individu), qui concernera d'abord les assurés, puis les employeurs et les professionnels de santé.

[213] Les difficultés du programme 6 sont aussi la conséquence de l'allocation prioritaire de ressources aux programmes P1 et P2. Ainsi, en 2016, le P1 et le P2 ont chacun bénéficié d'environ 17 500 jours hommes, contre 13 000 pour le P6 (soit respectivement 23 % des ressources dédiées aux programmes contre 17 %). Ces arbitrages sont des indicateurs d'une maturité numérique de l'assurance maladie plus forte dans le domaine de la relation clients que dans celui du fonctionnement interne de la branche (application aux process internes).

1.5.4.2 Un renforcement de la capacité d'arbitrage

[214] Si ces orientations finalement non pertinentes ont retardé la modernisation pourtant indispensable des SI de la branche, on peut relever *a contrario* la capacité dont a su faire preuve l'assurance maladie à mettre fin à ces projets, avant qu'ils n'absorbent encore davantage de ressources.

[215] Cette capacité d'arbitrage renforcée constitue l'une des avancées récentes dans la gouvernance de la fonction informatique de l'assurance maladie. La direction générale a jugé indispensable d'assurer une meilleure priorisation des projets, dans un contexte de demandes des MOA largement supérieures aux ressources, mesurées en jours hommes (220000 jours hommes en 2016). Aussi le directeur général arbitre-t-il depuis deux ans une feuille de route (*roadmap*) annuelle, après des phases de préparation des arbitrages organisées par domaine. Les comités de domaine, pour leur part, prennent en compte les variations infra-annuelles des besoins pour ajuster les priorités et calendriers. Pour certains projets, jugés stratégiques, des revues de projet mensuelles sont organisées.

[216] Autre signe de l'implication de la direction générale dans le pilotage de la fonction informatique : l'introduction depuis 2016 dans les objectifs CNAMTS (tableau de bord de la direction générale) d'indicateurs relatifs à la consolidation des systèmes d'information. Outre le renforcement de la capacité d'arbitrage, est visée la fiabilisation des processus et des méthodes, notamment par l'amélioration du processus de recettes (mise en place d'une « démarche nationale de recettes »). A noter toutefois un pilotage économique de la fonction informatique encore perfectible, la CNAMTS peinant à avoir une vision consolidée du budget consacré globalement aux SI.

1.5.4.3 De nouveaux modes d'organisation

[217] La recherche d'efficience s'est traduite, en s'inspirant des standards du marché, par la mise en place, à petite échelle pour l'instant, d'autres modes de fonctionnement et d'organisation du travail :

- La constitution d'équipes intégrées MOA / MOE. Le succès des programmes P1 et de P2 tient ainsi aussi à leur intégration, c'est-à-dire que les services correspondants réunissent des équipes métier, maîtrise d'ouvrage (conception) et la maîtrise d'œuvre (réalisation) ; cette organisation a facilité la réactivité et la coordination. Force est de constater toutefois que la fonction de MOA reste globalement encore très dispersée à la CNAM, reflétant aussi le cloisonnement entre directions métier.
- Le développement de méthodes agiles. On peut relever en particulier la création d'une filière « Digital » au sein de la DDSI, dont les méthodes agiles sont proches de l'état de l'art, et qui a contribué à plusieurs projets de téléservices. L'objectif que s'est fixée la CNAM est que toutes les équipes du P1 et du P2 passent en mode de travail agile d'ici la fin de l'année 2017.
- L'association des utilisateurs. L'agilité implique aussi l'association des utilisateurs, avec la mise en place, pour le développement des prochains téléservices, d'un groupe test de professionnels de santé avec cinq caisses, associé à plusieurs étapes (maquette, bac à sable...). Les caisses sont elles aussi désormais impliquées, via un groupe reflet, en réponse à l'une des recommandations de la mission déléguée n°20.
- Une préoccupation plus forte accordée à l'information des organismes sur les principaux chantiers SI en cours (meilleure information des services locaux d'appui, création de fiches projet...) et à la mesure de leur satisfaction (conduite d'une enquête auprès des utilisateurs, remontée d'information par le comité des utilisateurs de l'informatique⁶⁹...).

1.5.4.4 Des enjeux majeurs pour la prochaine COG

[218] Il reste un enjeu majeur en cette fin de COG, lié à l'optimisation des ressources SI basées au niveau local, dans les organismes. En cohérence avec la culture professionnelle de la branche et la préoccupation de maintien de l'emploi local, l'assurance maladie ne cherche pas à centraliser toutes les ressources informatiques au siège mais à mieux organiser l'articulation entre le national et le local, au sein d'une gouvernance renouvelée.

⁶⁹ Créé en 2007, émanation du CNG, le CUI s'est vu confier les missions suivantes : entendre le point de vue des directeurs d'organismes en tant qu'utilisateurs ; permettre à la CNAMTS de mieux identifier les dysfonctionnements et d'avoir une réflexion en profondeur sur leurs causes ; être le lieu d'échange avec le réseau sur les besoins d'évolution des outils informatiques pour améliorer le service aux usagers et plus généralement la réalisation des missions des organismes.

[219] A cet égard, la COG 2010-2013 avait permis de réviser significativement, avec la mise en œuvre du programme dit « PEPS », l'organisation des neuf centres de traitement informatique (CTI), chargés de l'exploitation informatique des CPAM ; leur portefeuille d'activités a été rationalisé, le nombre de centres chargés de l'exploitation informatique étant réduit de neuf à cinq, tandis que les quatre autres étaient spécialisés sur des domaines de production à dimension nationale (voir la cartographie dans l'annexe 3). Un bilan réalisé fin 2015 par la CNAM a mis en lumière les points forts de cette réforme, en particulier la bonne performance globale en termes de qualité de service, la montée en puissance des CTI sur les métiers du développement ainsi qu'une rationalisation des coûts. Pour autant, comme dans d'autres branches de la sécurité sociale⁷⁰, la rationalisation de l'organisation de la maîtrise d'œuvre, des développements et de l'exploitation informatiques est restée partielle et s'est accompagnée du maintien des activités sur de très nombreux sites.

[220] La période 2014-2017 n'a pas donné lieu à une modification de cette organisation, la COG ne contenant d'ailleurs pas d'orientations en la matière. Elle a toutefois été marquée par le lancement, dans le cadre du CNG, d'une réflexion, dite mission déléguée n°23, sur l'articulation entre le SI nationales et les applications locales.

[221] En effet, alors que le SI national de l'assurance maladie regroupe environ 1600 applications pour assurer l'ensemble des métiers, les organismes locaux ont développé depuis de nombreuses années des applications dites « locales » pour des besoins spécifiques, traduisant la persistance au sein du réseau de besoins non ou insuffisamment pris en charge par le SI national. Une enquête datant de 2013 évalue à environ deux mille ce type d'applications, utilisées par un ou plusieurs organismes. Elles couvrent des domaines métier très variés et font parfois l'objet, pour un très petit nombre d'entre elles, d'une labellisation par la CNAMTS.

[222] Au sein du CNG, la caisse nationale et le réseau ont partagé en 2016 le constat des difficultés posées par cette situation : une déperdition globale de ressources liée aux redondances d'applications traitant le même besoin fonctionnel et donc une perte d'efficacité collective ; l'absence de dispositif structuré de mutualisation entre organismes au désavantage de ceux ne disposant pas des compétences nécessaires pour faire face à des besoins pourtant peu ou prou identiques ; les risques pris par les directions d'organisme au regard des sujets de sécurité et/ou de réglementation dans l'utilisation de ces applications, notamment lorsque leur fonctionnement est articulé à une partie du SI national ; les risques pour les utilisateurs, induits par un maintien en conditions opérationnelles (maintenance technique et/ou fonctionnelle, dispositif d'hébergement) reposant bien souvent sur un seul organisme⁷¹.

[223] L'objectif assigné à la mission déléguée n°23 est donc de proposer un dispositif permettant d'intégrer les ressources locales au sein d'une gouvernance nationale sur les volets du développement (selon des logiques d'usine ou de forge logicielles), de la labellisation / homologation et de l'hébergement (notamment dans des *clouds* ou *stores*). Cet objectif pourrait être atteint, sans pour autant procéder à la fusion des CTI ou à un regroupement physique des agents au niveau du siège, perspectives peu réalistes et avec une balance coût / avantage qui pourrait, à première analyse, ne pas être positive.

⁷⁰ Cour des comptes, *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2016.

⁷¹ Cf. la lettre de mission de la mission déléguée 23 « Optimiser l'articulation de l'informatique local avec le système d'information national ».

[224] Enfin, l'assurance maladie doit encore relever les défis liés au socle technique des systèmes d'information. Si celui-ci continue à se caractériser par une obsolescence porteuse de risques, des premières avancées ont été faites pendant la période 2014-2017, qu'il convient désormais de conforter (voir recommandations).

2 RECOMMANDATIONS

[225] La formulation des axes de la COG 2014-2017 pourrait être reconduite dans la prochaine COG, puisqu'elle désigne les missions fondamentales de l'assurance maladie : garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins ; assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers ; contribuer à la stratégie nationale de santé et à l'efficacité du système de soins ; renforcer l'efficacité collective de l'assurance maladie.

[226] C'est donc principalement au niveau de leur déclinaison en orientations opérationnelles que la mission recommande à l'Etat et à l'assurance maladie de tenir compte, d'une part, des évolutions majeures de contexte, tant celles intervenues depuis la signature de la précédente COG, que celles programmées pour les prochaines années et, d'autre part, d'une pondération différente qui pourrait être faite entre axes. Le sujet de l'accès aux droits perd de son acuité avec la mise en place de la protection universelle maladie, alors que celui de l'accessibilité du système de soins requiert au cours des prochaines années une intervention volontariste et conjuguée de l'Etat et de l'assurance maladie. Quant à l'organisation du réseau, elle n'était traitée que marginalement dans la COG 2014-2017, alors que certaines évolutions nécessitent un engagement parallèle de l'Etat pour en favoriser l'acceptabilité politique.

[227] Un récapitulatif des orientations proposées pour la prochaine COG figure à la fin de la présente partie. Il conviendra d'insérer dans cet ensemble les recommandations propres à la gestion du risque, élaborées en parallèle par l'autre mission IGAS en cours. La partie ci-dessous ne traite que des problématiques justifiant, aux yeux de la mission, des considérations plus précises et l'explicitation d'actions pouvant utilement s'inscrire dans les orientations stratégiques esquissées.

2.1 Offrir un service à la hauteur des exigences de la relation client

[228] L'assurance maladie se doit de décliner le principe d'universalité de l'assurance maladie, en veillant à concevoir des actions pour l'ensemble de la population, tout en tenant compte des besoins spécifiques des uns et des autres. En reprenant les termes utilisés dans la *Marmot Review* de 2010 relative à la lutte contre les inégalités de santé⁷², commandée par le ministère de la santé britannique, il s'agit de mettre en œuvre un « universalisme proportionné ».

[229] Ce principe vise à éviter un double écueil : d'un côté, celui lié à des programmes universaux qui tendent à négliger les freins spécifiques à certaines populations (barrière de la langue, difficulté de mobilité, exclusion sociale plus globale...) ; de l'autre, celui des programmes ciblés qui, en s'adressant à des populations à risque, définies *a priori*, n'incluent pas des personnes autres, qui ont pourtant des vulnérabilités propres. Les études citées par le professeur Marmot mettent en lumière que la vulnérabilité est certes plus importante dans les milieux défavorisés mais qu'elle existe aussi dans les milieux favorisés, en fonction d'autres caractéristiques de la personne.

⁷² Prof Sir Michael Marmot, The Marmot review final report: Fair society, healthy lives, 2010.

[230] Cette volonté d'associer, d'un côté, offre de service au bénéfice de tous, accessible sur l'ensemble du territoire, et de qualité homogène, et, de l'autre, actions ciblées, était déjà affichée dans la COG 2014-2017. Elle a toutefois peiné, en cette fin de période conventionnelle, à trouver une déclinaison opérationnelle pérenne et porteuse de sens pour les agents, d'où la nécessité de la renouveler, tout en l'inscrivant dans les grandes évolutions structurelles portées par le gouvernement. En particulier, la vocation universelle de l'assurance maladie est appelée à s'approfondir avec l'adossment ou l'intégration d'un nombre croissant de régimes et, sur le plan du financement, la bascule des cotisations maladie salariales vers la CSG⁷³.

2.1.1 Différencier l'offre de service en fonction des profils et des attentes des usagers

[231] L'assurance maladie, à la différence de la branche famille, verse majoritairement des prestations qui ne sont pas sous condition de ressources ou ciblées sur les faibles revenus. La vulnérabilité peut prendre des visages multiples - personnes âgées, pathologie mentale, handicap / invalidité, isolement social, non maîtrise de la langue française, fragilité de situation chez des jeunes...- et le renoncement aux soins a des motifs d'ordres très différents. Dans ce contexte, se revendiquer de l'universalisme proportionné signifie concrètement pour l'assurance maladie d'éviter de catégoriser les publics de l'assurance maladie sur des critères isolés et pas directement en lien avec le risque maladie, tels que le revenu du ménage ou la littératie numérique. Or la politique actuelle de l'assurance maladie relative au canal accueil physique présente le risque de constituer de façon schématique et indifférenciée une catégorie dite « population précaire », destinée à se présenter en accueil physique et à y bénéficier de parcours attentionnés ou de rendez-vous, alors que le reste de la population serait appelé à bénéficier des services en ligne et des plateformes multi-services.

[232] Pour éviter cet écueil d'une catégorisation *a priori* et non adaptée des publics, la mission recommande d'inscrire parmi les actions de la prochaine COG la poursuite des travaux de marketing analytique, afin d'identifier des segments de population, en croisant des données socio-administratives, des données de consommation et des données de comportement de contact. L'enjeu est aussi de repérer des événements de vie justifiant une offre ou un accompagnement particuliers, tel qu'une grossesse, l'arrivée à la majorité / la sortie du statut d'étudiant, le passage à la retraite...

[233] Ainsi, la MOAD de la CPAM de Loire-Atlantique teste en 2017 une telle démarche, visant à constituer des groupes de clients sur des critères pertinents. D'après de premiers résultats communiqués par la CNAMTS à la mission, les groupes suivants ont été mis en évidence : familles connectées ; actifs solos ; seniors ; retraités en ALD ; salariés fragilisés ; jeunes non concernés ; précaires ; futurs parents. La mission ne disposant pas de la description détaillée de ces segments, elle ne peut pas en apprécier la pertinence.

[234] Cette analyse est à compléter des besoins et attentes tels qu'exprimés par les assurés eux-mêmes, ce qui présuppose un développement maîtrisé, c'est-à-dire dans un cadre stratégique et opérationnel partagé par la caisse nationale et le réseau, des outils de l'écoute clients.

⁷³ Les degrés d'intégration sont variés, allant de l'intégration complète au simple partage du système d'information, en passant par le mandat de gestion (LMDE, CANSSM), la gestion partagée (CAMIEG) et l'infogérance (ENIM, CAVIMAC, CRPCEN Clerc de notaire...). Le projet présidentiel d'adossment le régime social des indépendants (RSI) et le régime des étudiants au régime général va conforter cette évolution vers une convergence de l'organisation de l'assurance maladie.

[235] Par ailleurs, les travaux de segmentation conduits par une caisse ne peuvent pas toujours être transposés tels quels par les autres, en raison des différences de contextes locaux (prévalence de certaines pathologies, besoins et attentes spécifiques par exemple) ; pour autant, ces différences, dont on peut penser qu'elles seront marginales, doivent être objectivées, l'objectif général étant de tendre vers l'homogénéité de la qualité de l'offre de service sur le territoire.

[236] Ces analyses croisées permettront à l'assurance maladie de :

- concevoir une stratégie multicontact adaptée, en orientant orienter les segments vers les canaux de contact les plus à même de leur apporter satisfaction ; de faciliter l'appropriation des *persona*⁷⁴ par les agents du *front office* ;
- conduire des opérations de marketing opérationnel ciblées ;
- renouveler son offre de parcours attentionnés.

Recommandation n°1 : Approfondir la segmentation et structurer l'écoute-clients de tous les publics

[237] Une telle démarche présente d'autant plus d'intérêt que l'assurance maladie peut s'appuyer sur des données particulièrement riches. Le développement des échanges de données avec les autres branches devrait également faciliter le repérage systématique de points clés dans les parcours de vie.

[238] L'exploitation industrielle des bases de données de l'assurance maladie n'efface toutefois pas complètement l'intérêt de la détection plus fine des ruptures de parcours ou des dysfonctionnements, en exploitant l'analyse des réclamations ainsi que des réitérations de contact (voir encadré ci-dessous). On en revient à la conception qui a initialement prévalu à la création de PLANIR, c'est-à-dire :

- Analyser les risques de rupture, de non recours et d'incompréhensions, processus par processus ; cette démarche pourra prendre un nouvel essor en phase de conception et de mise en œuvre caisse par caisse des RNP du SMI, qui justement intègrent la dimension écoute clients et analyse des réclamations ;
- Identifier des actions transversales aux processus, relevant dans ce cas souvent d'un ciblage populationnel. Ainsi, la population étrangère justifierait la mise en place d'actions spécifiques, eu égard à la subsistance de l'enjeu d'accès aux droits pour cette population.

[239] La logique de labellisation d'actions sélectionnées parmi une masse indiscriminée d'initiatives locales s'est en effet essoufflée.

Recommandation n°2 : Mettre les nouveaux outils et le pilotage par processus aussi au service de la prévention des ruptures de parcours

74 Un *persona* est, dans le domaine marketing, un personnage imaginaire représentant un groupe ou segment cible dans le cadre du développement d'un nouveau produit ou service ou d'une activité marketing prise dans sa globalité. Le *persona* est généralement doté d'un prénom et de caractéristiques sociales et psychologiques. Plusieurs *personas* peuvent être utilisés pour un même projet de développement. Le *persona* peut être même parfois représenté sous forme de *story board* en situation d'utilisation du produit ou service

Encadré 11 : Exemple de résultats d'analyse des réitérations de contact (CPAM de Toulouse)

Les travaux conduits localement à ce sujet confirment l'intérêt de l'analyse des réitérations. Partant du constat que les réitérations constituent une source de charges de travail inutiles et supplémentaires pour les services et qu'elles engendrent, pour les assurés, un sentiment d'incompréhension et d'insatisfaction, susceptible de dégrader l'image de l'assurance maladie, la CPAM de Toulouse s'est efforcée à partir des données Medialog d'identifier les motifs de contact qui réitérent le plus (cumul d'un nombre de réitérations supérieur à 200 et d'un taux de réitération supérieur à 30 %) : dépôt du dossier accidents du travail (taux de réitération de 56 % ; nombre moyen de réitérations par assuré, 2,5) ; orientation vers le service social (44 % ; 2,4) ; instruction du dossier d'invalidité (37 % ; 2,5) ; cure (32 % ; 2,4)...

Les neuf principaux motifs ont fait l'objet d'une recherche des principales causes de réitération à partir de l'analyse détaillée des circuits de travail et des modes opératoires ; d'un échantillon représentatif d'assurés ; des retours des agents et des techniciens. Des plans d'action précis ont pu être définis. Parmi ces causes, on peut relever le manque de lien entre services de *front* et de *back office* ; l'inadaptation ou la complexité des procédures de travail ou des courriers envoyés aux assurés⁷⁵ ; des difficultés de partenariat avec d'autres organismes de protection sociale.

[240] Le principe d'universalisme proportionné ne prend pas la même acuité pour les relations de l'assurance maladie avec les professionnels de santé et les employeurs. Pour autant, les missions déléguées conduites respectivement sur ces deux publics ont bien mis en évidence la nécessité de proposer des offres de service différenciées en fonction des caractéristiques de catégories de publics (par exemple, taille de l'entreprise) et d'événements de vie (par exemple, installation d'un professionnel de santé).

[241] Or ni les bases de données clients, ni les outils de marketing analytique n'ont pour l'instant le même degré de maturité que pour les assurés. D'où l'intérêt, pour les employeurs, de concevoir une stratégie inter-branches permettant de s'appuyer sur les bases de contact (référentiel commun des déclarants) et l'offre en ligne (via le site internet net-entreprises) déjà développées par les autres opérateurs de la protection sociale, au premier rang desquels l'ACOSS et le GIP-MDS.

Recommandation n°3 : Mettre en œuvre une stratégie employeurs interbranche et aligner les COG en conséquence

2.1.2 Concourir à l'inclusion numérique pour pouvoir généraliser les téléservices

[242] Arrivée à un degré de maturité numérique plutôt satisfaisant, par rapport aux standards du marché, l'assurance maladie doit continuer à participer à la vaste transformation numérique des entreprises et des services publics français, tant pour ses relations clients que pour la conception de ses produits et de son fonctionnement interne. Ce mouvement correspond aussi à une forte attente des publics, demandeurs, dans les enquêtes, de services en ligne.

[243] L'assurance maladie sera donc amenée à poursuivre le développement des téléservices, à destination des assurés, des professionnels de santé et des employeurs. Par ailleurs, le développement du nombre de comptes et une plus grande complétude de la base de contacts faciliteront la diffusion d'offres dites de rebond, à moindre coût. Reste l'enjeu de la mesure de

⁷⁵ Comme prévu dans la COG, les bibliothèques nationales respectivement des courriers et des courriels ont été refondues ou enrichies au cours des dernières années ; toutefois, la mission a pu observer que de nombreuses caisses reconstituaient au niveau local leur propre bibliothèque, jugeant les modèles de courrier de la BNC inadaptées ou trop lentement mis à jour.

l'impact et de l'évaluation du retour sur investissement de ces actions. Les premières données Osmose invitent à la prudence à cet égard.

Recommandation n°4 : Poursuivre le développement de téléservices en priorisant ceux correspondant le plus aux attentes des usagers et au plus fort retour sur investissement

[244] Dès lors que la littératie numérique ne constitue pas un critère de vulnérabilité univoque, la mission préconise de poursuivre la stratégie de digitalisation des relations clients et de rendre certaines démarches en ligne obligatoires, en commençant par exemple par la demande de carte européenne d'assurance maladie et la déclaration de médecin traitant (voir *infra*). A l'échelle du défi de l'inclusion numérique, une partie des gains de productivité liés à cette dématérialisation avancée ou complète pourrait utilement être réaffectée à une stratégie nationale de développement de la médiation numérique, mutualisée avec d'autres opérateurs publics, voire privés, confrontés à la même problématique.

Recommandation n°5 : Rendre certaines démarches en ligne obligatoires et réinvestir une partie des gains obtenus dans des démarches partenariales d'inclusion numérique

Encadré 12 : Comment faire face à l'enjeu de l'inclusion numérique ?

L'inclusion numérique constitue un défi dépassant largement la problématique de l'utilisation par les assurés des téléservices proposés par l'assurance maladie. En effet, le nombre de démarches administratives à effectuer en ligne croît très fortement depuis deux ans et certaines administrations tendent à les rendre obligatoires : demande de la prime d'activité auprès de la CAF, déclaration de revenus à l'administration des impôts (généralisation progressive d'ici 2019), demande d'inscription à Pôle emploi, prise de rendez-vous à la préfecture à Paris et à Lyon... En moyenne, en 2016, 66 % des Français contactent les services publics grâce à internet, soit significativement plus que la moyenne européenne (48 %) ⁷⁶ ; 90 % des utilisateurs des services publics dématérialisés ont trouvé plutôt faciles ces démarches ⁷⁷.

Pourtant l'usage du numérique reste une réelle difficulté pour une proportion significative de la population. La situation est toutefois relativement contrastée et justifie un diagnostic fin et un plan d'action différencié. Même si 15 % des Français n'avaient pas d'internet chez eux à l'été 2016, la question de l'équipement devient moins déterminante, dans un environnement où les applications sur *smartphone* se développent ⁷⁸ ; à l'inverse, 20 % de la population qui a internet ne se sent pas à l'aise pour l'utiliser ⁷⁹. Le manque d'autonomie dans l'usage du numérique concerne toutes les générations ; ce sont d'ailleurs les 18-24 ans qui se disent le plus incapables de réaliser seuls une démarche administrative en ligne (40 %) ; ils sont également nombreux à être en difficulté pour la recherche d'emploi en ligne ⁸⁰.

Au total, Emmaüs Connect, association spécialisée dans cette problématique de l'inclusion numérique, estime que 30 à 40 % de la population rencontrent des difficultés dans l'usage du numérique ; parmi ceux-ci, schématiquement 20 % ont besoin d'un coup de pouce ponctuel pour devenir autonomes ; 60 % ont besoin d'une formation plus poussée ; 20 % sont en plus grande difficulté, en raison d'une exclusion sociale ou d'une illittératie (maîtrise de la langue, illétrisme) plus générales.

La conjugaison de ces deux facteurs – croissance des démarches administratives en ligne et manque d'autonomie de nombreuses personnes - a généré un effet report sur les services sociaux. Ceux-ci sont de

⁷⁶ Eurostat 2016, cité par CREDOC, *E-administration : la double peine des personnes en difficulté*, n°228, avril 2017.

⁷⁷ ARCEP, *Baromètre du numérique*, édition 2016

⁷⁸ A dire d'experts, l'absence de haut débit sur l'ensemble du territoire n'est pas un obstacle à l'utilisation de téléservices, qui, eux, ne nécessitent pas ce haut débit.

⁷⁹ ARCEP, *Baromètre du numérique*, édition 2016.

⁸⁰ *Les pratiques numériques des jeunes en insertion socioprofessionnelle. Etude de cas : Les usagers des missions locales face aux technologies de l'information et de la communication*. Réalisée par Yves-Marie DAVENEL, mai 2015.

plus en en plus sollicités par des usagers pour être accompagnés dans l'usage du numérique, alors que les travailleurs sociaux sont eux-mêmes fréquemment peu à l'aise⁸¹. En parallèle, se sont développés spontanément, et de façon dispersée, de nombreuses initiatives en faveur de la médiation numérique, entendue comme le développement de la culture numérique et de la capacité d'usage de la personne⁸². Les volontaires en service public ont souvent été mobilisés à cette fin par des opérateurs, dans les lieux d'accueil de l'assurance maladie par exemple.

Dans ce contexte, l'enjeu majeur de l'inclusion numérique est de fédérer les initiatives et de construire, à partir des actions locales, une offre cohérente et efficiente de médiation numérique à destination de l'ensemble des personnes qui en ont besoin. La mission juge indispensable que l'Etat élabore une stratégie nationale de l'inclusion numérique, à laquelle seraient associées les grands opérateurs de services publics et les collectivités locales concernées. La *Government Digital Strategy*, lancée par le gouvernement britannique depuis novembre 2012, illustre un choix politique de mobilisation nationale sur l'inclusion numérique⁸³.

La démarche du conseil départemental du Morbihan est apparue à cet égard particulièrement intéressante à la mission. Sous l'égide du conseil départemental, qui y voit une déclinaison de ses compétences en matière d'insertion, les grands opérateurs de service public – CPAM, CAF, Pôle emploi, MSA - ont partagé leurs analyses et mutualisé leurs moyens afin de structurer, à partir d'un diagnostic conjoint, une offre de service sur deux territoires expérimentaux (Vannes et la région de Ploërmel).

Par ailleurs, l'Agence du numérique, rattachée au ministère de l'économie et des finances, réfléchit à des mécanismes de financement de la médiation numérique, notamment via le déploiement à grande échelle de chèques culture numérique⁸⁴. En parallèle, a été constituée au printemps 2017 une coopérative des acteurs de la médiation numérique (la « mednum »), afin de renforcer l'animation du réseau et de proposer un portage financier et une ingénierie de projets permettant de solliciter des financements de grande ampleur.

La mission recommande de mettre à contribution les opérateurs qui dématérialisent les procédures administratives, en organisant l'affectation d'une partie des gains dégagés par la dématérialisation, à un fonds de financement. Ce que certains désignent sous le vocable du « 1 % numérique », par analogie avec le 1 % logement. Le modèle de financement précis requiert une expertise complémentaire.

[245] Là encore, ces évolutions exigent un fort partenariat local et une inscription de l'assurance maladie dans son écosystème ; elles n'impliquent généralement pas de moyens supplémentaires accordés à l'assurance maladie.

⁸¹ 83 % des intervenants sociaux jugent indispensable le numérique dans leur pratique professionnelle et plus de 58 % l'estiment essentiel dans le parcours d'un usager. Cet accès pour l'usager de fait fréquemment par un accompagnement ; ainsi, 75 % des professionnels estiment devoir faire les démarches « à la place de ». Pourtant, moins de 10 % déclarent avoir reçu une formation au numérique. *Numérique, le parent pauvre de l'action sociale ?* Réalisée par Yves-Marie DAVENEL, 2016. Voir aussi « Le travail social à l'heure du numérique », *La revue française de service social*, n°246, 2017-1.

⁸² Outre les 7 000 espaces publics numériques (EPN), on dénombre 3 000 autres structures très diverses, toutes dotées d'une dimension pédagogique : les Fablabs et infolabs, les tiers-lieux, les maisons de service public, les plateformes numériques itinérantes, les Repair cafés, les médiathèques, les classes numériques...

⁸³ Dans un objectif de réduction des dépenses publiques et de renforcement de la compétitivité de l'économie, la *Government Digital Strategy* se fonde sur le choix politique de « services numériques par défaut » (tout ce qui peut être accessible en ligne, devrait être accessible en ligne et seulement en ligne) ; avec comme corollaire la formation de l'ensemble des citoyens britanniques à l'usage du numérique, l'Etat ayant fait le choix de s'appuyer sur l'offre de service en médiation numérique existante, tout en fédérant via une charte nationale les opérateurs et collectivités concernées. Evoqué dans *Les cahiers connexions solidaires*, Emmaüs Connect, 2014.

⁸⁴ Développé par Médias-Cité, un acteur historique de la médiation numérique en Gironde, avec le soutien de l'Agence du numérique, le chèque numérique, d'une valeur faciale de 10 euros, reprend les codes des titres restaurants (carnet de coupons détachables, code-barres pour assurer la traçabilité, intitulé du commanditaire). Les commanditaires peuvent être aussi bien des collectivités, des établissements publics, des CCAS, que des associations nationales, des grandes entreprises, des fondations ou des chambres de commerce. À charge pour chacun d'entre eux de redistribuer les chèquiers au sein du réseau d'acteurs qu'ils priorisent.

2.1.3 Anticiper la révolution de la relation de service avec les professionnels de santé et les assurés

[246] Le changement de centre de gravité dans la relation de service, des assurés vers les professionnels de santé, a été relevé par l'assurance maladie dans ses travaux sur « L'assurance maladie dans cinq ans », sans qu'elle n'en tire à ce stade toutes les conséquences opérationnelles. En réduisant significativement l'activité d'ouverture et de gestion des droits, la mise en œuvre de la PUMA, conjuguée au déploiement d'Optima, a entraîné un premier changement d'équilibre dans les missions de l'assurance maladie. La poursuite de l'extension de la pratique du tiers-payant pourrait de son côté toucher considérablement l'activité de remboursement des prestations en nature, faisant des professionnels de santé les bénéficiaires directs des paiements, en lieu et place des assurés.

[247] C'est par conséquence, encore plus prioritairement qu'aujourd'hui, avec le professionnel de santé que l'assurance maladie se doit de construire une relation de confiance et un partenariat, prévoyant des engagements réciproques dans un nombre accru de domaines. Il s'agit, d'une part, de reconnaître et de valoriser le rôle croissant que jouent les professionnels de santé en matière de qualité de service pour l'assuré : vérification des droits⁸⁵, bénéfice du tiers-payant, délai et fiabilité des versements d'IJ, simplification des démarches... D'autre part, de s'appuyer sur les services offerts aux professionnels de santé pour en faire des partenaires qui prennent des engagements pour garantir l'accessibilité des soins et participer à la maîtrise médicalisée des dépenses. Le téléservice e-AAT, par exemple, en indiquant au médecin des durées indicatives de durée d'arrêt de travail par pathologie, induit une prescription de durée et donc de consommation IJ inférieure aux prescriptions papier⁸⁶.

[248] Dans cette perspective d'une intensification des relations de l'assurance-maladie avec les professionnels de santé, la bonne définition des besoins et attentes de ce public en matière d'offre de services, ainsi que la structuration d'un dispositif d'écoute clients, apparaissent essentiels. Or les travaux menés jusqu'à ce jour sont centrés sur les médecins, et n'ont pas permis de dresser un constat clair des forces et faiblesses de l'offre de service.

[249] La stratégie qui en découlera devra être construite en inter-régime, mais aussi en coopération avec les assurances complémentaires, à l'image des travaux menés pour la mise en œuvre du tiers-payant, centrés sur les médecins à ce jour : mise en place d'une plateforme interrégime pour répondre aux questions des médecins sur la facturation, le CESI ; travaux pour harmoniser et simplifier les libellés des rejets de facturation.

[250] En miroir de ce recentrage de la relation client vers le professionnel de santé, la relation de service avec l'assuré pourrait être renouvelée profondément sous l'effet de deux dynamiques. D'une part, le contact classique au guichet pourrait céder la place à des démarches proactives, indispensables pour toucher certains publics. A titre d'exemple, l'augmentation des pathologies chroniques plaide dans le sens de développement de parcours de soins et d'accompagnement,

⁸⁵ Les professionnels de santé sont désormais outillés pour vérifier les droits des assurés, via l'application ADRI (acquisition des droits intégrée), un service qui s'intègre dans le logiciel de facturation, et qui permet, avec la carte Vitale du patient, d'obtenir directement les informations à jour, depuis les bases de l'Assurance Maladie, sur les droits de l'assuré. Les professionnels de santé peuvent également saisir plus facilement l'assurance maladie sur des questions relatives aux droits des assurés, via les nouvelles plateformes médico-administratives en cours de constitution ou la ligne urgence précarité (LUP), évitant potentiellement à l'assuré des démarches dans l'urgence.

⁸⁶ Une étude de la caisse de Reims réalisée en 2015 a démontré que les durées de prescription des arrêts de travail dématérialisés sont inférieures aux arrêts de travail papier de moins de 1,6 jour.

impliquant un positionnement différent des intervenants auprès du patient : le conseiller de l'assurance maladie pourra être appelé encore davantage à prendre l'initiative du contact (au lieu d'attendre une présentation à l'accueil) et à aller au-devant de l'assuré, y compris sur des lieux autres que les lieux d'accueil physique. On s'oriente ainsi davantage vers des conseillers personnels / référents, comme déjà imaginé pour les professionnels de santé. Le rapport de l'IGAS de juin 2014⁸⁷ préconisait l'expérimentation d'un conseiller référent pour l'accompagnement des publics considérés comme les plus fragiles.

[251] Dans cette perspective, l'assurance maladie gagnerait à participer plus activement aux travaux autour de l'accueil social inconditionnel, pour s'y intégrer de façon cohérente et conforme à ses intérêts, ainsi qu'aux initiatives en faveur du développement social. A cet égard, compte tenu des compétences du conseil départemental, confortées par la loi NOTRe, l'échelle départementale apparaît comme la plus pertinente pour nouer et entretenir les partenariats. Le niveau national pourrait soutenir ces démarches et en faciliter l'appropriation par chaque directeur d'organisme.

[252] D'autre part, la place des actions collectives pourrait être appelée à croître, à l'image du développement social ou encore selon le principe de la santé communautaire⁸⁸. Deux expériences observées pendant les déplacements dans les CPAM ont semblé intéressantes à cet égard. Dans la Nièvre, la CPAM s'est ainsi déplacée à la MSAP de Fourchambault, gérée par un centre social, pour informer un groupe de femmes sur leurs droits mais aussi les inciter à bénéficier d'un bilan de santé au centre d'examen de santé de Nevers⁸⁹. La plupart d'entre elles ont donné suite à cette proposition et certaines ont pu, à la lumière des diagnostics établis, engager une démarche de soins, à laquelle elles avaient préalablement renoncé. Interrogées par la mission, elles ont souligné l'importance, à leurs yeux, de la dimension collective du contact avec l'assurance maladie et de la démarche vers l'offre de soins. Dans le Hainaut, c'est à l'égard d'un groupe de jeunes, bénéficiaires de la Garantie Jeunes, que l'assurance maladie a pu faire collectivement cette offre de bilans de santé, là aussi avec des suites favorables.

2.2 Contribuer à l'accessibilité du système de soins

[253] Dans un contexte d'effacement de la problématique de l'accès aux droits d'assurance maladie, du fait de la mise en place depuis le 1^{er} janvier 2016 de la protection universelle maladie, il est proposé que la prochaine COG mette l'accent principal sur l'accès aux soins, s'appuyant sur l'un des vingt principes clés du socle européen des droits sociaux, tel que recommandé par l'Union européenne au printemps 2017 : « Toute personne a le droit d'accéder, à des prix abordables et dans des délais raisonnables, à des soins de santé préventifs et curatifs de qualité. »

[254] Or, si l'enjeu de l'accès aux soins est présenté de manière globale dans les documents programmatiques de l'assurance maladie, sa promotion dans l'organisation quotidienne de la branche se fait de façon cloisonnée, avec des mesures peinant à être conçues en pleine cohérence entre elles. Cela est vrai tant au niveau de la caisse nationale qu'en CPAM. En outre, des palliatifs, coûteux au final, sont imaginés et mis en place, au lieu d'un engagement conjoint Etat / assurance maladie sur des mesures plus efficaces.

⁸⁷ IGAS, *La qualité de service aux usagers de l'Assurance maladie : contribution au bilan de la COG 2010-2013 de la CNAMTS et à la future convention*, juin 2014.

⁸⁸ S'appuyant sur le fait que des changements individuels peuvent être produits par le biais de l'implication dans une action collective, la santé communautaire met en œuvre une action collective locale. Ainsi, le groupe entier transforme ses normes, et une dynamique de changement peut se mettre en place.

⁸⁹ De façon globale, la proportion de public précaire fréquentant les centres d'examen de santé a atteint 58 % en 2016 pour une cible de 50 %.

2.2.1 Ajuster le panier de soins et lutter contre les déserts médicaux plutôt que verser des aides financières discrétionnaires

[255] Pour surmonter les obstacles financiers avancés par les personnes en renoncement de soins, l'assurance maladie mobilise à la fois des ressources financières, sous forme d'aides financières au titre de l'action sanitaire et sociale, et des moyens humains. Ceux-ci aident à la préparation des dossiers de demande (service social de l'assurance maladie) ou les instruisent (équipes d'action sanitaire et sociale) ; les plateformes PFIDASS accompagnent également les personnes en situation de renoncement de soins pour raison financière. Ces dispositifs sont déployés, alors que d'autres mesures apparaissent à première analyse plus efficaces pour réduire les difficultés financières, car à impact plus direct sur le reste à charge des assurés à faibles revenus :

- l'ajustement des paniers de soins de la CMUC et de l'ACS aux besoins de soins jugés primaires, comme prévu en particulier dans le règlement arbitral relatif aux soins dentaires⁹⁰ ; ainsi que l'a relevé l'étude de l'ODENORE citée *supra*, ce sont en effet principalement les soins dentaires conservateurs et prothétiques, ainsi que l'optique, qui font l'objet de renoncement de soins ;
- l'amélioration générale de la prise en charge par l'assurance maladie des soins dentaires, d'optique et d'audio-prothésie, comme prévu dans le projet présidentiel ; de manière plus large, la ministre de la santé a annoncé la définition d'ici fin 2017 d'un « panier de services et de soins primaires » ;
- la poursuite du déploiement du tiers-payant, dans le cadre du « tiers-payant généralisable » , même si les bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS y ont déjà accès ;
- la poursuite volontariste de la politique de maîtrise des dépassements d'honoraires, notamment avec les nouvelles options pratiques tarifaires déployées en 2017, et de sanction en cas d'infraction à la règle de non dépassement pour les bénéficiaires de la CMUC.

[256] L'ensemble de ces mesures justifieront une révision à la baisse à due concurrence des lignes d'ASS utilisées à cette fin ainsi que des moyens humains affectés à l'instruction et l'accompagnement de ces difficultés.

[257] Une politique nationale visant à limiter le reste à charge pour les personnes en situation de précarité, dans une perspective de facilitation de l'accès aux soins, est en tout état de cause préférable au versement d'aides financières exceptionnelles, attribuées selon des critères propres à chaque Conseil (et donc différents d'une CPAM à l'autre) et plaçant l'assuré dans la situation de demande d'action sociale, potentiellement stigmatisante.

[258] De façon générale, une meilleure articulation des budgets locaux d'aide sanitaire et sociale avec la COG (par exemple en termes de prévention ou de priorités du service social, comme la PDP) est souhaitable, et nécessite un pilotage national plus volontariste de cette thématique.

⁹⁰ Par arrêté du 19 avril 2017, modifiant l'arrêté du 30 mai 2006, le panier de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale pour les bénéficiaires de la CMUC est étendu et revalorisé à compter du 1er octobre 2017 en application du règlement arbitral organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie publié le 31 mars 2017. Le deuxième arrêté, daté également du 19 avril 2017, vise à étendre, à compter du 1er octobre 2017, le panier de soins dentaires aux bénéficiaires de l'ACS. A compter de cette date, les niveaux maxima de dépassement sur les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale applicables aux bénéficiaires de la CMUC s'appliqueront également aux bénéficiaires de l'ACS.

Recommandation n°6 : Réduire les aides financières discrétionnaires et les moyens humains afférents au fur et à mesure de l'ajustement du panier de soins

[259] Par ailleurs, si la répartition équilibrée des professionnels de santé sur le territoire nationale constitue l'une des orientations de la COG 2014-2017, cette problématique n'est pas intégrée dans les plans d'action dédiés à la lutte contre le renoncement de soins. Or la mission a pu mesurer dans un département comme celui du Loir-et-Cher que la pénurie de professionnels de santé y constituait une telle difficulté qu'elle rendait les efforts relatifs à l'amélioration de la couverture maladie quasi inopérants (exemple de délais de rendez-vous supérieurs à deux ans pour certaines spécialités médicales, telles que l'ophtalmologie) ; selon les données de l'ordre des médecins, le Loir-et-Cher a une densité médicale globale de 305 pour 100000 habitants, soit nettement moins que la moyenne nationale (421) mais plus que les autres départements de la région Centre-Val-de-Loire (à l'exception de l'Indre-et-Loire).

[260] Dans cette configuration, le renoncement aux soins dépasse largement la question des difficultés financières d'une partie de la population, dépourvue de couverture complémentaire ou incapable d'assumer financièrement le reste à charge. Dans ce domaine, l'assurance maladie n'est certes pas le seul acteur ; c'est une politique volontariste à l'échelle du territoire, en lien avec l'ARS et les collectivités locales, qu'il s'agit de concevoir.

[261] Au-delà de la répartition géographique de l'offre de soins et des obstacles financiers, il subsistera d'autres motifs de renoncement de soins, tels que l'éloignement du système de soins ou la non priorisation de la santé au regard des autres problématiques sociales auxquelles la personne fait face. Toutefois, pour ces motifs, il n'est pas certain que l'assurance maladie soit la mieux placée pour intervenir, cet accompagnement des assurés semblant relever, à première analyse, d'un travail social plus global. Pour la plupart de ces personnes en grande difficulté sociale, des actions de remobilisation et d'*empowerment* dans la durée sont indispensables ; or, elles apparaissent hors de portée pour l'assurance maladie, dans sa double composante service social et PFIDASS, tel que ces services fonctionnent aujourd'hui, mobilisés sur des accompagnements beaucoup plus ponctuels et ciblant les questions de santé. Par ailleurs, outre cette globalité d'approche, l'enjeu majeur dans le travail social est actuellement la construction de parcours coordonnés, où l'assurance maladie peut certes jouer un rôle de contributeur mais pas de porteur principal.

2.2.2 Simplifier de façon radicale la demande de CMUC/ ACS

[262] Des efforts considérables sont déployés pour promouvoir le recours à la CMUC et à l'ACS, alors que l'une des principales causes du non-recours, selon les études menées à ce sujet et citées *supra*, tient à leur complexité administrative ; à ce titre, la simplification réglementaire de la demande de CMUC devrait constituer l'une des actions prioritaires de la prochaine COG. La mission estime que ces simplifications radicales sont d'autant plus justifiées qu'il n'y a pas de risque de détournement de l'aide de son objet, s'agissant d'une prestation en nature, et que le renoncement aux soins peut générer des coûts ultérieurs supérieurs (logique de l'investissement social / en santé). Un rapport récent du comité d'analyse économique préconisait même l'automatisme de l'attribution d'un certain nombre d'aides, afin de lutter plus efficacement contre le non-recours⁹¹.

⁹¹ Olivier Bargain, Stéphane Carcillo, Étienne Lehmann et Yannick L'Horty, « Mieux lutter contre la pauvreté par des aides monétaires », *Les notes du conseil d'analyse économique*, n° 41, avril 2017.

Se poserait alors à terme la plus-value d'un tiers, l'assurance maladie en l'occurrence, pour instruire les droits à la CMUC, si ceux-ci sont largement alignés à ceux d'autres prestations sociales.

[263] Dans l'immédiat, la simplification pourrait prendre la forme d'une réduction significative des justificatifs à fournir, grâce à une révision de la base ressources, en l'alignant sur la base ressources d'autres prestations sociales (ou *a minima* en la composant uniquement d'éléments de revenus déclarés par ailleurs). En outre, l'aboutissement des démarches d'échanges de données dans la logique du *Dites-le nous une fois* constituerait une simplification importante. Au-delà de la mise à disposition depuis 2014 d'outils de consultation d'informations individuelles par d'autres opérateurs de protection sociale et des pouvoirs publics (les allocations CAF via CAFPRO, les allocations chômage via AIDA et les titres de séjour via AGDREF), il convient de promouvoir au cours de la prochaine COG les injections automatisées de données dans les systèmes d'information de la CNAMTS (voir *infra* partie efficacité). Les exploitations de la DSN et du prélèvement à la source pour les revenus autres (PASRAU), pour l'injection des traitements et salaires, et du portail national des droits sociaux (PNDS) ne sont pas ou peu instruites par la CNAMTS à ce jour, en particulier à des fins de lutte contre le non-recours.

[264] Enfin, la dématérialisation de la démarche de CMUC/ACS constitue un enjeu crucial de simplification, aussi bien pour les assurés que pour les gestionnaires. Fin mars 2017, un téléservice a été mis en ligne pour les bénéficiaires du RSA, avec une montée en charge rapide (près de 20 000 utilisateurs en deux mois). Le projet d'un télé-service pour les autres assurés se heurte aujourd'hui justement au nombre de pièces justificatives à fournir, et donc à la complétude de la base ressources. Le succès de la montée en charge de la prime d'activité illustre pourtant l'impact potentiel d'un téléservice sur le non-recours à la prestation⁹².

[265] Outre l'amélioration de la qualité de service et la lutte contre le non-recours, ces mesures auront aussi des impacts significatifs en termes d'efficacité (voir *infra*).

Recommandation n°7 : Simplifier de façon radicale la demande de CMUC / ACS par la normalisation de la base ressources et des injections automatisées de données

[266] On, le voit, sur l'ensemble de ces sujets, la dimension partenariale et donc la capacité des organismes à travailler en réseau territorial, au sein de son éco-système, sont primordiales, d'où les recommandations formulées *infra*.

2.3 Poursuivre la trajectoire d'efficacité

[267] Comme l'indiquait le rapport IGAS/ IGF sur les coûts de gestion de l'assurance maladie⁹³, une vague importante de départs à la retraite dans la branche maladie s'achèvera vers 2020, donnant une occasion unique de mettre en place des réformes sans licenciement et en procédant au reclassement des agents.

⁹² Fin 2016, 2,4 millions de foyers bénéficiaient de la prime d'activité, soit un taux de recours proche de 60 %, alors que le projet de loi escomptait un taux de recours de 50 %. Ce succès peut s'expliquer par divers facteurs : ouverture d'un téléservice, simplification de la déclaration trimestrielle de ressources, campagnes de communication, mais aussi ouverture du dispositif aux actifs bénéficiaires de l'AAH, de pensions d'invalidité et de rentes ATMP.

⁹³ IGAS / IGF, *Les coûts de gestion de l'assurance maladie*, septembre 2013.

[268] En effet, les projections réalisées par la CNAMTS à la demande de la mission montrent qu'il 11 323 agents⁹⁴ devraient partir à la retraite entre 2018 et 2021, prolongeant la tendance observée sur la précédente COG.

Tableau 11 : Estimation des départs à la retraite sur la période 2017-2021

Estimations par an et par catégorie d'emplois, en ETP	2017	2018	2019	2020	2021	Total COG 2018 - 2021
Employés et cadres, informaticiens	2 583	2 681	2 748	2 644	2 729	10 803
Agents de direction	42	40	36	31	30	137
Praticiens conseils	91	90	105	99	89	384
TOTAL	2 716	2 811	2 890	2 774	2 848	11 323

Source : CNAMTS

[269] Dans ce contexte particulier, la mission a examiné les leviers d'efficience que l'assurance maladie pourrait mobiliser au cours des prochaines années afin de les traduire, à la faveur des départs à la retraite, en réduction d'effectifs et donc d'économies de gestion pour l'assurance maladie.

2.3.1 Exploiter les gains résiduels liés à la transformation numérique

[270] Lors de la COG 2013-2017, l'essentiel des gains d'efficience (près de 3500 ETP) a été généré par la dématérialisation, principalement par les programmes P1, P2 et les *Quick wins*. La transformation numérique peut encore produire des gains d'efficience importants pendant la prochaine COG. La mission ne dispose pas de projection détaillée à cet égard, celle-ci devant être produite par la CNAMTS d'ici l'automne 2017 ; elles seront donc disponibles pour la négociation de la COG. Pour autant, plusieurs éléments attestent des gains mobilisables.

[271] En premier lieu, certains projets entamés lors de la COG 2013-2017 devraient porter leurs fruits sur la prochaine COG : ainsi du projet OPTIMA sur les mutations (gain supérieur à 150 ETP encore attendu), ou du projet INDIGO sur la base ressource de la CMU-C (évaluation *ex ante* de gain supérieure à 250 ETP). Le développement de l'usage du compte et des différents téléservices devrait se poursuivre, générant un allègement de charge substantiel, tant en *front office* (baisse des contacts entrants) qu'en *back office*.

[272] En second lieu, comme l'illustre l'annexe 6, certains processus mobilisant de nombreux effectifs demeurent encore très peu dématérialisés : il en va ainsi du processus CMUC-ACS (environ 1400 ETP en production), dont l'instruction nécessite encore 30 minutes en moyenne. De même, l'automatisation du processus affiliation/mutation (environ 3400 ETP en production pour le processus gestion des droits, dont le périmètre dépasse l'affiliation/mutation) est encore faible pour les volets affiliation (absence de téléservice et d'injection de données externes) et moyenne en ce qui concerne les mutations.

⁹⁴ Les projections sont réalisées toutes branches confondues, pour les organismes en interbranche (CGSS en outre-mer et CSS en Lozère).

[273] Cependant, l'examen attentif de ces processus montre aussi que les gains d'efficience ne tiennent pas au simple développement de nouveaux téléservices dans le cadre des programmes P1 et P2, puisque :

- concernant le processus CMUC/ ACS, le développement du téléservice est fortement entravé par la complexité de la demande ainsi que les injections de données très limitées des partenaires (absence d'injections de données de la DGFIP et de Pôle emploi ; absence d'injection de données de la CNAV pour les bénéficiaires de l'ASPA ; faible succès du projet avec la CNAF pour les bénéficiaires du RSA). L'instruction est aussi très lourde en gestion et très peu ergonomique pour le gestionnaire, qui doit à ce stade consulter près de 11 applicatifs (avant INDIGO) ;
- concernant le processus affiliation/ mutation, les potentiels gains d'efficience viennent certes du développement d'un téléservice (pour l'affiliation et la mutation), mais aussi de l'exploitation de la DSN et des échanges de données avec les partenaires (dématérialisation des bordereaux) ;
- enfin, l'étude du processus de gestion des indemnités journalières (plus de 3000 ETP) montre que l'essentiel des gains liés à la dématérialisation a été concrétisé pour ce processus, avec un niveau de dématérialisation élevé (AAT, DSII). Pour ce processus, les potentiels gains d'efficience sont liés davantage à la montée en charge des téléservices existants (notamment l'e-AAT), et surtout de la simplification des règles de gestion des indemnités journalières. A titre d'exemple, l'instruction des dossiers les plus complexes (5 à 10 % des dossiers) nécessite entre 30 minutes et 1h30. La promotion de la subrogation auprès des entreprises apparaît aussi un levier important d'efficience, autant qu'un gain significatif pour l'utilisateur.

[274] Certains leviers d'automatisation qui ont fortement contribué aux gains d'efficience pendant les précédentes COG tendent aussi à s'épuiser. L'exemple le plus emblématique est celui de la dématérialisation des feuilles de soins, qui a atteint un palier, avec 95 % des feuilles de soins dématérialisés au premier semestre 2017 (gain supérieur à 900 ETP sur la COG 2014-2017 ; un point de dématérialisation supplémentaire correspond à un gain d'environ 300 ETP). Selon les interlocuteurs de la mission, il sera très difficile d'aller au-delà sans politique plus contraignante vis-à-vis des assurés (oubli de carte vitale) comme des professionnels de santé (pour une part très minoritaire d'entre eux, refus d'outiller le cabinet malgré l'obligation réglementaire).

[275] En ce qui concerne d'autres processus dématérialisés, l'utilisation de l'offre de téléservices est beaucoup moins satisfaisante, avec de forts écarts régionaux, en particulier pour les assurés et les professionnels de santé. Ainsi, le taux de dématérialisation de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) s'échelonnait entre 35 et 87 %, tandis que le taux de dématérialisation de la déclaration du médecin traitant (DMT) variait entre 35 % et 76 %.

[276] A ce jour, l'assurance maladie n'a pas fait le choix de rendre les démarches en ligne obligatoires. De nombreux opérateurs se sont pourtant engagés dans cette voie : Pôle emploi pour l'inscription au chômage, la CNAF avec la prime d'activité, la DGFIP avec la déclaration d'impôt sur le revenu (progressivement), ainsi que le ministère de l'intérieur (à partir de 2018) pour l'ensemble de ses démarches (à l'exception des titres de séjour). Dans son audit des finances publiques de juin 2017, la Cour des comptes invite fermement à faire du numérique le mode d'accès de droit commun aux démarches administratives, comme c'est le cas dans de nombreux pays.

[277] Alors que les nouveaux téléservices pourraient être moins nombreux dans la prochaine COG, il paraît donc essentiel d'en tirer tous les gisements d'efficience en rendant certaines démarches en ligne obligatoires, tout en structurant l'accompagnement numérique des usagers qui en auraient besoin (voir recommandation n°9 *supra*). La MD 20 suggérait d'aller en ce sens, en commençant par la DMT pour les professionnels de santé, et la CEAM pour les assurés. Elle évaluait le gisement d'efficience à environ 40 ETP pour la DCMT, 350 ETP pour l'AAT, et de l'ordre de 150

ETP pour l'attestation de droits, la CEAM et le relevé d'IJ. Ces données doivent toutefois être interprétées avec beaucoup de précaution et ne peuvent que donner un ordre de grandeur, car la méthodologie semble fragile (mesure dans une seule caisse) et hétérogène, et n'a pas suivi les standards de la DDO. La CNAMTS devrait être en mesure de fournir des données plus fiables à l'automne 2017.

2.3.2 Investir sur les projets informatiques de modernisation des processus et de résorption de la dette technique

[278] L'intérêt de développer de nouveaux téléservices à destination des assurés et des professionnels de santé, pour améliorer la qualité de la relation de service et générer des gains d'efficacité, a été décrit *supra*. Toutefois la poursuite de ces gains risque d'être freinée, si l'assurance maladie ne porte pas en parallèle ses efforts sur la dématérialisation des processus de gestion.

[279] Aussi, afin de poursuivre l'optimisation des différents processus métier et support, est-il indispensable d'investir davantage pendant la prochaine COG sur les projets informatiques relatifs aux processus internes de l'assurance maladie (programme 6). Les notes de conjoncture du comité des utilisateurs de l'informatique font état, de façon récurrente, de la fragilité de l'architecture informatique, des ralentissements et incidents d'exploitations de gros applicatifs de gestion tels que DIADEME ou IRIS. La satisfaction des utilisateurs de l'informatique de l'assurance maladie est peu élevée pour les applications métiers (6,3 sur 10) et 1/3 des répondants déclarent avoir des difficultés régulières. Or la nécessité de rénover le système d'information de gestion de l'assurance maladie était déjà établie dans le SDSI 2014-2017, avec un programme dédié, le P6, qui a connu des difficultés importantes et a été peu priorisé par rapport au développement des téléservices (voir partie 1.5.4).

[280] De manière plus générale, les problèmes importants de stabilité des systèmes, identifiés en 2015, étaient expliqués par « des problèmes sur des composants techniques [...] qui ne sont plus au niveau d'un socle technique moderne et adapté aux services que le SI de l'assurance maladie veut offrir désormais »⁹⁵. Dans ce contexte, c'est tout le chantier relatif au socle technique qui a connu récemment des inflexions importantes : les premières briques d'une architecture SOA (architecture en mode service) ont été posées et des composants de services partagés mis en place, à l'instar d'ESPOIR (exposition de services pour des opérations intra-régimes) et de la brique de gestion interne MAESTRO (maîtrise et exploitation du socle des tâches agents référencées et orchestrées). Les efforts portent également sur l'efficacité du socle technologique : renforcement des infrastructures, amélioration du plan de continuité d'activité, vigilance sur la qualité de service, modernisation de l'éditique. Au total, l'objectif de résorption de la dette technique a été inscrit de façon volontariste dans les *roadmaps* 2016-2017. Il s'agit désormais de conforter cette stratégie au cours de la prochaine période conventionnelle, même si l'ensemble de la rénovation du système d'informations ne pourra être conduite à l'échelle d'une seule COG.

Recommandation n°8 : Prioriser davantage les projets informatiques de modernisation des processus et de résorption de la dette technique

⁹⁵ Note de conjoncture informatique n°44, mars 2015.

2.3.3 S'engager résolument dans les démarches de simplification

[281] Compte tenu de l'impossibilité de reconduire à la même échelle, sur la prochaine période conventionnelle, les gisements d'efficience de la COG 2014-2017, liés à la transformation numérique, la poursuite de la trajectoire d'efficience dessinée par la tutelle nécessite de mobiliser de nouveaux leviers qui sont, cette fois-ci, à la main de l'Etat.

2.3.3.1 Mobiliser davantage le levier de la simplification réglementaire

[282] Comme évoqué précédemment, si les réformes de simplification envisagées dans la COG n'ont pas été mises en place (CMUC et IJ), la PUMA a constitué une importante simplification et généré des gains d'efficience substantiels entre 2015 et 2016. Des gains d'efficience supplémentaires peuvent en être encore escomptés (cf. *supra* 1.4.2.2), de l'ordre de 200 ETP si l'on s'en tient aux estimations initiales de la CNAMTS.

[283] La mission préconise une simplification radicale de la demande de CMUC/ACS, tant pour des raisons de qualité de service, de lutte contre le non-recours que d'efficience en gestion (voir recommandation n°1).

[284] De même, une simplification est indispensable pour les indemnités IJ maladie-maternité-paternité⁹⁶. Malgré son automatisation partielle, le processus est aujourd'hui coûteux en gestion (plus de 3000 ETP, soit 14 % des ETP de gestion ; les IJ maladie constituent le premier motif de contact téléphonique en 2015 et le deuxième motif de contact à l'accueil, soit une charge grossièrement évaluée à 700 ETP en *front office*. La complexité est particulièrement forte pour les assurés inscrits à Pôle Emploi, ainsi que pour les assurés poly-actifs et/ ou multiemployeurs (voir détail en annexe 6). Une mission IGAS/ IGF sur l'évolution des dépenses d'IJ au premier semestre 2017⁹⁷ engage à poursuivre l'effort de simplification de la réglementation en explorant plusieurs pistes d'harmonisation, dans un objectif d'équité entre les bénéficiaires : base du salaire de référence, plafond du salaire journalier et règles de calcul de l'indemnité. En 2014, la CNAMTS évaluait à 300 ETP le gisement d'efficience lié à une simplification des IJ.

Recommandation n°9 : Engager une réforme de simplification des indemnités journalières

[285] Comme pour les autres branches, l'Etat devra veiller, lors de la mise en oeuvre de ces réformes, à consulter les caisses nationales suffisamment en amont pour évaluer les impacts de des modifications réglementaires ou législatives sur les SI, afin d'étudier la faisabilité, les délais de réalisation et les coûts de la mesure.

2.3.3.2 Développer davantage les échanges de données interorganismes

[286] La mission n'a pas exploré dans le détail cette thématique, un rapport IGAS/ IGF y ayant récemment été consacré⁹⁸. La DSS a aussi engagé des travaux inter-branche sur les échanges de données, dans le cadre de la préparation du renouvellement du schéma stratégique des systèmes

⁹⁶ Le cas des IJ AT-MP n'a pas été traité par la mission, celui-ci relevant de la mission d'évaluation de la COG AT-MP.

⁹⁷ "Revue de dépenses : l'évolution des dépenses d'indemnités journalières", juin 2017, IGAS/ IGF

⁹⁸ "L'organisation des échanges de données entre organismes de protection sociale", 2015, IGAS/IGF- dans ce rapport figurent notamment des annexes recensant les échanges de données existant pour chaque organisme de protection sociale (OPS), y compris la CNAMTS (annexes 4 et 5). Au-delà des échanges inter-branches nécessaires, il décrit les besoins d'échanges entre les OPS et les administrations de l'Etat en matière d'état civil, de titres de séjour et de données fiscales. Une évolution de la gouvernance des échanges de données est aussi préconisée.

d'information (SSSI). Ces travaux portent sur les référentiels, la mise à disposition des données et la gouvernance des échanges.

[287] Pour autant, la mission a constaté que les projets d'échanges de données avec les autres opérateurs ont connu des retards importants dans la précédente COG, par manque d'engagement coordonné des parties. Pour les trois processus investigués, des enjeux importants ont été identifiés pour la / les COG 2018-2021 :

- vis-à-vis de la CNAF, l'enjeu ne réside pas tant dans le développement d'un nouvel échange de données que dans l'optimisation des échanges existants, en particulier de la pré-instruction de la CMU-C lors de l'instruction du RSA ;
- les échanges de données avec la CNAV ont connu des retards importants dans la précédente COG : deux projets sont en cours, l'utilisation du RNCPS et l'automatisme du renouvellement de l'ACS aux titulaires de l'ASPA, tandis que l'accès à l'EIRR pour les montants des pensions est encore en chantier ;
- les injections automatisées de données gagneraient à être développées avec Pôle Emploi (AIDA notamment, très utilisé pour la gestion des IJ et pour la CMUC/ACS) ;
- avec le ministère de l'intérieur, un échange de données est en cours de développement sur l'AGDREF (horizon 2018) ;
- enfin, les échanges de données avec la DGFIP sont aujourd'hui déterminants pour le contrôle des ressources, sans qu'il n'y ait d'injections de données. Avec la DSN, la perspective du prélèvement à la source pourrait constituer un vecteur de simplification essentiel (notamment pour la CMUC/ACS), afin de limiter les demandes de données auprès des usagers.

[288] Comme le rapport IGAS/ IGF l'a montré, un plus grand développement des échanges de données, dans la logique d'un point d'entrée unique (*Dites-le-nous une fois*), nécessite une évolution de la gouvernance. En attendant, un alignement stratégique des différents acteurs doit être recherché avec l'outil des COG, en particulier avec la CNAF et la CNAV.

Recommandation n°10 : Définir un schéma-cible d'échanges de données entre organismes de protection sociale et veiller à l'alignement stratégique des COG

2.3.4 Concrétiser les gains liés aux réorganisations

[289] La réforme organisationnelle générée par la démarche TRAM constitue un succès important de la précédente COG. La caisse nationale annonce veiller au respect des cibles de performance fixées dans les cahiers des charges, les gains d'efficacité étant escomptés à partir de 2018, l'année 2017 étant consacrée à la montée en charge du dispositif. La CNAMTS a évalué *ex ante* ces gains à 570 ETP (détail dans le tableau ci-après). Le suivi de l'atteinte de ces cibles et des évolutions d'effectifs associées sera essentiel en début de la COG 2018-2021 pour que le gisement d'efficacité se concrétise.

Tableau 12 : Estimation du gain lié à l'atteinte des cibles de performance

Processus	Gain estimé ex ante
Capitiaux décès	Environ 20 ETP
Invalité	Environ 95 ETP
Rentes	Environ 40 ETP
RCT	Environ 105 ETP bruts, 80 ETP nets
FSP	Environ 90 ETP
Paie	Environ 145 ETP
PFS Assurés	Environ 100 ETP
Oppositions	Pas de chiffrage de gains potentiels
Relations internationales	Pas de chiffrage de gains

Source : CNAMTS

[290] La mission juge qu'il appartiendra à l'assurance maladie au cours des prochaines années de poursuivre la recherche de gains d'efficacité issus de l'alignement vers le haut de la performance des organismes, en particulier en intégrant dans la démarche de mutualisation des processus mobilisant des effectifs importants, tels que la gestion des bénéficiaires et les prestations en espèces. La démarche du SMI devrait aussi contribuer à réduire les écarts de performance sur chacun des processus, et à générer des gains d'efficacité qui devront être suivis.

[291] De même, les propositions de réorganisation territoriale du *front office* présentées *infra* auront un impact en termes d'efficacité, même si cela ne constitue qu'un de leurs objectifs.

[292] Au total, il apparaît que ce n'est qu'à la condition que la CNAMTS et l'Etat poursuivent ou engagent des efforts concomitants sur l'ensemble des leviers d'efficacité que l'assurance maladie pourra rester durablement sur la trajectoire de réduction des coûts de gestion que trace la tutelle dans une préoccupation constante de maîtrise des dépenses publiques.

2.3.5 Respecter la règle de non-remplacement d'un agent sur deux

[293] Au regard des différents gisements d'efficacité identifiés, la mission a examiné plusieurs hypothèses pour paramétrer l'évolution des effectifs de l'assurance maladie au cours de la prochaine COG.

[294] D'une part, la mission juge incontournable de fixer une règle simple et lisible *a priori*. En effet, si la réduction d'effectifs n'est déterminée qu'au fur et à mesure de la concrétisation des gains de productivité, l'assurance maladie n'a pas d'incitation forte à la recherche effective de ces gains, dans un contexte de grande asymétrie d'information entre la tutelle et l'assurance maladie. Le principe d'une clause de revoyure pose une même difficulté liée à l'asymétrie d'information, à laquelle s'ajoute un effet « stop and go » des réductions d'effectifs, observées pour la période 2014-2017. A l'inverse, la fixation d'une règle *a priori* présuppose que l'Etat de son côté s'y tienne également, en ne contrevenant pas, par des cadrages annuels, au principe de pluriannualité budgétaire des COG. En contrepartie, une révision des règles de report budgétaire, particulièrement avantageuses, pourrait être négociée sur certains budgets (hors investissement).

[295] Au sein même du réseau, l'assurance maladie procède d'ailleurs d'une façon analogue en fixant aux organismes des taux à respecter sur la durée de la COG, charge à eux, dans une logique de responsabilisation et de pilotage par objectifs, de définir les moyens de l'atteindre. La mission estime que cette démarche doit s'appliquer à l'ensemble des organismes et des personnels du réseau, tous étant appelés à participer à l'effort collectif d'efficacité. En particulier, l'exemption qui a concerné pendant la précédente COG certaines catégories d'emploi, assistants sociaux en

particulier, n'apparaît pas justifiée. Le repositionnement du service social (recommandation n°17) justifiera d'autant plus de participer à l'effort collectif.

[296] La mission préconise donc de ne retenir qu'une règle de calcul des restitutions d'effectifs, la plus simple et plus objective possible, sous la forme d'un taux de non-remplacement des départs à la retraite, sans clause de revoyure.

[297] D'autre part, il conviendra de prévoir dès la signature de la COG les règles présidant à l'intégration dans le régime général d'équipes issues d'autres régimes. Au moment de la finalisation du présent rapport, les contours de l'adossement du régime social des indépendants et des mutuelles d'étudiants, annoncé par le nouveau gouvernement, n'étaient pas connus ; ils devraient toutefois l'être d'ici la fin de l'année (l'échéance annoncée étant le 1^{er} janvier 2018). Deux options semblent envisageables à cet égard :

- Restreindre les possibilités de recrutement des CPAM en début de COG (par exemple, en fixant un taux plus contraignant en matière de remplacement des départs à la retraite), afin de préparer la reprise des effectifs des autres régimes et ainsi pouvoir respecter le taux global qui sera posé pour la COG pour l'ensemble des effectifs assurance maladie (nouveaux effectifs compris) ; un tel mécanisme est plus contraignant pour les CPAM ;
- Organiser une négociation *ad hoc* de chaque opération de reprise en gestion, qui prévoit dès le départ une cible d'efficacité à atteindre, pour ces nouvelles activités, d'ici la fin de la COG ; il conviendrait que cette cible d'efficacité converge, aussi rapidement que possible, vers celle fixée pour le régime général, c'est-à-dire en ne procédant pas au remplacement des départs qui auraient lieu au moment de l'opération de reprise en gestion ou ultérieurement.

[298] Quant au taux à retenir, au regard des gisements d'efficacité encore mobilisables dans la branche maladie du régime général, la mission recommande la poursuite d'une trajectoire basée sur le non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux ; soit, compte tenu des prévisions du nombre de départs à la retraite (11323), une réduction d'effectifs de 5660 ETP entre 2018 et 2021. La diminution d'effectifs serait donc légèrement supérieure (de l'ordre de 10 %) à la réduction nette d'effectifs sur la COG 2013-2017.

[299] Un effort supplémentaire impliquerait une accélération, c'est-à-dire une concrétisation dès 2019-2020 des chantiers de restructuration du *front office* et de mutualisation de gros processus.

Recommandation n°11 : Fixer a priori une règle d'évolution des effectifs, qui soit simple et lisible pour le réseau, traduisant la poursuite de la trajectoire d'efficacité (non-renouvellement d'un départ à la retraite sur deux).

2.3.6 Renforcer le contrôle de gestion au service de l'efficacité

[300] Le renforcement de la fonction de contrôle de gestion, en particulier au niveau national, apparaît nécessaire à plusieurs titres, pour poursuivre la trajectoire d'efficacité :

- poursuivre et analyser au niveau national l'évolution des coûts des processus et les écarts de performance au sein du réseau. Les données de coût devraient notamment donner lieu à un suivi resserré par les pilotes nationaux de processus SMI. Ceci suppose pour les CPAM d'exploiter davantage les données de comptabilité existantes ; pour les DRSM, le déploiement du logiciel OSCARR d'ici à la fin 2017 permettra dès 2018 de mettre en place une comptabilité analytique ; pour le service social, à défaut de comptabilité analytique, l'exploitation régulière des données fournies par GAIA, notamment des données de productivité, est souhaitable ;

- pour faciliter la priorisation des projets, plus particulièrement des téléservices, en évaluant leur retour sur investissement (mesures *ex ante*). Aujourd'hui, ces mesures ne sont réalisées de manière systématique, quoique non exhaustive, qu'en début de COG. Elles ne permettent pas d'accompagner les réflexions sur les évolutions stratégiques (missions déléguées notamment), et suscitent des mesures hétérogènes et dispersées au sein de l'assurance-maladie ;
- pour assurer un suivi régulier des gains d'efficience et fournir un appui aux porteurs de projet et aux organismes (mesures de suivi et *ex post*). A l'instar de TRAM, et à l'inverse de la PUMA, ceci doit permettre de concrétiser l'ensemble des gains d'efficience permis par des réformes, en orientant les organismes sur des cibles d'efficience ;
- pour fournir un appui à un dialogue de gestion plus individualisé, en identifiant les marges de progrès existantes dans chacun des organismes. Une mission déléguée sur la rénovation du dialogue de gestion, qui devrait rendre ses travaux fin 2017, explore un projet d'individualisation des CPG, dans le prolongement des mutualisations. Une plus grande individualisation des objectifs des organismes devrait logiquement se traduire par des cibles d'économies en gestion, et le contrôle de gestion sera naturellement appelé à contribuer à la définition de ces cibles. Par ailleurs, le dialogue de gestion immobilier qui a été récemment introduit gagnerait à être renforcé et intégré dans ce cadre plus global, pour permettre un suivi fin des implantations territoriales (voir *infra*).

[301] Afin de renforcer les moyens humains du département du contrôle de gestion à la CNAMTS, il pourrait être envisagé de s'appuyer de façon beaucoup plus importante qu'aujourd'hui sur le réseau de contrôleurs de gestion dans les organismes, en les faisant contribuer à des missions nationales (à l'image du fonctionnement des systèmes d'information). La création de pôles de ressources sur cette fonction (voir *infra* partie 2.4.2) constituerait une opportunité en ce sens.

Recommandation n°12 : Renforcer la fonction de contrôle de gestion dans le cadre de la rénovation du dialogue de gestion

2.4 Reconfigurer l'organisation territoriale en adéquation avec les missions

[302] L'organisation du réseau et sa reconfiguration doivent être appréciées en fonction de l'évolution des missions et des moyens, dans une perspective de mutabilité du service public (l'adaptation constante du service aux nécessités de l'intérêt général et aux circonstances nouvelles). Les cadres dirigeants de l'assurance maladie avaient d'ailleurs exprimé au cours d'une séance du CNG, la demande d'une vision politique, et non plus simplement technique, de leur réseau, qui permettra de guider leur engagement dans l'accompagnement au changement.

[303] Au-delà des missions mêmes de l'assurance maladie, la mission estime nécessaire de tenir compte des préoccupations suivantes :

- Améliorer l'efficience des structures, dans un contexte de réduction des moyens, et garantir le maintien de l'expertise sur certains processus (enjeux de taille critique) ;
- Contribuer aux équilibres territoriaux, dans sa double dimension d'accessibilité des services publics (*front office*) et de maintien de l'emploi local ;
- Préserver l'attractivité des métiers de l'assurance maladie et la qualité de vie au travail ; veiller à l'acceptabilité sociale ;
- Préserver, voire renforcer la capacité d'innovation, l'agilité et la responsabilité des organismes ; s'assurer de la « gouvernabilité » de la branche ;

- Minimiser le coût du changement (directs et indirects en termes de mobilisation des ressources principalement sur ce chantier) et le mettre en regard des gains escomptés.

2.4.1 Réexaminer la cartographie des lieux d'accueils dans le cadre d'un pacte Etat / assurance maladie

[304] Si on réduit de façon très volontariste la complexité administrative (PUMA, CMUC, IJ), et si l'essentiel des remboursements de prestations en nature se fait au bénéfice des professionnels de santé, dans le cadre du tiers-payant, on peut en escompter un effet considérable sur le volume des contacts entrants, compte tenu de la part prépondérante qu'occupent ces problématiques dans les motifs de contact en accueil physique et téléphonique. La mise à disposition prochaine d'informations de réassurance va dans le même sens. En outre, la réduction de la complexité administrative pourrait contribuer à diminuer le besoin de rendez-vous pour l'instruction de dossiers de demande. Elle pourrait aussi engendrer un transfert d'une partie des contacts entrants vers les plateformes téléphoniques, voire multicanal, habilitées à gérer les demandes dites de niveau 1.

[305] Compte tenu de cette tendance forte, déjà amorcée significativement depuis 2016, un réexamen approfondi du besoin d'accompagnement en proximité des assurés et donc du nombre et de l'organisation des points d'accueil de l'assurance maladie s'impose :

- si la fréquence du besoin de contact avec l'assurance maladie diminue, il est possible de poser des références d'accessibilité (temps de déplacement jugé acceptable), qui reflètent un maillage moins dense que celui observé aujourd'hui (voir *supra*) ; la détermination de ces références (30 minutes ?) pourrait se faire en lien avec un comité d'usagers ; des références identiques, ou marginalement ajustées, pourraient s'appliquer pour justifier des implantations territoriales du service médical (pour son activité de convocation des assurés) et du service social (entretiens individuels), sachant que ces deux services travaillent d'ores et déjà presque exclusivement sur rendez-vous (et peuvent se déplacer à domicile, pour le service social).
- si l'exigence d'un accueil très spécialisé se réduit, un maillage territorial identique pourrait être conservé, dans une préoccupation de cohésion territoriale, tout en mutualisant les fonctions de premier accueil avec celles d'autres services publics - quitte à permettre l'organisation de rendez-vous pour les sujets plus complexes. A cet égard, la mission juge que la participation au dispositif des MSAP est à privilégier, compte tenu de leur dynamique de développement et la composition du partenariat au fondement des MSAP.

[306] Quant aux relations avec les professionnels de santé, repensées avec la mise en place de plateformes multiservices régionales et le déploiement des PPA, elles justifient certes un certain nombre d'accompagnements en proximité mais pas forcément à partir d'un maillage infra-départemental (selon la taille et la topographie du département), dans la mesure où ce sont les agents de l'assurance maladie qui se déplacent chez les professionnels de santé. Par ailleurs, l'assurance maladie pourrait utilement arrêter une doctrine concernant le recours à d'autres formes de contact que le contact physique (téléphone, visio, voire contacts dématérialisés), sachant que certains organismes l'utilisent déjà.

Recommandation n°13 : Mener, dès le début de COG 2018-2021, une étude prospective sur la fréquence et la nature des besoins de contacts en proximité pour les différentes catégories d'usagers.

Recommandation n°14 : Faire de la participation au dispositif des MSAP à l'échelle de chaque département une orientation à intégrer dans les schémas locaux d'implantation territoriale.

[307] Compte tenu de l'extrême sensibilité politique de ce sujet, ainsi que de la nécessité de l'inscrire dans la politique globale d'aménagement du territoire déterminée par l'Etat, la mission recommande d'inclure les orientations dans un pacte stratégique Etat / assurance maladie, posant les objectifs et grands principes ; des considérations méthodologiques (objectivation des situations, concertations préalables, organisation d'alternatives comme les MSAP, possibilité de RDV, visio...) ; la gouvernance, via la création d'une instance partenariale de suivi. Un tel dispositif est susceptible de favoriser l'acceptabilité politique des décisions locales quant aux implantations territoriales.

Recommandation n°15 : Elaborer un pacte stratégique Etat - assurance maladie relatif à l'évolution des implantations territoriales de l'assurance maladie et en assurer le suivi dans une instance partenariale

[308] L'élaboration et la mise en œuvre de tels schéma nécessitent une amélioration de la qualité et de la fréquence d'actualisation des données relatives au nombre, à la typologie et à la fréquentation des lieux d'accueils physiques. Ces données devraient être partagées avec l'Etat. L'assurance maladie, dans la conduite de cet exercice, pourra également s'appuyer sur les cartographies des services publics élaborées par le CGET, notamment dans la perspective de l'élaboration des schémas départementaux d'amélioration de l'accessibilité des services publics.

2.4.2 Acter la fin des CPAM généralistes en les faisant évoluer vers des organismes de proximité et contributeurs à la production nationale

[309] La mission a relevé tout l'intérêt de la démarche de mutualisation TRAM qui permet d'exploiter les opportunités ouvertes par la dématérialisation pour organiser une redistribution des activités sur le territoire, sans impact sur la relation de service. Aussi TRAM vise-t-il à répondre à plusieurs enjeux majeurs :

- un enjeu de taille critique, particulièrement fort pour les processus à forte expertise dans les caisses de petite taille. Des processus comme les relations internationales et le recours contre tiers constituent des exemples parlants en la matière ; sur ce deuxième exemple, la mission IGAS / IGF conduite en 2017 considère qu'une concentration plus forte encore de l'expertise permettrait d'améliorer la gestion. Pour ces processus à forte expertise, une gestion nationale du processus (par opposition aux processus régionaux), avec un nombre de pôles réduits, apparaît souhaitable, car elle favorise le partage de bonnes pratiques et l'homogénéisation. La gestion des capitaux décès, qui a été centralisée sur six pôles dans le cadre de TRAM, fournit un bon exemple de cette dynamique ;
- un enjeu de réduction des écarts de performance entre les caisses, en termes de qualité de service et de coûts (voir *supra*) ;
- enfin, un enjeu de rationalisation des sites de production. En effet, il a été indiqué précédemment (partie 1) que le nombre de sites de production demeurait élevé au sein du réseau, et qu'une partie des caisses avait engagé une stratégie de rationalisation de l'organisation de la production. Or la mutualisation des processus de production, à travers les transferts d'activité qu'elle génère, peut servir de cadre à ces réorganisations.

[310] Ces enjeux étant immédiats, la mission estime qu'il convient d'amplifier la démarche TRAM, en l'étendant non seulement à certaines fonctions supports mais aussi à des processus mobilisant d'importantes ressources RH, et donc d'acter la fin de la CPAM généraliste en tout endroit du territoire. Ceci implique de mener une réflexion stratégique sur les compétences socles d'une CPAM, qui intègrent les relations de proximité à maintenir ou à développer vis-à-vis des différentes catégories d'usagers, à l'aune des considérations développées dans le présent rapport⁹⁹.

[311] Les préoccupations de cohésion territoriale et donc de maintien d'activités (et d'emplois) sur l'ensemble du territoire sont pour autant tout à fait légitimes. La recommandation n'est donc pas de centraliser l'activité de l'assurance maladie dans les chefs lieu de région mais bien de maintenir à titre principal la maille départementale et de distribuer l'activité mutualisée sur le territoire, en veillant aux équilibres. On aurait ainsi à terme des caisses primaires d'assurance maladie qui, d'une part, assureraient les fonctions d'accompagnement en proximité des usagers et de mise en réseau partenarial et, d'autre part, gèreraient, pour le compte du national ou de la région, deux ou trois macro-processus. L'agilité de caisses à périmètre départemental, par rapport à de gros organismes régionaux, en particulier pour conduire le changement RH avec succès, est à souligner.

[312] D'aucuns arguent de la nécessité de gérer les prestations en nature et en espèces en proximité, pour pouvoir assurer la relation clients et identifier les éventuels points de rupture / difficultés dans la chaîne de traitement. Le fonctionnement du mécanisme d'entraide PHARE et la mutualisation via TRAM d'autres processus, qui impliquent aussi des relations clients, n'ont cependant pas mis en lumière des difficultés majeures, au terme de la phase d'acculturation et de mise au point des articulations, pour organiser l'interface entre le site de proximité et le site gestionnaire du processus. D'ailleurs, la mission a pu constater que la CPAM de la Nièvre avait transféré il y a quelques années le processus prestations en espèces à la CPAM de Saône-et-Loire, sans incidence notable sur cette première. En outre, la relation clients elle-même n'est déjà plus gérée directement au niveau de chaque caisse, puisque pour les trois catégories d'usagers, des plateformes de service téléphoniques, voire multicontact, se constituent au niveau régional.

Recommandation n°16 : Maintenir des CPAM départementales, tout en définissant des schémas cibles fonctionnels cibles au contenu différencié

[313] La mission a bien entendu la forte préoccupation exprimée par l'ensemble des directeurs d'organismes rencontrés d'offrir une variété d'activités aux agents et ainsi conserver l'attractivité des métiers de l'assurance maladie. Toutefois, cet objectif semble atteignable dans la configuration proposée ci-dessus, aucun organisme n'ayant vocation à être mono-activité.

[314] En ce qui concerne le coût du changement, il est vrai que ce type de chantier exige une forte mobilisation. La mission estime d'autant plus nécessaire de déterminer des schémas fonctionnels cibles à l'horizon de plusieurs années pour minimiser les incertitudes et éviter le coût d'étapes intermédiaires, liés par exemple à la redistribution d'activités entre sites uniquement à

⁹⁹ Une réflexion sur le cœur de métier avait déjà été initiée au printemps 2015 par les membres de la mission déléguée 17, qui jugeaient à l'époque nécessaire de développer une vision plus politique du fonctionnement en réseau, plus à même de faciliter les évolutions fonctionnelles. Il était proposé que le socle non délégable d'une CPAM comprenne : la politique de service ; la politique de régulation ; une (ou des) activité(s) pour le compte du réseau ; avec comme corollaire de nouvelles dynamiques régionales et des dialogues rénovés entre la CNAMTS et les régions, afin de parvenir à un fonctionnement plus collaboratif. Le directeur général avait finalement arbitré en faveur d'un projet centré sur la mutualisation de quelques processus, qui ne remettrait pas en cause les équilibres territoriaux.

l'échelle d'une CPAM (or beaucoup d'organismes s'engagent dans des démarches de rationalisation de leurs sites de production).

[315] La mutualisation des activités et leur répartition sur le territoire ne justifient pas forcément une remise en cause des dispositions conventionnelles relatives à la mobilité géographique, si ce n'est en raison de fermetures de sites d'accueil ou de production à une échelle infra-départementale ; à condition toutefois de pouvoir organiser les mobilités fonctionnelles des agents concernés et de consolider significativement les passerelles entre branches de la sécurité sociale (les mobilités inter-branches pouvant se substituer en partie à des mobilités géographiques, certains métiers étant comparables).

[316] Par ailleurs, il conviendra que la caisse nationale accompagne le changement en outillant le réseau en matière de GPEC, voire de stratégie des compétences, en particulier en ce qui concerne les nouveaux métiers de l'assurance maladie : conseillers marketing, conseillers personnels / référents, conseillers informatique service, conseillers assurance maladie...

[317] Pour ce qui est de l'orchestration de cette nouvelle distribution d'activités entre organismes :

- le projet de concevoir des CPG différenciés, s'adaptant aux missions de chaque organisme, dans le cadre d'un dialogue de gestion rénové, devrait permettre d'adapter les objectifs, les cibles d'indicateurs et les modalités de *reporting* ;
- la mise en place d'animations de réseau, à l'image de celle existant pour les processus dits nationaux (exemple du processus national capitaux décès, observé dans le département de la Nièvre), enrichirait les caisses des retours d'expérience et des bonnes pratiques des autres caisses et faciliterait les relais ascendants et descendants entre le national et le local ;
- une mutualisation accrue des processus pose la question de la gouvernance régionale en d'autres termes : quels processus animer au niveau régional, alors que d'autres relèveront de relations entretenues directement avec le niveau national. L'une des pistes pourrait être d'approfondir la pratique de désignation de directeurs d'organisme pilotes par macro-processus - comme déjà pratiqué sur la lutte contre la fraude et sur les risques professionnels - chargés de faire l'interface entre la caisse nationale et les organismes de la région et d'animer la réflexion entre directeurs. Une autre consisterait à doter les comités de direction, qui se réunissent au niveau régional sous l'égide du représentant régional au CNG, d'une feuille de route plus structurée. En tout état de cause, il faudra veiller à ne pas constituer un niveau régional de nouvelles structures mais plutôt des instances légères, qui ne soient pas non plus trop chronophages pour leurs participants.

[318] Par ailleurs, une réflexion doit être menée sur la constitution de pôles ressources au niveau régional, à l'image des centres régionaux Osmose, pour assurer la meilleure utilisation possible de ressources : statisticiens par exemple, pour des missions d'analyse des données ; formation professionnelle des agents ; contrôle de gestion. La situation actuelle avantage les grandes caisses, capables de dégager des moyens humains en internes pour se doter de telles compétences.

[319] Reste la question de la temporalité. Les transferts d'activités liés à TRAM seront, dans leur grande majorité, achevés d'ici la fin de l'année 2017 / début 2018 (voir annexe 4), ce qui permet d'envisager le lancement d'une nouvelle réflexion dès le début de la prochaine COG. La CNAMTS réfléchit à deux scénarios alternatifs à celui recommandé ci-dessus, qui peuvent aussi être conçus comme des étapes intermédiaires :

- La définition d'un « TRAM 2 » restreint à des processus support et à quelques fonctions d'expertise pour lesquelles les enjeux de taille critique sont particulièrement prégnants ;
- L'élargissement du dispositif d'entraide PHARE, qui permettrait de gérer, à des standards de performance élevés, une plus grande proportion des processus à forts enjeux, tels que les prestations en espèces et les demandes de CMUC et ACS, tout en maintenant le principe de la compétence de chaque CPAM sur ces prestations. Ce qui signifie que, dans la mesure où l'entraide est conçue comme partielle et temporaire, cela ne permet pas une réduction ou un redéploiement des effectifs dans les caisses aidées.

[320] Au total, la mission estime que si ces mesures peuvent, en principe, effectivement préfigurer des mutualisations à plus grande échelle, elles ne permettent pas de générer des gains d'efficience à la hauteur des enjeux des deux prochaines périodes conventionnelles. Ce n'est qu'en concevant dès la COG 2018-2021 des schémas fonctionnels cibles de long terme (dont la mise en œuvre devra être échelonnée sur plusieurs années), qu'il sera possible de générer le maximum de gains de productivité dans un contexte de départs massifs à la retraite au cours des prochaines années.

2.4.3 Repositionner le service social, prioritairement sur la population active

[321] Comme détaillé dans la partie bilan, le service social de l'assurance maladie n'apparaît ni complètement intégré dans le réseau, ni porteur ou co-porteur des évolutions stratégiques initiées par l'assurance maladie. Dans ce contexte, la mission recommande de passer chacune des missions du service social au crible de sa valeur ajoutée, pour n'en retenir qu'une ou deux pour lesquelles celle-ci serait évidente et suffisamment forte par rapport aux moyens engagés - en tenant compte des interventions sur la même problématique des autres acteurs de l'assurance maladie, de la branche vieillesse, ou d'autres acteurs sociaux :

- L'intervention du service social vis-à-vis des assurés en arrêts de travail (programme IJ, programme PDP, qui représentent 2/3 des interventions du service social) semble pertinente à deux égards. D'une part, il s'agit d'un public d'actifs qui n'a pas forcément été en contact avec des travailleurs sociaux. D'autre part, le ciblage de ce public est aisé à travers des bases de données des CPAM.

Encadré 13 : Le dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle

La prévention de la désinsertion professionnelle consiste à anticiper la perte d'emploi des salariés en arrêt de travail pour des raisons de santé ou de situation de handicap. Elle vise à assurer un retour à l'emploi dans les meilleures conditions possibles, soit dans leur entreprise, à leur poste de travail ou à un autre poste, soit par une réorientation professionnelle dans un autre secteur d'activité.

Le dispositif PDP consiste en une détection la plus précoce possible des situations à risque par les différents acteurs internes à l'assurance maladie (CPAM, service social et service médical) ou externes (SAMETH, employeurs, MDPH, Cap emploi, services de santé au travail, établissements de santé, médecins traitants etc.). A l'issue de la détection, un accompagnement (individuel ou collectif) et une orientation vers les dispositifs adaptés (visites de pré-reprise, reprise à temps partiel, formations, invalidité, contrat de rééducation professionnelle en entreprise, ...) sont proposés aux assurés.

Depuis 2010, des cellules de coordination ont été mises en place et sont le plus souvent animées par les services sociaux des CARSAT.

- L'articulation des offres de service du service social pour les personnes en sortie d'hospitalisation et pour les personnes âgées (environ 20 % des interventions du service social) avec les programmes PRADO et PAERPA est affichée, sans que la nécessité de la présence d'un travailleur social pour déclencher l'aide à domicile (ARDH) soit démontrée ;
- Le maintien de l'action du service social vis-à-vis des personnes susceptibles de bénéficier de l'ACS (9 % des interventions) à l'avenir doit être interrogé, alors que les CPAM interviennent désormais sur ce champ à travers la PFIDASS, et que la plus-value du service social par rapport à l'accompagnement PFIDASS n'est pas démontrée ;
- Enfin, la complémentarité de l'action du service social sur les programmes sur les jeunes (2 %) et les personnes atteintes de pathologies lourdes (3 %) pose question. Pour les pathologies lourdes, la complémentarité avec les programmes sortie d'hospitalisation, personnes âgées ou PRADO, n'apparaît pas clairement. Le ciblage du public jeune pour le service social ne va pas non plus de soi, alors que de multiples acteurs interviennent par ailleurs auprès de ce public (missions locales notamment), y compris la CPAM en terme d'accès aux droits et aux soins ainsi que de prévention.

[322] Aussi trois enjeux majeurs se dessinent-ils pour le service social dans la prochaine période conventionnelle :

- définir un cœur de métier en recentrant les programmes du service social, dont la principale cible pourrait devenir les actifs : personnes en arrêt de travail, voire demandeurs d'emplois, comme expérimenté en Bourgogne-Franche-Comté¹⁰⁰. Ceci facilitera le positionnement du service social, aussi bien en interne à l'assurance maladie et à la branche retraite, qu'en externe ;
- renforcer l'articulation avec les acteurs internes et externes : développement d'offres communes avec les autres services de l'assurance maladie, par exemple avec le service médical pour proposer un accompagnement social des arrêts de travail sur la base d'un ciblage médicalisé, ou avec le secteur risques professionnels pour cibler les secteurs à forte sinistralité ; conclusion de partenariats, impulsés par des partenariats nationaux,...
- progresser dans le ciblage des assurés. Le service social dispose à cette fin de nombreux outils, qui gagneraient à être mieux exploités : bases de données CPAM, données médicales du service médical, mais aussi l'outil de la branche retraite appelé observatoire des fragilités.

¹⁰⁰ Une convention régionale de partenariat entre la CARSAT et la direction régionale de Pôle Emploi prévoyait en 2015 l'orientation par Pôle emploi vers le service social de trois publics (les demandeurs d'emploi sans complémentaire santé; les personnes de plus de 55 ans en situation de fragilité; les jeunes de 16 à 25 ans en difficulté). 300 personnes auraient été accompagnées par ce biais en un an.

Recommandation n°17 : Repositionner le service social, prioritairement sur la population active

2.5 Faire du partenariat un principe d'action

[323] Si la question des partenariats a déjà été traitée en partie au fil de l'eau des recommandations, la mission juge nécessaire de mettre en lumière cet enjeu en tant que tel, compte tenu des faiblesses du pilotage national et des disparités au niveau local constatées en ce domaine (voir partie bilan). Cette partie ne vise pas à dresser une liste exhaustive des partenaires, ni à préfigurer le contenu de conventions de partenariat mais à esquisser, dans le tableau *infra*, une cartographie des partenariats susceptibles de concourir à la mise en œuvre par l'assurance maladie de ses missions.

[324] En effet, la mission estime que la prochaine convention d'objectifs et de gestion doit poser explicitement le principe selon lequel l'assurance maladie doit privilégier à la création en interne de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers la recherche de partenaires, dès lors que ceux-ci ont acquis une expertise technique, un savoir-faire ou une connaissance des publics supérieurs à ceux de l'assurance maladie. Ces partenaires interviennent soit dans le cadre de leurs compétences légales (par exemple, politique en faveur des personnes âgées menées sous l'égide du conseil départemental, désigné chef de file), soit via des délégations de services, financées alors par l'assurance maladie si cela est justifié (par exemple, pour la médiation numérique).

Recommandation n°18 : Privilégier le recours à des partenaires, dont le champ de compétence est complémentaire à celui de l'assurance maladie, à la création en interne de nouvelles fonctions

[325] Dans cette logique, lors de la négociation de la COG, une attention particulière devra être portée à la coopération interbranches. Le schéma stratégique des systèmes d'information (SSSI) préparé actuellement par la DSS et les caisses nationales devra trouver sa déclinaison dans les COG des branches. De même, les objectifs interbranches portés par la COG de l'UCANSS, signée en 2017, devront être repris, en les adaptant au contexte de chaque branche. En particulier :

- la fiche n°7 de la COG UCANSS consacrée à l'immobilier emporte une dimension interbranche forte : mutualisation de l'expertise immobilière, optimisation de la fonction immobilière et fiabilisation de la connaissance du patrimoine immobilier, champ sur lequel la CNAMTS joue un rôle important avec le logiciel RIOSS, dont la disponibilité devra être améliorée sur la prochaine COG;
- la fiche n°8 consacrée aux achats suppose de rendre obligatoire pour les branches le recours aux marchés mutualisés en interrégimes (centrale d'achats de l'UCANSS), sauf à ce que les organismes locaux obtiennent une dérogation validée par leur caisse nationale¹⁰¹.

[326] Enfin, le format de la COG devra être adapté en fonction des réflexions menées par l'IGAS, la DSS et les caisses nationales sur l'outil COG au premier trimestre 2017, avec une perspective de centrer encore davantage les COG sur des objectifs stratégiques, en renvoyant à des projets de branche et aux CPG leur déclinaison opérationnelle.

¹⁰¹ Cette dérogation peut être obtenue par un organisme en apportant des éléments démontrant qu'il peut bénéficier de tarifs inférieurs ou de conditions plus avantageuses que ceux obtenus par l'UCANSS ou en documentant la spécificité de son besoin.

Tableau 13 : Cartographie des partenariats susceptibles de concourir à la mise en œuvre par l'assurance maladie de ses missions

Objectifs	Types d'actions partenariales	Partenaires concernés	Exemple de réalisation opérationnelle locale (source mission IGAS)
Coopération / mutualisation de moyens	Accueil physique conjoint	Opérateurs associés au dispositif MSAP / CGET Branche famille	MSAP avec participation assurance maladie dans la Nièvre Accueils partagés CAF projet Haute-Garonne (convention cadre CPAM / CAF)
	Médiation numérique	Collectivités locales (CCAS, services sociaux départementaux) Opérateurs de protection sociale	Mise en réseau des acteurs de la médiation numérique par le conseil départemental du Morbihan
	Mutualisation de fonctions support : - formation professionnelle - SI - achats - paie - expertise immobilière	Autres branches de la sécurité sociale	
	Aides financières exceptionnelles	Assurances santé complémentaires	
Vigilance / détection de vulnérabilités ou de rupture	Difficulté d'accès aux droits	Professionnels de santé PASS hospitalières Associations droits des étrangers Défenseur des droits Usagers et leurs représentants	LUP dans le Hainaut Détection de dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires CMUC
	Détection de situations de renoncement aux soins	Professionnels de santé Collectivités locales (CCAS, services sociaux départementaux) Complémentaires santé	PFIDASS Haute-Garonne et Hainaut
	Signalement de vulnérabilités	Branche famille Branche vieillesse / observatoires des fragilités Pôle emploi	CARSAT Bourgogne-Franche-Comté

RAPPORT IGAS N°2017-008R

Concours à la qualité de service	Aide à la constitution des dossiers	Collectivités locales (CCAS, services sociaux départementaux) Associations lutte contre les exclusions Associations droits des étrangers =>AME Branche famille => CMU-C	
	Enquêtes clients conjointes	Autres opérateurs publics	Baromètre du numérique Baromètre des services publics
	Parcours usagers	Collectivités locales Etablissements de santé / professionnels de santé	Programmes d'accompagnement du retour à domicile (exemple personnes âgées)
	Offre de service employeurs	Autres branches de la sécurité sociale	Organisation conjointe de matinées employeurs
Actions conjointes de gestion du risque	Maillage territorial de l'offre de soins	Agences régionales de santé	
	Prévention	Collectivités locales Missions locales / services intervenant auprès des jeunes (CFA) Services sociaux / associations Médecine scolaire	Interventions de la CPAM du Hainaut devant des jeunes en GJ Interventions de la CPAM de la Nièvre au centre social de Fourchambault
	Prévention de la désinsertion professionnelle	Médecine du travail Employeurs Associations PH (Cap emploi, SAMSAH...)	CARSAT Alsace Moselle

Source : *Mission IGAS*

Encadré 14 : Récapitulatif des propositions d'orientations pour la convention d'objectifs et de gestion 2018-2021

- Réduire la place accordée à la problématique de l'accès aux droits, en raison de la mise en place de la protection universelle maladie depuis le 1^{er} janvier 2016 ; tout en conservant des points de vigilance sur :
 - l'aboutissement des automatisations des mutations inter et intra-régimes ;
 - la continuité de la protection maladie des étrangers à titre de séjour précaires.
- Mettre à nouveau l'accent sur la contribution de l'assurance maladie à l'accessibilité du système de soins, en exigeant :
 - une mobilisation coordonnée des différents leviers disponibles, dans le cadre d'un plan d'action global ;
 - une priorisation des plus efficaces d'entre eux, avec l'intervention concertée de l'Etat concernant les simplifications réglementaires et l'ajustement des paniers de soins.
- Maintenir les exigences relatives à la performance du service de base ; en accordant une attention particulière à :
 - l'approfondissement de la transformation numérique de l'assurance maladie, tant dans sa relation de service que pour fluidifier ses process internes ;
 - quelques processus traditionnellement fragiles, notamment la qualité de service des plateformes téléphoniques / multicontact, les délais de versement des IJ et les délais d'instruction des dossiers CMUC/ ACS et d'AME ;
 - la poursuite de la réduction des écarts entre organismes - les données consolidées 2016 du contrôle de gestion n'étant pas disponibles au moment de la finalisation du présent rapport en juin 2017.
- Inviter l'assurance maladie à s'appuyer sur le nouvel outillage de la relation clients pour :
 - renouveler régulièrement son offre de service, différenciée en fonction des profils et des attentes des différentes catégories d'usagers ;
 - mettre la relation clients davantage au service des objectifs de gestion du risque.
- Donner une véritable impulsion via la COG à la reconfiguration du réseau de l'assurance maladie, en particulier :
 - l'évolution du maillage territorial des accueils physiques, dans le cadre d'un pacte stratégique avec l'Etat ;
 - la détermination des schémas fonctionnels cibles des CPAM à l'horizon des plusieurs années ;
 - le repositionnement du service social de l'assurance maladie.
- Inviter l'assurance maladie à une politique plus proactive en matière de partenariats pour favoriser :
 - la coopération et la mutualisation des moyens, notamment dans la dimension inter-régimes et inter-branches ;
 - la vigilance partagée sur l'adéquation des services aux besoins des usagers et la détection des situations de non recours à une prestation ou de renoncement aux soins ;
 - le concours d'autres acteurs à la qualité de l'offre de service de l'assurance maladie ;
 - l'atteinte des objectifs de gestion du risque.
- Prolonger les gains d'efficience au même niveau d'ambition que dans la COG 2014-2017 dans l'ensemble des organismes de l'assurance maladie en mobilisant de nouveaux leviers :
 - la simplification des démarches de CMUC/ ACS et des IJ ;
 - les échanges de données ;
 - les démarches obligatoires en ligne ;
 - les réorganisations territoriales.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
Offrir un service à la hauteur des exigences de la relation client			
1	Approfondir la segmentation et structurer l'écoute-clients de tous les publics	CNAM	Prochaine COG
2	Mettre les nouveaux outils et le pilotage par processus aussi au service de la prévention des ruptures de parcours	CNAM	Prochaine COG
3	Mettre en œuvre une stratégie employeurs interbranche et aligner les COG en conséquence	CNAM / DSS	Prochaine COG
4	Poursuivre le développement de téléservices en priorisant ceux correspondant le plus aux attentes des usagers et au plus fort retour sur investissement	CNAM	Prochaine COG
5	Rendre certaines démarches en ligne obligatoires et réinvestir une partie des gains obtenus dans les démarches partenariales d'inclusion numérique	CNAM	Prochaine COG
Contribuer à l'accessibilité du système de soins			
6	Réduire les aides financières discrétionnaires et les moyens humains afférents au fur et à mesure de l'ajustement du panier de soins	CNAM	Prochaine COG
7	Simplifier de façon radicale la demande de CMUC / ACS par la normalisation de la base ressources et des injections automatisées de données	DSS / CNAM	Prochaine COG
Poursuivre la trajectoire d'efficience			
8	Prioriser davantage les projets informatiques de modernisation des processus et de résorption de la dette technique	CNAM	Prochaine COG
9	Engager une réforme de simplification des indemnités journalières	DSS / CNAM	Prochaine COG
10	Définir un schéma-cible d'échanges de données entre organismes de protection sociale et veiller à l'alignement stratégique des COG	DSS	Prochaine COG
11	Renforcer la fonction de contrôle de gestion dans le cadre de la rénovation du dialogue de gestion	CNAM	Prochaine COG
12	Fixer <i>a priori</i> une règle d'évolution des effectifs, qui soit simple et lisible pour le réseau, traduisant la poursuite de la trajectoire d'efficience (non-renouvellement d'un départ à la retraite sur deux).	DSS	Prochaine COG

Reconfigurer l'organisation territoriale en adéquation avec les missions			
13	Mener, dès le début de COG 2018-2021, une étude prospective sur la fréquence et la nature des besoins de contacts en proximité pour les différentes catégories d'utilisateurs	CNAM	Prochaine COG
14	Faire de la participation au dispositif des MSAP à l'échelle de chaque département une orientation à intégrer dans les schémas locaux d'implantation territoriale	CNAM	Prochaine COG
15	Elaborer un pacte stratégique Etat - assurance maladie relatif à l'évolution des implantations territoriales du réseau et en assurer le suivi dans une instance partenariale	CNAM / DSS	Prochaine COG
16	Maintenir des CPAM départementales, tout en définissant des schémas fonctionnels cibles au contenu différencié	CNAM	Prochaine COG
17	Repositionner le service social, prioritairement sur la population active	CNAM	Prochaine COG
Faire du partenariat un principe d'action			
18	Privilégier le recours à des partenaires, dont le champ de compétence est complémentaire à celui de l'assurance maladie, à la création en interne de nouvelles fonctions	CNAM	Prochaine COG

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Thomas FATOME, directeur

François GODINEAU, chef de service, adjoint au directeur

Monica BOSI, chef de projet PUMA et TPG

4^e sous-direction

Elodie LEMATTE, sous-directrice de la gestion et des systèmes d'information

Pierre-Marie GAILLARD, chef du bureau de la gestion comptable et budgétaire des organismes de sécurité sociale

Ahmed AGARBI, chef du bureau systèmes d'information

Emmanuelle DENIS, bureau systèmes d'information

2^e sous-direction

Jérôme CLERC, adjoint au sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Sarah SAUNERO, chargée de mission auprès du sous-directeur

Géraldine DUVERNEUIL, cheffe du bureau de la couverture maladie universelle et des prestations de santé

Marion BILLON-GALLAND, chargée de mission, bureau de la couverture maladie universelle et des prestations de santé

Marion CHAPUS, chargée de mission, bureau de la couverture maladie universelle et des prestations de santé

1^{ere} sous-direction

Guylaine CHAUVIN, cheffe de la mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

Mission nationale de contrôle

Philippe MALLET, auditeur à la mission nationale de contrôle (MNC)

Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé (DSSIS)

Philippe BURNEL, délégué

Direction du Budget

Jean-François JUERY, sous-directeur (6^e SD)

Claire VINCENTI, cheffe du bureau des comptes sociaux et de la santé

Colin THOMAS, adjoint à la cheffe du bureau des comptes sociaux et de la santé

Contrôle général, économique et financier (CGEFI)

Marie-Laurence PITOIS-PUJADE, chef de mission de contrôle économique et financier

Claire LEFEBVRE, contrôleur général CNAM

Fonds CMU

Marianne CORNU-PAUCHET, directrice

Fédération des acteurs de la solidarité

François BREGOU, responsable du service stratégie et analyse des politiques publiques

Marion QUACH-HONG, chargée de mission santé et études

Emmaüs connect / We Tech Care

Margault PHELIP, directrice adjointe (*entretien téléphonique*)

Comède

Didier MAILLE, responsable du service juridique et social

Conseil départemental du Morbihan

Jeannine LECOURTOIS, directrice du développement social et de l'insertion (*entretien téléphonique*)

Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET)

Jean-Louis COMBE, préfet, directeur du développement des capacités du territoire

Benoît LEMOZIT, responsable du pôle services au public,

Antonin QUILLEVERE, responsable du projet des maisons de service aux publics (MSAP)

Direction générale des entreprises

Loïc DUFLOT, sous-directeur réseaux et usages numériques, service de l'économie numérique

Aymeric BUTHION, chargé de mission santé numérique, service de l'économie numérique

➤ Agence du numérique

Orianne LEDROIT, directrice du pôle société numérique

GIP-MDS

Elisabeth HUMBERT-BOTTIN, directrice générale

Jérôme JOIE, directeur des études

Philippe DEMEURE, secrétaire général

UCANSS

Gaudérique BARRIERE, directeur délégué

Cyrille LEBRUN, cabinet du directeur

Caisse nationale d'assurance maladie

William GARDEY, président du Conseil

Yves LAQUEILLE, vice-président du Conseil

Nicolas REVEL, directeur général

Delphine CHAMPETIER, directrice de cabinet du directeur général

Claude GISSOT, directeur de la stratégie, des études et des statistiques

Florence GUILLE, mission contrôle de gestion

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Thomas JAN, directeur de cabinet

Franck ROBIN, adjoint au responsable du service de la maîtrise d'ouvrage informatique

Annika DINIS, directrice du Programme 2

Direction déléguée aux opérations (DDO)

Eric LE BOULAIRE, directeur délégué aux opérations

Jean-Charles GILLET, directeur de cabinet

Sandrine LORNE, directrice du Programme 1

➤ Direction du réseau administratif et de la contractualisation (DRAC)

Philippe TROTABAS, directeur du réseau administratif et de la contractualisation

Marlène KASTLER-MOREAU, adjointe du directeur du réseau administratif et de la contractualisation

Florence SALAGNAC, responsable du département pilotage et performance du réseau

Pascal GRIMAULT, adjoint de la responsable du département pilotage et performance du réseau

Pascal LARUE, responsable du département des fonds nationaux

Patrick VINCENT, responsable du département des budgets de gestion

Jean-Jacques DRAY, responsable du département immobilier

Jean-Noël SANTARELLE, adjoint au responsable du département immobilier

Frédéric HUMERY, département de l'immobilier, chargé du suivi financier et du contrôle de gestion

➤ Direction de l'organisation, de l'optimisation et du marketing (D2OM)

Alain CHELLOUL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing

Richard VIEAU, responsable du département de l'organisation et du marketing

Dounia EL GUASMI, responsable de la division marketing multicanal et relation client, département de l'organisation et du marketing

Alexandra MAURIZOT, consultante marketing, division production et accompagnement des téléservices, département de l'organisation et du marketing

Jean-Claude COLOMBO, programme PHARE

Karina ODDOUX, responsable du département accompagnement des publics fragiles

Corinne LAMARQUE, responsable du pôle processus précarité, département accompagnement des publics fragiles

Sylvie MARSAC, coordinatrice technique du service social, département accompagnement des publics fragiles

Claire MARCADE, département du pilotage du management intégré et de l'écoute client

Pierre ORVEILLON, département du pilotage du management intégré et de l'écoute client

➤ Direction des ressources humaines des réseaux

Laurence GAUTIER-PASCAUD, directrice des ressources humaines des réseaux

Nadine BERNARDON, responsable du département praticiens conseil

➤ Direction des maîtrises d'ouvrage métier (DMOA)

Cécile ALOMAR, directrice des maîtrises d'ouvrage métier

Dominique LARROQUE, responsable du département des projets métier

Isabelle IEM, adjointe à la responsable du département des projets métiers

Armand CAREL, coordonnateur de l'équipe MOA bénéficiaires

Laurence DEMARCHI, chef de projet précarité

Laurence LEHEUP, responsable du département accompagnement du réseau

Maryline FIAND, responsable de la mission PMO- suivi des projets

Elisabeth ANDRE, responsable du département des projets d'appui au métier

➤ Direction du réseau médical et des opérations de gestion du risque

Dr Eléonore RONFLE, directrice du réseau médical et des opérations de gestion du risque

Christiane RAME, responsable du département opérationnel de gestion du risque

Direction déléguée des systèmes d'information

Alain ISSARNI, directeur délégué aux systèmes d'information

Direction déléguée des finances et de la comptabilité

Joël DESSAINT, directeur délégué des finances et de la comptabilité

Elisabeth DEMUS, cheffe du département des risques financiers

Direction de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes

Catherine BISMUTH, directrice de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes

François GRANDET, directeur adjoint,

Patricia ARAUJO, responsable du département stratégie, formations et relations réseau,

Jean-Michel VALLET, responsable du département de l'audit général

Direction des risques professionnels

Marine JEANTET, directrice des risques professionnels

Anne THIEBAULD, adjointe à la directrice des risques professionnels

Hélène CARDINALE, co-pilote du CNG, directrice de la CPAM d'Albi

Christian FATOUX, directeur de la CPAM du Gard

Caisse primaire d'assurance maladie de l'Essonne

Christian COLLARD, directeur

Gilles BROSSARD, directeur général adjoint

Karine TANAY, agent comptable

B.SERVANT, directeur de la gestion du risque

O.BEAU, directrice des prestations

N.BENAYAD, responsable coordonnateur de la relation clients

C.ROUTIER, responsable coordonnateur du centre d'Evry Facteur Cheval

Caisse primaire d'assurance maladie du Loir-et-Cher

Carole BLANC, directrice

Emmanuelle MATTA, directrice adjointe

Céline KAISER, sous-directrice, responsable des fonctions support

Christelle DIARD, responsable du service accès aux droits

Carole GIMENEZ, responsable du service écoute clients

Irène INACIO, responsable du service d'appui à la performance

Territoire du HAINAUT

Caisse primaire d'assurance maladie du Hainaut

Yvan TALPAERT, directeur

Isabelle BOUCHER, directrice adjointe, en charge des fonctions support

Xavier DE VERDELHAN, directeur adjoint, en charge de la gestion du risque

Aline MARCOLET, sous-directrice, responsable du service des prestations

Marcel KILLIAN, agent comptable

Catherine CLERET, responsable du département lutte contre la précarité

Nathalie CAPPELIEZ, chargée de mission Planir et partenariats

Géraldine VITRANT, responsable du département de la gestion des ressources humaines

Sylvia PISTERS, responsable du département contrôle de gestion et statistiques

Anne DOUTI, responsable du département de la communication et du marketing

Virginie CARPENTIER, responsable du département de la relation aux publics

Isabelle CELEA, responsable du département de l'appui au pilotage et à la performance

Fabienne SALINGROS, responsable du département de la gestion des bénéficiaires

Christelle LECAT, responsable du département CMUC/ACS

Frédéric LAMAND, responsable du département revenus de remplacement

➤ Service social – CARSAT des Hauts de France

Barbara JOUVENEAUX, responsable du service social du Hainaut

Dorothee PORCHAUX, assistante sociale

➤ Centre communal d'action sociale de Denain

Bernadette BERTOLOTTI, référente personnes âgées / personnes handicapées

➤ Conseil départemental du Nord

Isabelle VALENTIN, directrice territoriale de prévention et d'action sociale du Valenciennois

➤ Centre hospitalier de Valenciennes

Nathalie GOFFART, cadre de santé

Bénédicte DURIEZ, permanence d'accès aux soins de santé

➤ Mission locale du Valenciennois

Monique KOTYLA, directrice

Nicolas DHORDAIN, responsable de la Garantie jeunes

Direction régionale du service médical de Normandie

Dr Pascal NICOLLE, directeur régional

Dr Annick PIALOT, médecin-conseil régional adjoint

Christophe MAYSTRE, sous-directeur par intérim

Aurélia KIPFER-POILPRE, directrice des ressources humaines

Corinne RABET, responsable du contrôle de gestion

Manuella BOSQUAIN, responsable de la maîtrise des risques

➤ Echelon local du service médical Rouen-Elboeuf-Dieppe

Dr Martine MORVAN, médecin-chef

Dr Benoît CHARLE, médecin-chef adjoint

Pauline CHRISTEN, responsable administrative

CARSAT de Bourgogne- Franche Comté

Francis LEBELLE, directeur de la CARSAT

Amélie COLOMB, directrice adjointe en charge de l'accompagnement des publics fragilisés

Catherine BOUGRO, responsable du département service social régional

Gaëlle PIRROTTA, responsable du département support et expertise

Fabrice GRANGE, département support et expertise

Nicolas MOULINTRAFORT, direction accompagnement des publics fragilisés

Béatrice LAFORET, directrice retraite

Karine SORNAY, responsable département proximité retraites

➤ CPAM du Jura

Gérard GUILLEMAUD, directeur adjoint de la CPAM du Jura

Laurent PORTAL, coordonnateur PLANIR

➤ Direction régionale Pôle Emploi Bourgogne-Franche Comté

Dominique ACCARI, direction de la stratégie

Région Midi-Pyrénées

Direction régionale du service médical de Midi-Pyrénées

Dr Laurence LEVI, directrice régionale

Pascale GANDON, responsable ressources humaines,

Alexandre PEYOU, responsable aide au pilotage et maîtrise des risques.

Caisse primaire d'assurance maladie de Toulouse

Michel DAVILA, directeur

Stéphane COBIGO, directeur des assurés

Jean-Marie BONIFASSI, agent comptable

Jean-Michel HUC, directeur du pilotage et des systèmes d'information

Josiane MARTINEZ, responsable gestion des bénéficiaires

Fabienne CAMPARIOL-SIGUIER, attachée de direction à la direction des assurés

Marie-Emmanuelle VIGNEAU, responsable contrôle qualité

Ghislaine DE ROSSO, responsable statistiques et appui à la performance

Christian TIBERTI, direction des ressources et de la communication

Caisse primaire d'assurance maladie de Nevers

Nathalie MARTIN, directrice

Yoann DAGAUD, directeur adjoint

Patrick ROUELLE, agent comptable

Didier BIARD, sous-directeur en charge des ressources et des moyens

Magali CHEVERT, responsable du département santé prévention

Tarik FETTAHI, responsable des relations clients

Marie-Anne POGGI, responsable du centre de Decize

➤ Maison de services au public de Fourchambault

Annick REGNIER, directrice

CARSAT d'Alsace Moselle

Isabelle LUSTIG-ARNOLD, directrice

Georges LISCHETTI, ingénieur-conseil régional

Gilles KRETZ, directeur retraite

Marianne WELFERT, sous-directrice action sociale et santé

Yves WEBER, responsable régional du service social

➤ Unité du service social de Strasbourg

Gwenola HORVAT, responsable de l'unité

Stéphane SCHMITT, responsable adjoint

Sandrine BOUYER, assistante sociale

Peggy CANTIN, secrétaire médico-sociale

➤ CPAM de Moselle

Laurent MAGNIEN, directeur adjoint

➤ SAMETH Alsace

Sabine DELOUX, responsable régionale

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

➤ Documents méthodologiques

Vincent MAYMIL et Alexandre PASCAL (IGAS) , Philippe MALLET et Bruno ZELIOLI (MNC), Evaluation des indicateurs de maîtrise des risques dans cinq conventions d'objectifs et de gestion, RM2013-013A, février 2013

Dominique GIORGI, Référentiel d'audit de la fiabilité des indicateurs COG de qualité de service aux assurés – régime général – branche maladie, RM2011-093P, juillet 2011

Marie-Ange DU MESNIL DU BUISSON, Missions de bilan/perspectives des conventions d'objectifs et de gestion des organismes de sécurité sociale, RM2010-100P, juillet 2010

➤ Rapports de l'IGAS

Laurent GRATIEUX, L'optimisation des échanges de données entre organismes de protection sociale, RM2015-090R, février 2016

Thierry LECONTE, Yves RABINEAU, (IGAS), Laurent VACHEY, Charlotte LECA, Marie MAGNIEN (IFG), La politique immobilière des organismes de sécurité sociale, RM 2014-M-089-03

Frédéric SALAS, Ihssane SLIMANI, Jérôme VERONNEAU, Bruno VINCENT, La qualité de service aux usagers de l'Assurance maladie: contribution au bilan de la COG 2010-2013 de la CNAMTS et à la future convention, RM-164R, juin 2014

Constance BENSUSSAN, Delphine CHAUMEL; Dr François CHIEZE, Nathalie DESTAIS, Evaluation de la gestion du risque maladie, RM 2013-163R, mai 2014

Delphine CORLAY et Michel DURRAFOURG, Politique d'implantation territoriale des organismes de sécurité sociale, RM2013-124P, décembre 2013

Virginie CAYRE, Caroline GARDETTE Xavier CHASTEL (IGAS), Boris RAVIGNON, Arnaud LAURENTY, François AUVIGNE (IGF), Les coûts de gestion de l'assurance maladie, RM2013-146P, septembre 2013

Jean-Louis BRAS, Rapport sur la gouvernance et l'utilisation des données de santé, septembre 2013

Pierre-Louis BRAS, Patrick GOHET et Alain LOPEZ, Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé, RM2010-090P, juillet 2010

Agnès JEANNET, Thierry BRETON, Philippe LAFFON, Dr Sylvain PICARD, Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 signée entre l'Etat et la CNAMTS et recommandations pour la future convention, RM2009-133P, avril 2010

Rapport annuel 2009 sur la modernisation des organismes de sécurité sociale

➤ Autres rapports

"Modernisation des processus de mutation des assurés entre les régimes d'assurance maladie obligatoire"- Rapport de l'étude qualitative, SGMAP, juin 2016

"Certification des comptes du régime général de sécurité sociale- exercice 2015", Rapport de la cour des comptes, juin 2016

"Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie", rapport de la Cour des comptes pour le Parlement, mars 2016

« La fonction informatique dans la sécurité sociale : un renforcement indispensable » Rapport de la Cour des comptes sur les comptes de la sécurité sociale 2016, chap. XIII, septembre 2016

« La gestion du personnel des organismes de sécurité sociale : une stratégie de modernisation à définir sans tarder », Rapport de la Cour des comptes sur les comptes de la sécurité sociale 2016, chap. XI, septembre 2016

« La réorganisation des réseaux de caisses du régime général : un mouvement significatif, un impossible statu quo », Rapport de la Cour des comptes sur les comptes de la sécurité sociale 2015, chap. XIII, septembre 2015

« La productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général », Rapport de la Cour des comptes sur les comptes de la sécurité sociale 2011, chap. XIII, septembre 2011

Rapport sur les conditions d'application du tiers-payant pour les bénéficiaires d'une prise en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité ou pour les soins en rapport avec une affection longue durée, 30 novembre 2016

La gestion du régime d'assurance maladie obligatoire par certaines mutuelles, Rapport d'information de l'Assemblée nationale n°3316, présenté le 9 décembre 2015

Proposition de loi relative aux arrêts de travail et aux indemnités journalières, Rapport d'information de l'Assemblée nationale n°1865, présenté le 9 avril 2014

Actes du colloque du 7 juin 2013, « Les 10 ans du Benchmarking dans la sécurité sociale », 2013

SIGLES UTILISÉS

AAH	Allocation adulte handicapé
AAT	Avis d'arrêt de travail
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
AGDREF	Application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France
ALD	Affection longue durée
AME	Aide médicale d'Etat
ARDS	Aide au retour à domicile en sortie d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASS	Action sanitaire et sociale
AT / MP	Accidents du travail / maladies professionnelles
BDO	Base de données opérantes
BNC	Bibliothèque national de courriers
CAM	Conseiller assurance maladie
CAMIEG	Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
CANSSM	Caisse autonome nationale de sécurité sociale des Mines
CARHAM	Comité d'animation RH de l'assurance maladie
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CAVIMAC	Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes
CCAS	Centre communal d'action sociale
CEAM	Carte européenne d'assurance maladie
CES	Centre d'examen de santé
CESI	Centre de service inter-régimes
CESU	Chèque emploi service universel
CIS	Conseiller informatique service
CGET	Commissariat général à l'égalité des territoires
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CMU-B	Couverture maladie universelle de base
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire

CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNG	Comité national de gestion
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CRPO	Centre régional de promotion d'Osmose
CTA	Coordination territoriale d'appui
CTI	Centre de traitement informatique
CUI	Comité des utilisateurs de l'informatique
DADS	Déclaration annuelle de données sociales
DAM	Délégué de l'assurance maladie
DCGDR	Direction de coordination de la gestion du risque
DDGOS	Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
DDO	Direction déléguée aux opérations
DDSI	Direction déléguée aux systèmes d'information
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DMT	Déclaration de médecin traitant
DREES	Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques
DRSM	Direction régionale du service médical
DSG	Déclaration simplifiée de grossesse
DSIJ	Déclaration de salaire pour le versement des indemnités journalières
DSN	Déclaration sociale nominative
DSS	Direction de la sécurité sociale
EIRR	Echanges inter-régimes de retraite
ELSM	Echelon local du service médical
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
ETP	Equivalent temps plein
ETP MA	Equivalent temps plein en moyenne annuelle
FNASS	Fonds national d'action sanitaire et sociale
FSE	Feuille de soin électronique
FSP	Feuille de soin papier

GDR	Gestion du risque
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GRC	Gestion de la relation clients
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IJ	Indemnité journalière
IRP	Institutions représentatives du personnel
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LMDE	La mutuelle des étudiants
LR	Lettre réseau
LUP	Ligne urgence précarité
MC	Médecin conseil
MDPH	Maison départementale pour les personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
MSAP	Maison de service aux publics
ODENORE	Observatoire des non-recours aux droits et aux services
OSMOSE	Outils et Systèmes des Messages Opérationnels Sortants de l'Entreprise
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PC	Praticien conseil
PCA	Plan de continuité d'activité
PE	Prestation en espèces
PFIDASS	Plateforme d'intervention départementale de l'accès aux soins et à la santé
PFS	Plateforme de services
PLANIR	Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures
PN	Prestation en nature
PNDS	Portail national des droits sociaux
PPA	Plan personnalisé d'accompagnement
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
PRAPS	Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins
PRECI	Pôle régional d'expertise immobilière
PRS	Projet régional de santé
PSE	Protocole de soins électronique

PUMA	Protection universelle maladie
RCT	Recours contre tiers
RIB	Relevé d'identité bancaire
RMPP	Rémunération moyenne pour les personnels en place
RNP	Référentiel national de processus
ROI	<i>Return on investment</i>
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SDRH	Schéma directeur des ressources humaines
SDSI	Schéma directeur des systèmes d'information
SGMAP	Secrétariat général à la modernisation de l'action publique
SMI	Système de management intégré
SMMOP	Service médical : missions, organisation, performance
SSSI	Schéma stratégique des systèmes d'information
TPG	Tiers payant généralisé
TRAM	Travail en réseau de l'assurance maladie
UGECAM	Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie
UNCCAS	Union nationale des centres communaux d'action sociale
UOP	Unité opérationnelle Prado
UTAA	Unité territoriale d'accompagnement et d'avis

**COURRIER DE REPONSE DE LA CNAMTS
AU RAPPORT PROVISOIRE**

Date : 01 SEP. 2017

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des
affaires sociales
39-43, quai André Citroën

N/Réf. : DIR-CABDIR-D-2017- 4600

Objet : Rapport provisoire concernant l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion (2014-2017) de la CNAMTS - Qualité de service et organisation du réseau

Madame la Cheffe de l'Inspection,

J'ai pris connaissance avec intérêt du rapport provisoire sur l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 – volet qualité de service et organisation du réseau, réalisé par Emilie FAUCHIER-MAGNAN, Valérie SAINTOYANT et Pierre VIDEMENT.

A l'instar du rapport concernant la gestion du risque, il apparaît que les constats et recommandations proposées par l'inspection générale pourront enrichir utilement les travaux entre l'Etat et l'Assurance Maladie en vue de la conclusion d'une nouvelle convention.

La mission évalue à 80% le niveau de mise en œuvre des actions prévues dans la COG, ce qui témoigne de l'engagement fort de l'Assurance Maladie pour moderniser son offre de service, et pour garantir un traitement des prestations plus rapide, plus fiable et plus homogène sur le territoire.

La stratégie de l'Assurance Maladie en matière d'accueil physique connaît de profondes évolutions, liées notamment au développement du Compte Ameli, de l'accueil sur rendez-vous ou des Maisons de Services Au Public. Dans ce contexte, la politique d'implantation des accueils pourrait faire l'objet d'un cadrage national, comme le recommande la mission. Pour être efficace, ce cadrage devra néanmoins laisser une marge de manœuvre suffisante aux acteurs locaux pour adapter le service de proximité aux besoins des territoires.

La mission relève par ailleurs que la branche est au rendez-vous des objectifs fixés concernant l'évolution des effectifs ou la maîtrise des coûts de fonctionnement, démontrant ainsi que les actions engagées pour renforcer l'efficacité du réseau ont pu se déployer sans perturber le niveau de performance du service rendu aux usagers.

Dans les prochaines années, j'estime, tout comme la mission, que l'adoption de mesures de simplifications, notamment sur les conditions d'attributions de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire ou le calcul des indemnités journalières, constituera une condition essentielle à la poursuite de la trajectoire d'amélioration de l'efficacité de la branche, tout en garantissant la qualité du service et en favorisant sa compréhension par nos publics.

Je suis également attaché au principe de la pluriannualité des COG et à la nécessité de disposer d'une visibilité suffisante, en particulier sur le plan budgétaire, condition indispensable pour pouvoir engager les actions de transformation durable de notre offre de service comme de nos modes de fonctionnement internes, et par conséquent tenir les engagements formalisés dans la convention. A ce titre, je partage le constat de la mission qui souligne l'apparition de cadrages annuels qui font peser sur le réseau des contraintes nouvelles. Je suis en revanche réservé sur la proposition consistant à réviser les règles de report des crédits non consommés d'un exercice sur l'autre, qui me paraît en partie contradictoire avec le principe d'un pilotage pluriannuel.

Enfin, les questions touchant à la mutualisation des activités et aux modalités de travail en réseau seront déterminantes dans les prochaines années. Je note que le projet TRAM, présenté comme une réussite dans le rapport, a permis de poser des principes d'organisation conformes aux orientations suggérées par la mission en conservant des CPAM départementales avec des périmètres d'activités différenciés.

Le dispositif d'entraide PHARE, qui peut être mis en place plus rapidement que les transferts d'activités entre organismes car il ne présente pas les mêmes impacts RH, me semble adapté pour garantir la qualité du service dans les prochaines années, et notamment dans la perspective d'intégration d'autres régimes au sein de l'Assurance Maladie. C'est pourquoi la période conventionnelle 2018-2021 devra prioritairement s'appuyer sur le renforcement de PHARE, à la fois en accroissant les ressources engagées sur les processus déjà pris en charge, mais aussi en l'élargissant à de nouvelles activités.

La prochaine COG sera également mise à profit, comme nous y encourage la mission, pour finaliser le déploiement de TRAM, permettre la mise en commun au niveau régional d'expertises rares, et travailler sur les perspectives de répartition des activités au sein du réseau à plus long terme.

Je vous invite à trouver en annexe les observations plus complètes formulées par la CNAMTS sur les principaux constats et recommandations établies par la mission.

Je vous prie d'agréer, Madame la Cheffe de l'Inspection, l'expression de ma considération distinguée.



Nicolas REVEL