



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-133P

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

**RAPPORT DEFINITIF
TOME 1**

Établi par

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

Membres de l'Inspection générale des affaires
sociales

Synthèse

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

1- Bilan

- [2] La mission a pu constater que la convention était très ambitieuse, mais que la plupart des engagements, par ailleurs très nombreux (plus de 200), étaient très généraux, sans indication des rôles respectifs de chaque acteur, sans objectifs précis ni indicateurs. Dans leur très grande majorité leur suivi s'en est trouvé impossible.
- [3] Il est vrai que le périmètre de la convention s'est trouvé singulièrement élargi, dans le respect des dispositions législatives, par l'intégration de la gestion du risque dans une conception très large. Si ce thème figurait déjà dans l'avenant à la convention précédente signé le 7 mai 2003 et dans l'avenant de prolongation de juin 2004, il a pris une toute autre dimension dans la présente COG. Elle embrasse ainsi la prévention, l'éducation pour la santé, la lutte contre la précarité et le contrôle des prestations ou l'accompagnement des professionnels. Cette conception large est source de conflits car elle interfère nécessairement avec les compétences de l'Etat.
- [4] La mission a observé une rénovation de la politique de gestion du risque et la création d'une dynamique qu'il conviendra de conforter. Ainsi, en matière de maîtrise médicalisée quatre leviers ont permis le développement de cette politique : la création de la Haute Autorité de santé (HAS), la mise en place par la CNAMTS d'un outil d'information directe des professionnels de santé, les délégués de l'assurance maladie (DAM), la contractualisation individuelle de l'assurance maladie avec les établissements et les professionnels de santé et, enfin, la modernisation des dispositifs de contrôle et de sanction.
- [5] Par contre, le rôle de la COG dans le respect des objectifs de dépenses est faible malgré les responsabilités confiées à l'assurance maladie en la matière. Bien que la loi en offre la possibilité, l'absence d'avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion ne permet pas de faire le lien avec la loi de financement de la sécurité sociale. Il conviendra de mettre en œuvre les dispositions de la loi du 21 juillet 2009 qui prévoit des avenants annuels au futur contrat liant l'Etat et l'UNCAM (L. 182-2-1-1 CSS).
- [6] Malgré les ambitions affichées par la CNAMTS en matière de gestion du risque, le premier métier de la branche maladie du régime général reste le service des prestations. En 2008, l'ensemble des personnels affectés aux missions de gestion du risque tous organismes confondus (CPAM, CRAM, DRSM, URCAM) représente près de 10 500 personnes contre 9 500 en 2006 pour un effectif global pour la branche de près de 80 000 salariés.

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

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

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

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

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

Observation de la mission : *Vu.*

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

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

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

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

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

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

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

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

- offrir un service homogène et de qualité sur l'ensemble du territoire, moderniser le réseau d'accueil de proximité,
- accroître la coopération entre les réseaux administratif et médical pour favoriser l'efficacité de nos actions de gestion du risque et le développement des services dédiés dans le domaine de la santé, tout en privilégiant l'unité d'action, c'est-à-dire en évitant la multiplication des centres de décision sur un territoire limité, coûteuse et peu efficace,
- conforter les partenariats locaux indispensables à l'exercice des missions des organismes,
- supprimer les activités redondantes sans plus valeur avérée sur un même périmètre géographique,
- simplifier des formalités, pour les assurés, liées au déplacement de résidence dans un même département.

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

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

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

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

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

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

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

Observation de la mission : Vu

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

Observation de la mission : Vu

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

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

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

Observation de la mission : Vu

- [14] Concernant le politique immobilière, la CNAMTS a mis en place un outil informatique au service des caisses (le schéma directeur immobilier local, SDIL). L'ensemble des organismes ont cédé au cours des années 2006 à 2008 soixante-dix immeubles pour une surface totale de 60 000 m² et qui ont entraîné 67,7 M€ de produits de cessions encaissés.
- [15] La CNAMTS n'a que très peu progressé en matière de systèmes d'information. Elle fait toujours face à des enjeux très importants concernant l'organisation de la production informatique, qui demeure répartie sur 9 sites. En outre, la direction déléguée aux systèmes d'information demeure éparpillée en 17 sites ce qui est une explication importante des difficultés de management de cette direction, notamment dans la conduite du changement. La branche maladie ne dispose toujours pas d'un vrai schéma directeur. La cible fonctionnelle n'a pas été arrêtée. La professionnalisation du lancement de projet reste à faire. Malgré cela, des opérations assez lourdes sont engagées ou prévues souvent en l'absence d'étude de valeur. Dans le même temps le perfectionnement des systèmes en place n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante, alors même que des évolutions mineures permettraient de faire des gains significatifs en matière d'efficacité, de contrôle ou encore de liquidation médico-administrative¹.
- [16] La qualité de service s'est globalement améliorée et la plupart des résultats obtenus sont très proches des objectifs fixés, à l'exception des délais de versement des indemnités journalières et du délai de délivrance la carte vitale. La CNAMTS a mis en œuvre des « parcours attentionnés » qui sont de réels succès pour certains (installation des médecins), alors que d'autres connaissent des déploiements difficiles et inégaux (femmes enceintes par exemple). L'offre de service sur internet s'est enrichie à destination des professionnels de santé, des assurés comme des employeurs. Les utilisateurs se font plus nombreux même si la mission constate que s'agissant des assurés l'utilisation reste encore assez faible (seulement 6% des assurés se sont connectés au moins une fois dans l'année).

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

Observation de la mission : Vu

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

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

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

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

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

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

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

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

2- Recommandations

- [20] L'amélioration de l'efficacité globale de la branche fait l'objet d'une première série de recommandations. Le potentiel de gains de productivité reste important. Il repose sur la résorption des écarts de productivité entre caisses et sur une progression de la dématérialisation.
- [21] En partant d'une hypothèse d'évolution de l'activité égale à celle que la branche a connue ces dernières années, le passage à un taux de dématérialisation des feuilles de soins situé entre 90 et 95% permettrait de réduire entre 2 100 et 3 800 les besoins en ETP en 2013. La mission recommande donc de fixer à la CNAMTS un objectif de 90 à 95% de taux de dématérialisation à la fin de la prochaine convention soit fin 2013. Pour cela elle suggère de renforcer les actions de sensibilisation des médecins et de mettre en place la contribution forfaitaire, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale, qui peut leur être demandée pour couvrir partiellement dans un premier temps le coût de traitement d'une feuille de soins papier.

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

Observation de la mission : *vu.*

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

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

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

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

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

Observation de la mission : *vu.*

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

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

Observation de la mission : *vu.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- [28] Une deuxième série de recommandations concerne la mise en œuvre de la gestion du risque dans le cadre contractuel national et territorial redessiné par la loi du 21 juillet 2009.
- [29] La mission recommande d'abord, pour limiter les conflits de compétence, de préciser dans le futur contrat liant l'Etat et l'union des caisses d'assurance maladie (UNCAM) les compétences respectives de l'Etat et des organismes d'assurance maladie dans la définition des actions de gestion du risque, en particulier en matière de contrôle, sujet sur lequel des ambiguïtés existent. Par ailleurs, l'absence de définition de la notion de programme national pose une difficulté d'articulation entre les acteurs et leurs outils notamment pour distinguer les actions qui seront intégrées par la CNAMTS dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) de celles qui feront partie des actions régionales arrêtées par les agences régionales de santé (ARS). La mission recommande de définir dans le futur contrat Etat-UNCAM les programmes nationaux de gestion du risque en distinguant bien ceux qui sont d'application directe et sans adaptation (cela comprend toutes les actions fondées sur des référentiels HAS), de ceux qui sont adaptables localement.
- [30] Une articulation devra être trouvée entre le contrat Etat-UNCAM et la COG. La mission a identifié deux scénarios possibles. Le premier fait du contrat avec l'UNCAM le cadre exclusif de contractualisation nationale en matière de gestion du risque. Il permet de distinguer nettement les rôles joués par chaque outil. Un deuxième scénario consisterait à positionner le contrat Etat-UNCAM comme outil stratégique, la COG vecteur de la mise en œuvre se placerait au niveau opérationnel. Quel que soit le scénario retenu, la mission recommande de négocier en même temps les deux contrats.

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

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

- [31] La signature des CPG des organismes de la branche sera confrontée à des difficultés de calendrier : ils devront intégrer un volet national issu de la CNAMTS et un volet local arrêté par l'agence régionale de santé. Or les CPG ne se limitent pas à la seule gestion du risque mais jouent d'abord un rôle essentiel dans le fonctionnement et la gestion de la branche. Il ne serait pas souhaitable d'attendre l'adoption formelle du projet régional de santé (PRS), si celle-ci s'avérait trop longue, pour mettre en œuvre le programme pluriannuel régional de gestion du risque. Une première solution consisterait à intégrer le programme pluriannuel régional de gestion du risque dans les CPG sans attendre l'adoption formelle du projet régional de santé auquel ce programme est annexé. Si l'adoption des actions régionales se révélait malgré tout trop longue, pendant une phase transitoire, les CPG pourraient ne décliner que les objectifs de productivité et de service ainsi que les programmes nationaux de gestion du risque. Par avenant, les CPG pourraient intégrer le volet régional de gestion du risque dès qu'il aura été arrêté par l'ARS.
- [32] La création des agences régionales de santé oblige enfin à repenser l'organisation territoriale de la branche. La mission juge que l'approfondissement de la gestion du risque permet et justifie d'envisager un rattachement fonctionnel des délégués de l'assurance maladie au directeur régional du service médical (DRSM) et de positionner celui-ci comme responsable de la gestion du risque pour la branche au niveau régional. Enfin, la mission recommande de lever les ambiguïtés sur les pouvoirs du représentant en charge de la définition des actions régionales et de la concertation avec l'ARS vis-à-vis des responsables des caisses ou services de l'assurance maladie qui contractualiseront avec l'agence régionale de santé pour mettre en œuvre le PRS.

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

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

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	17
1. BILAN DE LA CONVENTION 2006 - 2009	18
1.1. <i>Issue d'une longue gestation, la convention s'est voulue ambitieuse en matière de prise en compte de la gestion du risque</i>	18
1.1.1. Le mode de préparation et de suivi a nui à la qualité de la convention.....	18
1.1.2. Dans la continuité de la loi portant réforme de l'assurance maladie, la COG a mis la gestion du risque au cœur de l'action de la branche	20
1.1.3. Les engagements ont été trop nombreux et, s'agissant de la gestion du risque, ont une portée relative.....	27
1.2. <i>Les engagements en matière de qualité de service et d'efficience de la gestion globale de la branche ont été tenus à l'exception notable de la réduction des écarts de productivité entre les organismes</i>	29
1.2.1. La progression de la productivité a été plus importante qu'attendu.....	29
1.2.2. Les fonctions support se sont modernisées à l'exception des systèmes d'information.....	33
1.2.3. Les initiatives de la CNAMTS sont restées trop timides en matière de réorganisation du réseau et les écarts de productivité entre caisses ne se sont pas réduits..	41
1.2.4. La qualité de service s'est améliorée par un élargissement de l'offre.....	46
1.3. <i>Le pilotage national du réseau par la CNAMTS s'est nettement renforcé sans laisser de place à un véritable dialogue de gestion.....</i>	51
1.3.1. Le pilotage par objectifs a été étendu à la gestion du risque	52
1.3.2. La contractualisation conserve des marges de progrès en matière de dialogue de gestion, de prise en compte de l'efficience, de classement des organismes	53
1.3.3. L'audit et le contrôle internes ont progressé surtout dans l'aide au pilotage du réseau	56
1.4. <i>Les programmes nationaux de gestion du risque méritent d'être développés malgré des résultats financiers qui restent en deçà des objectifs</i>	58
1.4.1. Des résultats significatifs mais en deçà des objectifs	58
1.4.2. Des résultats hétérogènes selon les organismes	59
1.4.3. Une organisation à géométrie variable qui ne facilite pas la mise en œuvre des actions de gestion du risque	62
2. RECOMMANDATIONS POUR LA FUTURE COG	64
2.1. <i>L'amélioration de la productivité et la résorption des écarts de performance entre organismes doivent constituer les priorités de la prochaine COG</i>	64
2.1.1. Le potentiel de productivité reste important compte tenu des marges de manœuvre en matière d'organisation de la production et de dématérialisation.....	64
2.1.2. La branche doit adapter et consolider ses outils de suivi interne et son système d'information	74
2.2. <i>La politique nationale de gestion du risque devra être confortée dans un cadre contractuel nouveau</i>	81
2.2.1. Au niveau national, l'Etat et l'assurance maladie contractualiseront à deux niveaux qui devront être articulés.....	81

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

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

REPONSE DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GENERAL DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES97

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

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

OBSERVATIONS DE LA DIRECTION DU BUDGET 113

Introduction

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

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

- la mise en œuvre des engagements relatifs à la gestion du risque⁴ fait l'objet de l'annexe n° 1, à laquelle sont jointes trois fiches sur la lutte contre les fraudes et abus, les évolutions juridiques récentes⁵ et la liste des engagements de la COG ;
- l'efficacité et la productivité de la branche font l'objet de l'annexe n°2 ;
- les évolutions de la qualité de service sont traitées dans l'annexe n°3 ;
- la gestion des fonctions support est abordée dans l'annexe n°4 composée de fiches sur la gestion budgétaire (4-1), la gestion des ressources humaines (4-2), le système d'information de la branche, vu sous l'angle de la maîtrise d'ouvrage⁶ (4-3) et l'audit interne (4-4) ;
- les indicateurs de la COG font l'objet d'une fiche n°5.

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

² Pierre BOISSIER a participé aux travaux de mars à juin et Philippe LAFFON a rejoint l'équipe à partir de juillet.

³ La mission s'est également rendue à Lille, pour rencontrer le DRSM du Nord-Pas-de-Calais en charge de la coordination du risque, et à la CPAM des Hauts-de-Seine.

⁴ Le terme « gestion du risque » est issu du vocabulaire des assurances pour désigner des actions de maîtrise des dépenses. Le terme régulation est parfois retenu avec la même signification mais sous-entend une approche organisationnelle.

⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁶ La mission a retenu ce thème d'investigation après un échange avec M. Alain GILLETTE en charge d'une enquête sur l'informatique de la CNAMTS dans le cadre du RALFSS 2009 de la Cour des comptes.

1. BILAN DE LA CONVENTION 2006 - 2009

[36] La convention 2006-2009 est la troisième convention signée entre l'Etat et l'assurance maladie. La précédente convention couvrait la période 2000 à 2003⁷. Compte tenu de la préparation de la loi portant réforme de l'assurance maladie finalement publiée le 13 août 2004, les deux exercices 2004 et 2005 ont fait l'objet d'un avenant de prolongation signé le 10 juin 2004.

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

[37] La COG sous revue résulte largement de la réforme de l'assurance maladie, qu'elle concourt à mettre en œuvre, et son mode de préparation peut être qualifié d'exceptionnel puisqu'il a duré près de deux ans. La convention comprend des engagements sur l'ensemble du champ de la gestion du risque⁸, aux côtés des engagements classiques d'une COG quant à la qualité de service et à l'efficacité globale de la branche maladie du régime général de sécurité sociale. En dépit ou en raison du temps consacré à sa préparation, la COG comporte un très grand nombre d'engagements, fréquemment flous et dont les conditions de suivi sont restées très défailtantes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.1.3. Le suivi concerté a été défaillant

- [47] Le calendrier et le mode de suivi de la COG sont précisés par le code de la sécurité sociale. La COG doit couvrir une période minimale de quatre ans et être transmise au conseil de surveillance en charge de la mission de suivi des COG⁹. Au plan administratif, la mise en œuvre de la COG fait l'objet d'un suivi par les services de la CNAMTS. Ce suivi doit faire l'objet d'un point annuel, contradictoire, avec les services de l'Etat. En dehors de l'information des services de l'Etat, l'intérêt d'une telle réunion est aussi de pouvoir prendre des mesures correctrices.
- [48] Intervenant en avril 2009, la mission d'évaluation aurait dû disposer de deux rapports élaborés par la CNAMTS pour les deux premiers exercices. Dans les faits, seul l'exercice 2007 a fait l'objet d'un bilan en bonne et due forme. Pour cet exercice, la mission a disposé du document présenté au conseil de la CNAMTS en avril 2008, du rapport, « Bilan annuel de l'exécution de la convention d'objectifs de gestion 2006-2009- année 2007 » publié en juin 2008 par la CNAMTS et des compte rendus des réunions organisées par la DSS. En raison du décalage de la date de conclusion de la convention en août 2006, l'année 2006 réduite à quatre mois a été neutralisée et intégrée dans le bilan 2007. Dans les faits, cette COG ne couvre donc que trois exercices (2007 à 2009).
- [49] De plus, le conseil de surveillance de la CNAMTS, comme ceux des autres caisses nationales n'a pas été reconstitué, rendant inopérantes les dispositions de suivi prévues par le code de la sécurité sociale.

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

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

- [50] Si un préambule sans portée juridique est consacré à la gestion du risque dans la convention 2000-2003, les engagements restaient centrés sur les enjeux de performance de la mission de service des prestations, à l'exception d'engagements relatifs à la contribution de l'assurance maladie à la politique de santé publique. Dans le rapport d'évaluation de cette convention par l'Inspection générale des affaires sociales, le constat suivant était mis en exergue : « Au total, la COG n'a défini ni orientations pluriannuelles, ni stratégie d'action, ni engagements réciproques de l'Etat et de la CNAMTS sur le thème de la régulation du système de soins¹⁰ ».
- [51] Dans la continuité de l'avenant signé le 7 mai 2003 relatif à la régulation du système de soins, la COG 2006-2009 a pour la première fois pris en compte globalement cette dimension. Elle comporte une partie entière consacrée au thème de la régulation du système de santé, qualifié de « gestion du risque¹¹ ». Elle est ainsi conforme à l'article L. 227-1 du code de la Sécurité sociale qui dispose d'une part que les COG précisent « les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations » et, d'autre part, s'agissant plus particulièrement de l'assurance maladie, prévoit que « la convention d'objectifs et de gestion mentionne notamment les orientations pluriannuelles de l'action du gouvernement dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale, du médicament et de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins ».

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

¹⁰ Rapport IGAS précité page 5.

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

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

[53] La COG repose sur une conception large de la gestion du risque. Une vision restrictive de la gestion du risque limite son champ au contrôle des prestations qu'il s'agisse de la vérification des droits des assurés comme des bonnes pratiques des professionnels. La COG embrasse l'ensemble des actions susceptibles d'avoir un effet sur la santé tout en étant économes des ressources financières de l'assurance maladie¹². Elle permet ainsi de relier la prévention, l'éducation pour la santé, la lutte contre la précarité et le contrôle des prestations ou l'accompagnement des professionnels.

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

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

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

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

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

- *Concernant les référentiels de la HAS*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[66] Le CAPI est un contrat conclu entre un médecin conventionné et la CPAM, dans le cadre d'une démarche volontaire par un médecin qui conserve, en outre, la faculté de le résilier. Ce contrat, conforme à un contrat type national, engage le médecin, en contrepartie d'une rémunération versée par la CPAM, à améliorer la prise en charge de sa patientèle au sens collectif du terme. Cette prise en charge recouvre plusieurs champs de l'activité médicale allant de la prévention primaire à la prise en charge des pathologies chroniques et à des efforts de maîtrise médicalisée. Le principe technique retenu pour les CAPI consiste à fixer aux médecins des objectifs quantifiés comme un pourcentage de la patientèle de plus de 65 ans vaccinée pour la grippe saisonnière ou le nombre de femmes de 50 à 74 ans participant au programme de dépistage du cancer du sein. Les thèmes relevant de la maîtrise médicalisée sont, pour partie, ceux qui ont figuré dans des programmes antérieurs (prescription d'IPP, IEC/Sartan...). L'élément nouveau dans le programme CAPI par rapport aux dispositifs antérieurs réside dans la rémunération offerte aux médecins et calculée en proportion de l'atteinte des objectifs ciblés¹⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[73] La mission a examiné d'une part la mise en œuvre des contrôles « classiques » de facturation notamment dans les établissements de santé publics et privés, d'autre part la mise sous entente préalable de prescriptions ou d'activités. Ces contrôles présentent la caractéristique d'être ciblés et d'avoir des suites diversifiées, du remboursement des indus aux sanctions financières voire pénales¹⁵.

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

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

- [75] Les modalités du programme de contrôle contentieux sont définies par une lettre réseau. Il s'agit, à partir des données de l'activité de l'année $n - 1$:
- de cibler les établissements de santé et les activités les plus déviants en matière de coût pour l'assurance maladie ;
 - de faire analyser sur site, par des praticiens conseils, les dossiers retenus ;
 - de notifier les indus aux établissements dont les facturations sont erronées ;
 - d'assurer le suivi des contentieux ultérieurs éventuels.
- [76] Ces contrôles T2A sont pilotés dans les régions par une Unité de Coordination Régionale (UCR) placée auprès de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).
- [77] Les praticiens conseils qui réalisent les analyses de dossiers médicaux pour vérifier la cohérence des soins reçus par le patient avec son Résumé de Sortie Standardisé (RSS) ont, en théorie, reçu une formation spécifique dans cette perspective. La mission a noté cependant que dans les régions où elle s'est rendue, cette formation n'avait pas été systématiquement suivie..
- [78] S'agissant des décisions de sanctions qui peuvent être prises à l'encontre des établissements, une circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) en date du 31 juillet 2007 fixe la procédure et rappelle que l'année 2007 est la première année de déroulement des contrôles T2A avec possibilité de sanction financière. La procédure préconisée est la suivante :
- inscription de l'établissement dans le programme régional à l'issue du ciblage par l'UCR (programme validé par la commission exécutive (COMEX) de l'agence régionale de l'hospitalisation) ;
 - réalisation du contrôle et production du rapport ;
 - instruction par l'UCR du rapport de contrôle et élaboration d'un rapport de synthèse ;
 - instruction par la COMEX.
- [79] La circulaire précise que si le rapport comporte une proposition de sanction, la COMEX statue et engage une procédure contradictoire avec l'établissement qui dispose d'un mois pour présenter ses observations. Il faut noter qu'en cas de désaccord entre l'établissement et les contrôleurs, une procédure de saisine de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est mise en place. La COMEX prend ensuite une décision définitive. La mission a pris connaissance de plusieurs résultats de ces contrôles qui démontrent une nette insuffisance de la vigilance des départements d'information médicale des hôpitaux (DIM) concernant la validation des RSS qu'ils sont amenés à valider. Les deux types majeurs de dérives observées sont la facturation de séjours en hospitalisation à temps partiel pour des actes relevant de consultations externes et la facturation de suppléments par des établissements non autorisés à réaliser les activités concernées.
- [80] Afin d'harmoniser les analyses et de fournir des argumentaires type aux services du contentieux des CPAM concernées, la CNAMTS a mis en place un groupe de travail chargé de répertorier et d'analyser les contentieux dès l'année 2007
- [81] En 2007, le bilan des contrôles T2A réalisé par la CNAMTS montre de fortes disparités régionales sur les modalités d'exercice de cette nouvelle activité :
- neuf UCR ont proposé des sanctions financières à la COMEX de leur ARH et dans les 15 autres régions aucun contrôle ne figurait dans les programmes régionaux de contrôle ;
 - en 2007, l'UCR d'Ile-de-France n'a proposé aucune sanction alors que celle d'Aquitaine en a proposé 19.

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

Observation de la mission : *Vu.*

- [82] Ce constat a un caractère assez démotivant pour les agents de l'assurance maladie, pour qui la lourdeur des contrôles T2A suppose un investissement personnel important, et conduit en outre à laisser se pérenniser des comportements abusifs dont les conséquences financières sont défavorables pour l'assurance maladie.
- [83] **Les mises sous accord préalable ont été mises en œuvre à partir de 2005 auprès des professionnels de santé exerçant en ville.** L'article 162-1-15 du code de la sécurité sociale permet aux directeurs de caisse d'assurance maladie de subordonner le versement des indemnités journalières à l'accord préalable du service du contrôle médical. La loi de financement de la sécurité sociale de 2008 a étendu ce dispositif à d'autres prescriptions. Il a été utilisé dans le cas de médecins dont les pratiques professionnelles s'écartaient notablement des comportements standards (médecins prescrivant des volumes cumulés d'arrêts de travail quatre fois supérieurs à la moyenne, forts prescripteurs de transports en ambulance ou en actes de masso-kinésithérapie).
- [84] Dès la première année de mise en vigueur de ces mesures d'accord préalable, 46 praticiens ont été concernés. Ils avaient fait auparavant, et sans succès, l'objet de mesures incitatives leur permettant de réintégrer leur pratique dans les standards habituels (échanges confraternels avec des praticiens conseils, courriers de mise en garde etc..). En 2008, ce sont 450 professionnels qui ont été mis sous accord préalable pour leurs prescriptions d'arrêts de travail, de transports sanitaires ou d'actes de masso-kinésithérapie.
- [85] **Ce dispositif contraignant a été étendu à certaines activités hospitalières.**
- [86] Les statistiques d'activité des établissements publics et privés français ont montré depuis une vingtaine d'année un retard au développement de la chirurgie ambulatoire en comparaison d'autres pays. Ainsi, en 2008, l'opération de la cataracte, qui se prête particulièrement à ce type de chirurgie, n'était réalisée en ambulatoire que dans 63% des cas dans le secteur public et 70% dans le secteur privé. Les extractions dentaires n'étaient réalisées en ambulatoire que dans 65% des cas dans le secteur public et 77% dans le privé. De nombreux échanges ont eu lieu sur ce sujet entre les responsables de l'assurance maladie et ceux des établissements de santé au cours des années 2007 et 2008 pour rechercher une évolution des pratiques sur ce sujet. Cette politique d'accompagnement s'est traduite par une progression de la chirurgie ambulatoire de 8% dans le secteur public pour les actes concernés et de 4 % dans le secteur privé.
- [87] Afin d'accélérer la réalisation des objectifs en la matière, 248 établissements (157 publics et 91 privés) ont été mis sous accord préalable à partir de mai 2008 pour la réalisation en hospitalisation complète de cinq interventions¹⁶. Les 6 769 demandes traitées de mai 2008 à février 2009 ont reçu dans 98 % des cas un avis favorable du service médical et correspondent donc à des situations qui justifiaient, à titre exceptionnel, une prise en charge en hospitalisation complète. Il faut noter qu'en février 2009, il n'y avait pas eu de recours émanant d'assuré sociaux.

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

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

- [88] En 2008, l'ensemble des personnels affectés aux missions de gestion du risque¹⁷ tous organismes confondus (CPAM, CRAM, DRSM, URCAM) représentent près de 10 500 personnes contre 9500 en 2006 pour un effectif global pour la branche de près de 80 000 salariés.
- [89] Au delà des URCAM dont la seule mission concerne la gestion du risque et qui voient 100% de leurs effectifs affectés à la régulation, les DRSM sont le réseau le plus impliqué (47 %), puis la CNAMTS (23 %), les CRAM (14 %) et, enfin, les CPAM pour 8 % en 2008.
- [90] Alors que les effectifs globaux de l'assurance maladie ont diminué de l'ordre de 5 000 ETP (5 110 exactement si l'on prend en compte les CDI et les CDD) sur la période 2005 à 2008, ceux qui ont été affectés à la gestion du risque ont crû de l'ordre de mille ETP. L'augmentation globale des effectifs affectés à la gestion du risque est concentrée sur les CPAM (+30%). Les effectifs des DRSM et URCAM restent stables alors que ceux des CRAM chutent nettement (-8%). Sur la période, les évolutions respectives des effectifs des CPAM et des DRSM montrent un effet de ciseaux : à partir de 2007, les effectifs des CPAM affectés à la régulation sont supérieurs en nombre d'ETP à ceux qui sont affectés dans les DRSM.

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

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

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

- [92] La COG définit dans son chapitre 4-1 les modalités de suivi et d'évaluation des engagements. Elle précise que « ce suivi repose sur des indicateurs figurant en annexe et sur tout autre élément permettant d'apprécier la mise en œuvre des engagements ». Le nombre d'engagements souscrits par les parties à la COG en cours est très important. La mission les estime à plus de 200 dont cent sur la gestion du risque¹⁸. Seulement quelques uns font l'objet d'un échéancier, d'objectifs et d'indicateurs de suivi. De sorte que tous les autres relèvent plus d'une déclaration de principe que de la mise en place d'un processus devant déboucher sur leur mise en œuvre.
- [93] Sachant que la COG comprend pour la gestion du risque le suivi de quatorze indicateurs, il est possible de conclure qu'une quinzaine d'engagements sur une centaine sont de portée opérationnelle : le responsable ou chef de file pour l'action est précisé ainsi que le calendrier pour l'atteinte des résultats et l'indicateur de résultat. De plus, l'Etat et CNAMTS n'en ont retenu que huit lors de la première réunion de suivi concerté sur le bilan de l'exercice 2006 effectué en juin 2007¹⁹, puis onze pour le bilan de l'exercice 2007 lors de la réunion du 5 mai 2008²⁰. Les points ajoutés en 2008 sur le bilan 2007 sont relatifs au contrôle : liquidation médico-administrative, mise sous accord préalable et récupération d'indus. De même, l'annexe 2 au PLFSS pour 2009, qui présente le bilan pour 2007 des objectifs et moyens des organismes de sécurité sociale, ne retient que six objectifs²¹.

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

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

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

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

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

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

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

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

[96] La rédaction instaure une ambiguïté sur le partage des responsabilités pour un bon tiers des engagements. Cette imprécision se caractérise par la formule « l'Etat et la CNAMTS ... » qui est très fréquemment utilisée dans les deux thèmes relatifs à l'efficience et à l'organisation des soins, dans lesquels l'Etat conserve de larges compétences. Si les actions de maîtrise médicalisée des dépenses²², qui ont été définies dans la convention publiée le 12 janvier 2005 entre l'UNCAM et les syndicats de médecins, font partie des engagements propres de la CNAMTS, pour toutes les autres actions en revanche, notamment celles relatives à l'hôpital, au déploiement des bonnes pratiques professionnelles et à la formation pour ne citer que quelques exemples, la responsabilité de l'Etat et de la CNAMTS est partagée sans que l'on sache précisément les actions qui sont attendues de l'un ou de l'autre.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[100] Cet état de fait tient probablement à l'absence d'avenant annuel à la COG, précisant les engagements de la CNAMTS en termes de mise en œuvre des dispositions adoptées par le Parlement (dont le montant de l'ONDAM) ou par les partenaires conventionnels. La loi offre la possibilité d'avenants annuels à la COG²⁴, disposition qui n'a pas été mise en œuvre sur la période de contractualisation. Le nouveau contrat liant l'Etat et l'UNCAM prévoit des dispositions identiques, qu'il conviendra de mettre en œuvre (L. 182-2-1-1 CSS). Il faut noter que cette logique d'avenants annuels est d'ores et déjà appliquée par la CNAMTS dans ses relations avec les organismes locaux : les contrats pluriannuels de gestion (CPG) sont modifiés chaque année par avenant sur le seul domaine de la gestion du risque.

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

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

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

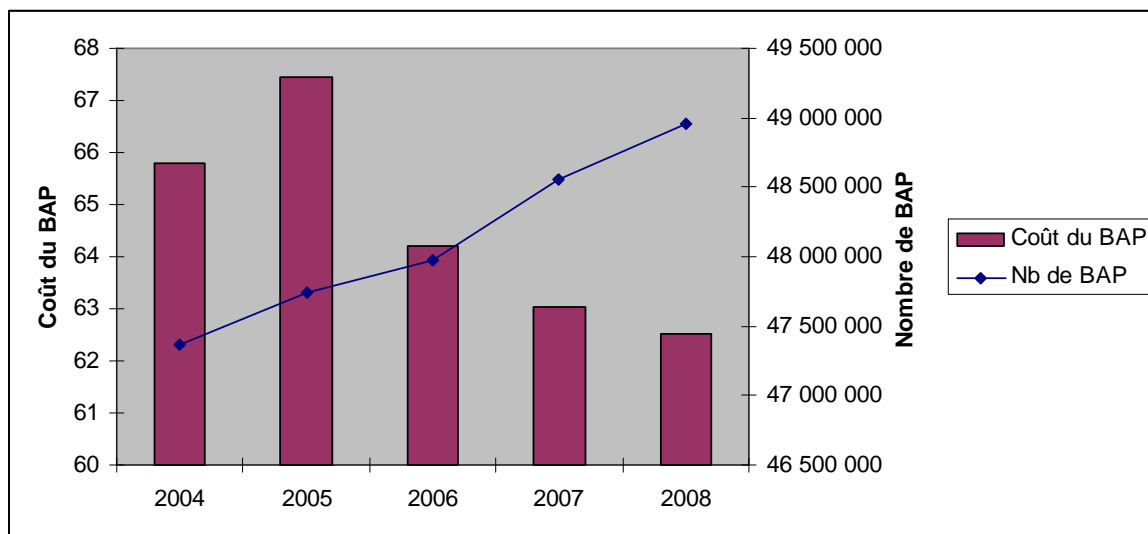
[101] Un objectif d'amélioration de l'efficience²⁵ de 6 % sur la période de la COG était prévu dans la convention. L'indicateur associé était une augmentation du nombre de bénéficiaires actifs pondérés (BAP) par ETP de 6 % sur la période. Dès la fin de l'année 2008, cet objectif était nettement dépassé puisqu'entre fin 2005 et fin 2008 l'efficience mesurée ainsi s'était améliorée de plus de 9%.

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

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

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

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



Source : CNAMTS, calculs de la mission

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

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

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

- [104] Une large partie de l'évolution globale trouve son explication dans la croissance de la dématérialisation des feuilles de soins qui est passée de 77% en 84% en 2008. Comme le montre le tableau ci-dessous, l'augmentation de la dématérialisation a réduit de plus de 4 000 les besoins de la branche maladie en ETP pour traiter l'ensemble des feuilles de soins²⁷.

²⁶ Cf annexe n°2, tableau n°8.

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

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

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

* Etablissements de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- [110] Depuis 2003, l'assurance maladie sous-exécute son enveloppe de crédits. Après s'être amélioré entre 2003 et 2004, le taux d'exécution diminue d'année en année. Il est passé de plus de 94% en 2006 à 86% en 2008.
- [111] Cette inexécution est très largement le fait des services administratifs : le réseau du service médical, compte tenu des moyens mobilisés, ne représente qu'une faible part de la sous exécution. L'examen des taux d'exécution montre que certaines lignes de dépenses sont particulièrement mal exécutées. Il en est ainsi de tous les investissements, informatique et hors informatique, ou liés à VITALE 2 pour lesquels la consommation peine à atteindre la moitié des crédits. Toutefois, les lignes les plus mal exécutées ne sont pas celles qui pèsent le plus dans le total de la sous-exécution du régime général de l'assurance maladie. En effet, ce sont les dépenses de personnel et les autres comptes de fonctionnement qui expliquent, selon les années, entre 61 et 65% de la sous-exécution et cette part va croissant depuis 2006. C'est aussi vrai sur une période un peu plus longue puisqu'en 2004 les dépenses de personnel et les autres comptes de fonctionnement représentaient 59% des crédits non consommés. A elles seules, les dépenses de personnel représentent donc un tiers de la non exécution. C'est la traduction de la réduction des effectifs à un rythme supérieur aux prévisions de la COG.
- [112] La part des crédits non consommés qui est réaffectée aux exercices suivants se situe entre 80 et 90% suivant les années. C'est le Directeur général qui prend la décision de rendre ou de reporter les autorisations de dépenses. Le choix de conserver la plus grande partie des crédits ne se justifie par aucun besoin particulier. La CNAMTS dispose déjà d'une réserve nationale pour faire face aux imprévus. Cette stratégie aboutit à la constitution d'une réserve qui laisse une marge de manœuvre bien trop importante (plus de 900 M€ fin 2008). Même si cette stratégie n'a pas d'impact négatif, il aurait été plus clair et préférable de rendre les autorisations de crédits au fur et à mesure pour qu'elles soient annulées.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Observation de la mission : Vu

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

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

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

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

Observation de la mission : Vu

[121] Dans ce contexte, il est essentiel pour la CNAMTS de piloter finement la structure d'emploi des caisses. Des données existent dans la base UCANSS et elles ont été complétées depuis 2005 par la cartographie des emplois²⁸. Celle-ci vise à faire réaliser par les organismes d'un état des lieux des effectifs par emploi et une projection de ceux-ci sur les années suivantes à travers une estimation des départs, taux et priorités de remplacement au sein de leur organisme.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 008

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

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

Des précisions doivent être apportées quant au périmètre des agrégats.

- Effectifs :

Au regard de la base effectifs citée dans le pré-rapport (101 400 agents), il convient de noter que le chiffre figurant dans le tableau supra (83 575) ne comprend pas les effectifs CRAM de la branche retraite qui ont été logiquement défalqués (il en va bien entendu de même pour les m²).

Il s'agit des effectifs en CDI et CDD des branches maladie et AT/MP, dénombrés en personnes physiques présentes et rémunérées au 31 décembre 2008.

- Surface Hors Œuvre Net

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

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

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

Ratio des sièges des CPAM

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

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

Observation de la mission : Vu

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

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

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

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

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

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

Observation de la mission : Vu

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

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

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

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

Observation de la mission : Vu

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

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

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

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

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

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

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

Observation de la mission : Vu.

[133] Face à un nombre important de demandes, la branche maladie éprouve des difficultés à arrêter sa cible fonctionnelle qui, pourtant, détermine largement les évolutions de son architecture technique et applicative. Sans que cela puisse être la seule cause, l'absence presque systématique d'étude de valeur³¹ permettant de juger précisément de l'intérêt d'un projet et de son adéquation à la stratégie de la branche est un facteur explicatif important.

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

Observation de la mission : Vu.

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

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

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

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

[135] L'interfaçage des systèmes d'information n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante malgré les gains de productivité rapides qu'il permettrait³². La mission note que les carences des systèmes d'information pèsent sur l'efficacité des caisses. Le développement des nouveaux services se fait jusqu'à présent sans connexion avec les systèmes d'information de production, de sorte qu'aucun bénéficiaire n'est tiré des nouveaux services.

³¹ Analyse coût/bénéfices.

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

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

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

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

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

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

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

Observation de la mission : *Vu.*

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

1.2.3.1. Des écarts importants de productivité entre caisses demeurent

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

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

Observation de la mission : *Vu.*

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

Tableau 3 : Evolution du coût du BAP

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

Source : CNAMTS, calculs fait par la mission

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.3.3. Les opérations de mutualisation sont restées limitées

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

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

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

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

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

Observation de la mission : *Vu.*

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

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

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

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

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

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

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

	2007	2008	2009
<i>Cahiers des charges transmis</i>	360	194	201
<i>Cahiers des charges retenus pour un suivi national</i>	206	145	158
<i>Taux de CC retenus</i>	57%	74%	78%

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

[150] La démarche appelle néanmoins quelques observations.

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

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

	2007	2008	2009
<i>Processus métier</i>	59%	62%	58%
<i>Processus support</i>	41%	38%	41%

Observation de la mission : *Vu.*

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

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

Observation de la mission : Vu.

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

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

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

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

Observation de la mission : Vu

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

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

Observation de la mission : Vu

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

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

Observation de la mission : Vu

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

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

Observation de la mission : Vu.

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

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

Observation de la mission : Vu.

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

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

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

Observation de la mission : Vu.

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

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

Observation de la mission : Vu.

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

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

Observation de la mission : Vu.

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

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

Observation de la mission : Vu.

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

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

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

Observation de la mission : Vu

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

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

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

- [166] La CNAMTS a également engagé une démarche nationale pour développer et structurer la fonction de Conseiller Informatique. La finalité du métier de Conseiller Informatique Service est de contribuer au processus de modernisation et de simplification des échanges des données médico-administratives informatisées. Néanmoins, cette nouvelle fonction ne devrait mobiliser que peu de moyens et de préférence par des agents assurant aussi d'autres tâches. En outre, les contacts avec les professionnels se multipliant, un effort de coordination sera nécessaire pour éviter que le renforcement des relations ne devienne contre productif.
- [167] Le développement de ces fonctions de conseiller répond naturellement à l'ambition d'un service de meilleure qualité. Pour autant, la multiplication des initiatives invite à la vigilance quant aux effectifs qui y seront consacrés à moyen terme et, en tout état de cause, à subordonner à évaluation préalable toute extension de ces dispositifs.

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

Observation de la mission : Vu

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

- [168] Les résultats obtenus en matière de qualité de service illustrent les progrès réalisés sur presque tous les sujets. La plupart des indicateurs sont proches des cibles fixées. On notera cependant que s'agissant des indemnités journalières et des délais de remplacement de la carte vitale les résultats sont très faibles.
- [169] Les nouvelles modalités de diffusion de la carte Vitale 2 avec l'envoi à l'assuré, par le numériseur, d'un formulaire de collecte de la photographie ont modifié le processus de diffusion.
- [170] Il est difficile de comparer les délais de diffusion avant et après la mise en place de la carte Vitale 2. En outre, le rôle des CPAM dans la procédure est dorénavant moins important. Dans la mesure où elles ne maîtrisent pas la totalité de la chaîne, l'indicateur se heurte à la même limite que l'indicateur de délai de versement de la première indemnité journalière. Par ailleurs, un certain nombre de demandes de cartes Vitale ont été bloquées suite à des anomalies techniques du système d'information. Un dispositif de rattrapage est en cours.

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

Observation de la mission : Vu.

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

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

Observation de la mission : Vu.

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

[172] La contractualisation avec le réseau est structurée pour la durée de la COG sur des objectifs qui correspondent aux trois domaines de la COG : la gestion du risque, le service et le management/pilotage. La Caisse nationale assure le déploiement de son action sur le terrain par le moyen de contrats pluriannuels de gestion (CPG). Pour les CTI, les CPAM, les CRAM, les DRSM³⁴, un contrat est conclu pour la durée de la COG sur la période 2006-2009.

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

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

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

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

[175] La contractualisation a connu une nette amélioration au regard des observations qui avaient été faites par l'IGAS dans l'évaluation de la précédente COG³⁵. Les avancées sont au nombre de trois :

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

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

[177] Sous l'empire de la précédente COG, le CPG ne contenait pas d'objectifs sur la régulation, ceux-ci étant renvoyés à des avenants annuels au niveau des CPAM, des CRAM et des URCAM. Ces négociations avaient pour but implicite de « diminuer le nombre d'actions de gestion du risque menées de façon autonome par les CPAM³⁶ ». D'où une procédure de contractualisation remontante permettant à la CNAMTS de valider les actions locales de régulation après un avis de l'URCAM, nécessaire pour assurer la conformité des actions au plan régional de l'assurance maladie.

1.3.1.2. Le contenu des CPG s'est considérablement enrichi

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

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

Observation de la mission : *vu.*

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

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

³⁶ Rapport IGAS précité page 20.

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

[180] Dans la précédente COG, le pilotage du Service médical était assuré par un tableau de bord national d'activités des échelons régionaux et locaux. Le service médical étant sous l'autorité hiérarchique du directeur de la CNAMTS, la définition et le suivi des objectifs et de la démarche qualité étaient mis en œuvre sans procédure formelle de contrat. Il faut noter que la question de l'intéressement a trouvé une solution adaptée à l'enjeu de l'indépendance du service médical³⁷. En revanche, la contractualisation avec les CRAM ne s'est pas développée et, en particulier, c'est sur les CPAM que la CNAMTS s'est appuyée pour développer la maîtrise médicalisée au sein des établissements de santé.

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

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

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

[181] Les limites sont de plusieurs ordres.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Observation de la mission : *vu*

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

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

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

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

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

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

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

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

Observation de la mission : *vu*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[198] Les moyens mobilisés par la CNAMTS, y compris le recours aux cabinets et malgré l'existence d'une équipe d'auditeurs dédiés à la validation des comptes (12 personnes), sont en deçà de ce que l'on peut observer dans les entreprises³⁸. En effet, la direction de l'audit général dispose d'une quinzaine d'auditeurs. Globalement les moyens paraissent insuffisants pour mettre en œuvre une stratégie d'audit qui suppose de reconduire les mêmes opérations tous les 5 à 6 ans.

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

Observation de la mission : *vu.*

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

[199] La novation des programmes nationaux consiste dans l'articulation entre des actions d'accompagnement des professionnels afin d'atteindre une amélioration des pratiques et des actions de contrôle qui sanctionnent les irrégularités voire les fraudes. La mise en œuvre de ces programmes s'est accompagnée d'une part d'une réorganisation de la CNAMTS³⁹, et d'autre part d'une diversification des outils⁴⁰.

1.4.1. Des résultats significatifs mais en deçà des objectifs

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

1.4.1.1. Certaines actions ont donné des résultats encourageants

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.2. Des résultats hétérogènes selon les organismes

[207] Les organismes font l'objet d'un classement selon leur taux de réussite sur les axes de contractualisation. Les résultats obtenus par chaque type d'organisme sont présentés devant la Commission de l'animation du réseau et des moyens⁴¹. Pour 2007, les résultats sont les suivants.

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

⁴¹ Pour les résultats 2007 réunion du 11 septembre 2008

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

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

Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008)

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

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

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

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

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

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

Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008)

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

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

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

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

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

Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008)

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

Tableau 8 : Performance des URCAM sur les indicateurs de prévention

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

Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008)

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

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

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

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

- [214] Le rôle de coordonnateur aurait dû revenir organiquement aux URCAM qui ont de par la loi⁴² la mission de coordonner les actions entre les régimes. Dans les faits, le poids de l'inter régime est resté faible et les URCAM sont devenues des instances de coordination du seul régime général. Les coordonnateurs ont été désignés en tenant compte d'éléments conjoncturels, mais aussi par souci d'équilibre entre les différents réseaux : ainsi, ont été désignés coordonnateurs du risque deux DRSM, deux directeurs de CRAM, onze directeurs d'URCAM (dont six sont directeurs d'URCAM et cinq à la fois directeurs d'URCAM et de CPAM), et trois directeurs de CPAM. Chaque organisme du réseau a pu ainsi exercer cette fonction.

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

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

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

- [215] La mission a pu examiner trois modes différents de coordination de la gestion du risque : le premier est une coordination qui peut être qualifiée « d'éclatée » ; le deuxième est une coordination classique telle que prévue par les textes, donc assurée par l'URCAM ; enfin, le troisième correspond à une coordination « médicale » assurée par la DRSM.
- [216] La région Centre est caractérisée par des coordinations éclatées : la coordination régionale est confiée à la directrice d'une CPAM (importante) mais qui n'est pas celle du chef lieu de région. La coordination régionale des DAM est assurée par la CPAM du chef lieu de région. La mutualisation des moyens de praticiens conseils est assurée par le DRSM pour toute la région. Il est apparu à la mission que cette organisation était fragile et source de coûts. Fragile parce que pour bien fonctionner, elle requiert une bonne entente entre directeurs ; coûteuse car la coordination impose le déplacement des responsables éloignés de près de deux heures de train.
- [217] La région Rhône –Alpes présente une coordination URCAM et CPAM : elle est assurée par le directeur de l'URCAM qui est ensuite devenu aussi directeur de la CPAM de Lyon. La dimension de la coordination inter régimes est présente. Le cumul de fonction entre direction d'URCAM et de CPAM porteuse de synergie. Enfin le lieu unique de localisation au chef lieu de région est source de gains de temps et d'énergie.
- [218] Dans la région Nord Pas de Calais, la coordination est assurée par la DRSM, par voie de consensus entre les directeurs des CPAM. Il est apparu à la mission que cette formule de coordination permettait d'instaurer une relation plus directe entre les analyses et les actions à mettre en œuvre. Le cumul de la fonction de mutualisation des ressources médicales et celle de coordination de la gestion du risque présente une synergie évidente.

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

Observation de la mission : *Dont acte.*

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

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

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

2. RECOMMANDATIONS POUR LA FUTURE COG

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

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

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

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

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

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

[225] Deux leviers sont mobilisables :

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

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

2.1.1.1. La recherche de gains de productivité doit être poursuivie

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

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

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

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

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

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

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

- [228] On peut ainsi observer que les gains pouvant être réalisés par la dématérialisation sont encore très importants. Un point de dématérialisation représente une réduction des besoins en ETP de 351 pour traiter le volume projeté en 2013. Le scénario à 100% est irréaliste car une partie des feuilles de soins circulera toujours sous forme papier ne serait-ce que pour les situations de perte ou d'oubli de cartes par exemple. Si on retient l'hypothèse raisonnable d'un taux de dématérialisation entre 90 et 95%, les besoins en ETP pour gérer les décomptes seraient réduits d'environ 3 000-3 500 ETP à productivité de traitement de FSE constante, soit près de 3/5 de l'effort réalisé sur la COG actuelle, ce qui est donc très significatif.
- [229] Atteindre un taux de dématérialisation autour de 95% supposerait néanmoins une action volontariste, des pouvoirs publics et de la caisse nationale, vers les professions de santé pour lesquelles les marges de progrès sont les plus importantes, tout particulièrement les médecins généralistes et les spécialistes.
- [230] Le code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de demander une contribution forfaitaire aux professionnels de santé, établissements et organismes, transmettant des feuilles de soins papier, ou autres documents servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, de produits ou des prestations remboursables. Jusque là cette contribution était fixée dans les conventions signées avec les différentes professions. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a confié au seul directeur de l'UNCAM le soin de la déterminer. Moyennant un accompagnement des professionnels de santé, c'est un levier important pour poursuivre la progression du taux de dématérialisation.

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

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

Observation de la mission : *Vu.*

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

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

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

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

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

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

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

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

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

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

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

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

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

[239] Deux axes sont envisageables :

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

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

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

Observation de la mission : *vu.*

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

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

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

Observation de la mission : *Vu.*

2.1.1.2. La réorganisation des fonctions de production doit être assumée

- *Définir une stratégie ambitieuse en matière de mutualisation*

[240] Une dynamique de mutualisation lancée par la CNAMTS grâce à l'appel à projet auprès des organismes locaux a permis de faire émerger un certain nombre de pistes intéressantes. En outre, quelques expériences ont eu lieu sur des secteurs relativement réduits comme les rentes ou les invalidités. Elles ont démontré que les gains de productivité engrangés pouvaient être importants. Ainsi, la mutualisation de la gestion des rentes et de l'invalidité entre sept caisses a permis d'améliorer la productivité de 18% pour les premières et de 15% pour les secondes⁴³.

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

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

Observation de la mission : *Vu.*

- *Tendre vers une cible optimale*

⁴³ Source : CNAMTS

- [241] En réalité, il apparaît à la mission que chaque processus de production ou fonction de gestion de l'assurance maladie a sa propre dynamique. Sur certains des sujets évoqués, par exemple certains contentieux ou encore la paye, il serait certainement envisageable de mutualiser sur une base inter-régionale voire nationale. Sur d'autres, la région peut paraître une maille trop large et des mutualisations inter-départementales seraient probablement plus efficaces.
- [242] Deux paramètres sont importants pour guider la réflexion sur l'évolution du réseau : la taille critique et la taille optimale.
- [243] La première qui a été estimée par la CNAMTS entre 200 000 et 250 000 bénéficiaires détermine le volume minimal d'activité en deçà duquel une caisse rencontrerait des difficultés pour exercer ses missions.
- [244] S'agissant de la taille optimale, aucune étude n'a été fournie par la CNAMTS. Pour nourrir la réflexion, la mission a procédé à une simulation pour donner un ordre de grandeur. Si l'on retient comme indicateur de la performance le nombre de bénéficiaires consommant par ETP présents et rémunérés au cours de l'année 2008 (comprenant CDD et CDI) on peut estimer que, compte tenu des organisations et donc des productivités actuelles, la taille optimale se situerait entre 750 000 et 1 million de bénéficiaires consommateurs. Autrement dit, la taille optimale au plan de la performance serait, globalement, plutôt au niveau inter-départemental.

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

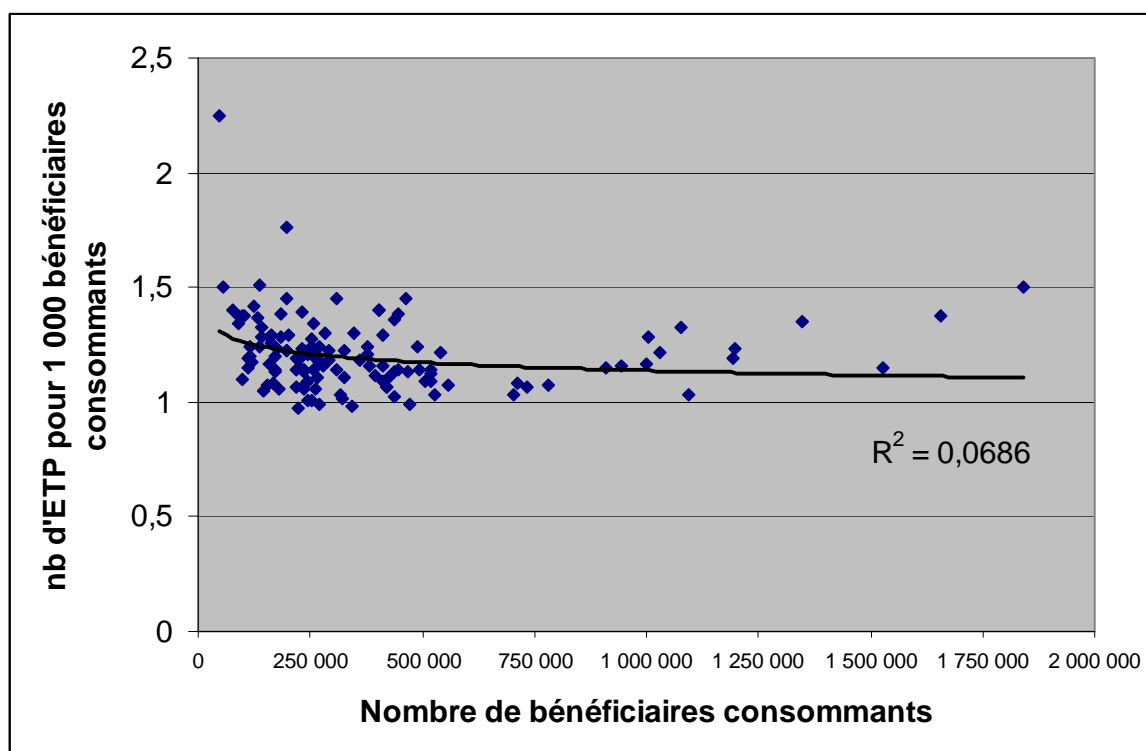
-Comme point de départ, une analyse d'un potentiel de gains estimé à 17 000 ETP (rapporté sur trois COG) qui reposerait pour un tiers sur la poursuite de la dématérialisation et pour deux tiers sur la réduction des écarts de productivité. Certaines limites dans le chiffrage de ce gain ont d'ores et déjà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

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

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

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

Graphique 2 : Dispersion des bénéficiaires consommateurs par ETP



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : Mission

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

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

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

Source : CNAMTS, calculs faits par la mission

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

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

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

Source : mission

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

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

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

Source : CNAMTS

- [252] Sauf à ce que la pyramide des âges de la branche s'écarte sensiblement de la démographie générale, on peut retenir les évolutions de cette dernière. Or les perspectives générales montrent que les générations suivant celles de 1949 sont aussi nombreuses voire plus nombreuses pour certaines d'entre-elles. Si les départs dits « pour carrières longues » devraient se réduire à terme, le volume des départs classiques devrait rester au moins au niveau de celui constaté entre 2006 et 2009.
- [253] Aussi la branche maladie est en mesure de réaliser au moins le même effort que celui qu'elle vient de produire durant l'actuelle convention d'objectif et de gestion.

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

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

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

- *Concernant le contrôle interne*

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

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

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

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

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

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

- *Concernant le pilotage budgétaire*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Concernant l'architecture technique*

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

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

Observation de la mission : *vu.*

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

Observation de la mission : *vu.*

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

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

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

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

- *Concernant la production informatique*

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

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

Observation de la mission : *Vu.*

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

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

Observation de la mission : Vu.

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

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

- *Concernant la DDSI*

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

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

Observation de la mission : Vu.

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

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

- *Concernant le SIRH*

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

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

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

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

Observation de la mission : ' vu.

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

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

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

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

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

Observation de la mission : *vu.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

«Il détermine également les conditions :

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

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

- [273] La mise en œuvre de cette disposition soulève une série de questions relatives au champ du contrat et à la définition de la notion de programme national de gestion du risque.
- *Si les contrôles ne figurent pas a priori dans le champ du contrat Etat-UNCAM, les dispositions relatives aux ARS présentent en ce domaine une ambiguïté qu'il convient de clarifier*
- [274] Si l'on se réfère au périmètre de la COG actuelle, trois thèmes de responsabilité de l'assurance maladie ne figurent pas explicitement dans le périmètre du contrat UNCAM. Il s'agit des thèmes relatifs à la lutte contre la précarité en matière de santé et les inégalités en matière de santé, au périmètre de prise en charge de la tarification, et, surtout, aux contrôles et à la lutte contre la fraude.
- [275] Concernant la question des contrôles, les dispositions relatives aux compétences des agences régionales de santé introduisent en effet une ambiguïté supplémentaire.
- [276] Les missions des ARS sont définies par l'article L 1431-2 du CSP. Le 2° de cet article dispose que les ARS ont comme missions de « réguler, orienter et organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. » A ce titre, le g) du même article précise que : « Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14 [i.e. le programme pluriannuel régional de gestion du risque], elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ».
- [277] Or, la politique de contrôle est aujourd'hui contractualisée entre l'Etat et la CNAMTS dans le cadre de la COG. Celle-ci prévoit en effet l'existence d'un plan annuel de contrôle, dont les conditions de suivi sont également précisées par la COG.
- [278] Il existe donc un double problème :
- dans l'ambiguïté des textes, un conflit potentiel de compétences entre les ARS et les organismes de sécurité sociale ;
 - une question de vecteur juridique : les axes de contrôle en ce domaine doivent-ils résulter i) au plan national, du contrat Etat-UNCAM ou de la COG, ii) au plan de la déclinaison locale, du programme régional pluri-annuel de gestion du risque ou des seuls CPG ?
- [279] Les choix retenus en matière d'articulation entre le contrat Etat-UNCAM et la COG Etat-CNAMTS seront déterminants en l'espèce. La présente mission d'évaluation de la COG, comme la précédente considère que **sans précision des compétences entre l'Etat et l'assurance maladie, les engagements risquent de demeurer formels et sans effet opérationnel**. Il convient de valider par une concertation Etat / Assurance maladie la répartition des rôles, ce qui n'a été fait ni pour la COG 2006-2009, ni pour les précédentes.
- Recommandation n°17 : Veiller à préciser dans le contrat UNCAM les compétences respectives de l'Etat, des ARS et des organismes d'assurance maladie dans la définition des actions de gestion du risque, en particulier en matière de contrôle et de lutte contre la fraude**
- *La notion de programme national de gestion du risque n'est pas définie.*
- [280] L'absence de définition de ce qu'est un programme national pose une difficulté. La loi du 21 juillet donne compétence à l'UNCAM pour déterminer en accord avec l'Etat mais dans des thèmes précisés par l'article L 182-2-1-1, les actions nationales de gestion du risque qui seront ensuite déclinées en programme national.
- [281] Après avoir examiné les actions menées dans le cadre de la COG en cours d'achèvement, la mission distingue deux catégories de programme national :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- [287] Les caisses mettent en œuvre les actions nationales via les CPG.. Elles peuvent aussi conduire des actions locales (action en région Centre sur les antibiotiques, complémentaire aux programmes nationaux ; action en région Rhône- Alpes sur les IJ comportant des actions vers les entreprises, pour ne prendre que quelques exemples relevés par la mission).
- [288] L'article L. 1434-14 CSP dispose : « *le projet régional de santé fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie* ». Les CPG « *déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque* ».
- [289] Cet article modifie donc la procédure de contractualisation des CPG **qui devront à la fois décliner les programmes nationaux et décliner le programme pluriannuel régional**.
- [290] Le risque est donc de combiner une contractualisation descendante sans dialogue de gestion (modèle actuel CNAMTS / réseau) à une contractualisation remontante (ARS / réseau d'assurance maladie), dont les conditions concrètes (calendrier, procédures, arbitrages) ne sont à ce stade pas déterminées et seront, au moins initialement, largement fonction du jeu des acteurs locaux.

2.2.3. Deux scénarios sont envisageables

- [291] La bonne mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009 dépendra des choix, notamment en matière de calendrier, qui seront opérés :
- pour le **cadre national de contractualisation** entre l'Etat et la CNAMTS.
 - pour le **cadre territorial**. Les CPG assument avec la loi du 21 juillet un double rôle : décliner les priorités nationales de la CNAMTS (en tous domaines) et décliner les priorités régionales arrêtées par l'ARS (en matière de gestion du risque). En conséquence, l'outil de pilotage de la CNAMTS devient d'une certaine manière un outil partagé avec les ARS, ce qui requiert qu'une grande précision soit apportée aux modes coopératifs et contractuels.
- [292] L'existence de deux niveaux de contractualisation avec les mêmes acteurs⁴⁴ pose une série de questions. La première concerne l'articulation des négociations et leur enjeu respectif. La seconde est celle de l'opérationnalité du dispositif. L'enchaînement de deux contrats coordonnés entre eux sur la gestion du risque présente le danger de retarder à l'excès la négociation des moyens, qui reste le fondement des COG.

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

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

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

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

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

Inconvénients :

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

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

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

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

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

Inconvénient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- [303] Les choix d'organisation de la branche maladie ne facilitent pas la mise en œuvre des actions de gestion du risque (cf. supra point 1.4.3.) La question de l'articulation entre le niveau géographique et les compétences médicales et administratives se pose de nouveau avec la création des agences régionales de santé (ARS).
- [304] Si les URCAM et les services de l'assurance maladie des CRAM (à l'exception du service social et de l'appareillage) sont intégrés dans les ARS, seuls les services chargés de la prévention et de l'organisation des soins des DRSM y seront intégrés. Les CPAM d'une part et les DRSM d'autre part, constitueront le réseau territorial de l'assurance maladie. Dans cette configuration la responsabilité de conduire les actions de gestion du risque reste partagée entre la DRSM qui mutualise au niveau régional les compétences médicales et les CPAM qui détiennent les compétences administratives.
- [305] Se pose en outre la question du positionnement des DAM : les investigations montrent que ce dispositif se heurte à certaines difficultés dont la résolution nécessite une réflexion approfondie.
- [306] Au bilan, le dispositif actuel, par ses multiples coordinations, manque de simplicité et d'efficacité. Deux options sont ouvertes :
- celle de donner aux DRSM la responsabilité de la conduite des programmes de gestion du risque et d'y rattacher fonctionnellement les DAM ; cette formule a le mérite de donner la compétence à un service déconcentré de la CNAMTS et d'afficher encore plus nettement le caractère médicalisé de ces actions d'accompagnement et de contrôle. Elle présente l'inconvénient de réduire le rôle des CPAM en matière de gestion du risque ce qui suscitera de fortes réticences dans le réseau.
 - celle de poursuivre dans la voie de coordinations entre organismes ; un des directeurs de CPAM ou de DRSM serait nommé représentant des organismes et services au sens de la loi du 21 juillet ; cette formule serait plus facile à mettre en œuvre parce qu'elle est le prolongement des choix déjà opérés sur la coordination de la gestion du risque, et qui comporte les inconvénients soulevés par la mission.

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

- [307] Les actions régionales complémentaires de gestion du risque seront **concertées** par l'ARS avec le « **représentant au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie** » ce qui laisse entendre qu'une fonction de directeur coordonnateur du risque serait consolidée dans chaque région et chacun des trois régimes. Mais la loi précise que le projet régional de santé qui intègre le programme pluriannuel régional de gestion du risque qui recouvre les actions nationales et les actions régionales est **contractualisé** avec « **les directeurs des organismes** » (les caisses) et « **services d'assurance maladie** » (les directions régionales du service médical qui sont des services déconcentrés de la CNAMTS).
- [308] Il y a donc :
- dans un cas (conception des actions de gestion du risque), décision unilatérale de l'ARS après concertation avec un représentant du régime ;
 - dans l'autre (mise en œuvre du PRS), contrat entre l'ARS et chaque organisme et service du régime (soit : CPAM et DRSM pour le régime général).

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

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

Agnès JEANNET

Thierry BRETON

Philippe LAFFON

Dr Sylvain PICARD

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

(Les observations détaillées ont été intégrées dans le rapport)

Caisse Nationale

Le Directeur Général

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

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

39-43 quai André Citroën
75 739 PARIS CEDEX 15

Date : 4 MAR. 2010

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

Monsieur,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ainsi, l'ensemble de ces éléments devraient conduire à être plus précautionneux quant à la capacité de mobilisation à court et moyen terme des gains de productivité supposés. Les estimations de la mission apparaissent ainsi surestimées.

Enfin, concernant les **systèmes d'information** (qui ont fait l'objet d'un traitement partiel par la mission IGAS), la mission IGAS porte un regard critique. Elle souligne notamment la répartition sur 9 sites de la production informatique et la localisation sur 17 sites de la direction déléguée aux systèmes d'information. Les marges de progrès restent certes importantes. La consolidation menée au cours des quatre dernières années en matière de gestion de la roadmap et de gestion des ressources ainsi que l'intensification de la charge de développement demandée à la fonction informatique ne doivent toutefois pas être sous-estimées. La consolidation des systèmes d'information représentera certes un enjeu important pour la branche au cours de la période de la prochaine COG.

En conclusion, au-delà de la qualité et de l'intérêt des échanges auxquels la mission de l'IGAS a donné lieu, les analyses des rapporteurs ont d'ores et déjà constitué une base de travail conséquente dans le cadre de la préparation de la prochaine COG. La prochaine convention d'objectif et de gestion sera l'occasion de renforcer et d'approfondir les politiques menées au cours des dernières années.

A l'appui de ces observations, vous trouverez en pièce jointe des observations plus détaillées en réponse au rapport.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.



Frédéric van ROEKEGHEM

Réponse de la mission aux observations du directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Les réponses ont été intégrées à la suite de chaque paragraphe concerné du rapport. Néanmoins, quatre de ces observations nécessitent des développements particuliers mentionnés ci-dessous.

1.

Concernant la gestion du risque, la Caisse nationale regrette que la mission IGAS n'ait consacré qu'une « partie limitée de ses analyses à cette mission essentielle de la branche ». La mission souligne qu'elle a consacré une annexe entière (l'annexe n° 1) au développement des actions de gestion du risque sur la période 2006 -2009. Cette analyse porte sur la maîtrise médicalisée des dépenses, les contrôles et la lutte contre la fraude.

La Caisse nationale conteste le rattachement des délégués de l'assurance maladie aux directions régionales du service médical proposé par la mission IGAS. Les arguments présentés par la Caisse nationale sont de deux ordres : les délégués assurent des fonctions qui ne sont pas strictement médicales, la nécessité d'un travail en commun entre les fonctions administratives portées par les caisses primaires et les fonctions médicales portées par les directions régionales du service médical serait amoindrie par ce rattachement. La mission, tout en reconnaissant que « la redéfinition de processus communs et partagés » entre les caisses primaires et le service médical constitue dans l'immédiat une voie de progrès, maintient que le pilotage des délégués devrait relever à terme du service médical dès lors que leur mission contribue bien à la finalité poursuivie par la Caisse nationale, celle de modifier le comportement de prescription des professionnels de santé ; leur action marginalement administrative constitue un des leviers aux côtés des actions qui sont strictement réservées aux praticiens (les échanges confraternels). L'unification du pilotage dans une seule main celle du service médical paraît gage d'efficacité et éviterait les difficultés de coordination constatées par la mission.

2.

La mission ne partage pas l'analyse de la caisse nationale sur les doubles comptes pouvant exister entre les gains de productivité résultant de la réduction des écarts de productivité et ceux provenant d'une progression de la dématérialisation. La CNAMTS estime que l'on ne peut pas les additionner, l'augmentation du taux de FSE étant déjà comptabilisée dans la réduction des écarts de productivité. Cette dernière se traduirait automatiquement par une convergence vers les taux de dématérialisation les plus élevés et in fine par une amélioration du taux national de FSE.

Le taux de progression de la dématérialisation est effectivement un moyen pour améliorer la productivité globale. Mais le risque de doublons ne peut être que marginal. La mission a montré que la part des écarts de productivité qui s'observent au sein de chaque processus était très importante. En outre la corrélation entre taux de dématérialisation et productivité ne vaut que lorsque les leviers à disposition des caisses ont permis d'adapter l'organisation et les moyens que les caisses mobilisent pour traiter les feuilles de soins dans leurs différentes formes ; les taux de dématérialisation peuvent être bons et la productivité globale mauvaise. Enfin l'activité des caisses

ne se résument pas au traitement des feuilles de soins, même si celui-ci occupe une partie significative des moyens.

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

3.

La réduction des écarts de productivité n'est qu'un moyen pour continuer à améliorer la productivité globale de la branche. Elle n'est pas antinomique avec une progression globale de la productivité. Il s'agit avant toute chose de demander aux caisses les moins productives des efforts plus importants pour rejoindre les meilleures.

Concernant le taux de remplacement, la mission estime que, globalement, les départs à la retraite à venir permettront de maintenir le rythme de productivité constaté ces dernières années. Elle n'ignore pas que les situations des caisses peuvent être très différentes. Il serait possible de construire une trajectoire caisse par caisse si les perspectives de départs à la retraite étaient connues de la caisse nationale.

Compte tenu, d'une part des écarts de productivité considérables qui existent entre caisses, pourtant de tailles identiques, globalement ou processus par processus, et d'autre part des perspectives de départs à la retraite, la branche est tout à fait en mesure de reproduire l'effort qu'elle a réalisé jusque là. S'agissant des organismes en tension, ni la mission ni les interlocuteurs qu'elle a rencontrés n'ont été en mesure de les objectiver.

4.

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

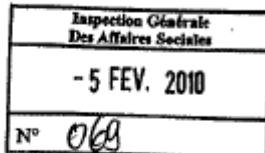
Observations de la direction de la sécurité sociale

2009-133



Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat
Ministère de la santé et des sports

Direction de la Sécurité sociale
DSS/SD4/TF



Paris, le

1 FEV. 2009

Note à M Pierre Boissier
Chef de l'IGAS

Objet : projet de rapport IGAS sur la COG CNAMTS 2006-2009

PJ : tableau des propositions

Vous avez bien voulu me transmettre le projet de rapport relatif à l'évaluation de la COG 2006-2009.

Je partage très largement les principaux constats de la mission sur cette évaluation:

- des résultats significatifs en matière d'efficience globale obtenus avec un gain de productivité de 9% et une réduction de 5000 ETP, soit près du double de ce qui était prévu par la COG ;
- une qualité de service qui s'est globalement améliorée (déploiement de l'offre de service sur internet, mise en place de parcours dédiés pour certains publics) à l'exception de la gestion de la délivrance de la carte vitale 2 ;
- la mise en place de programmes nationaux en matière de gestion du risque qui a constitué, indéniablement, un progrès important dans le pilotage de ces opérations, même si comme le souligne le projet de rapport, les résultats sont encore trop hétérogènes, notamment du fait de la complexité de l'organisation retenue (coordination entre réseaux médical et administratif, place incertaine du directeur coordonnateur....) ;
- un investissement nouveau réalisé en matière de lutte contre la fraude avec à la fois une structuration au niveau national et des plans d'actions déclinés dans le réseau ;
- des progrès réalisés en matière de systèmes d'information restant beaucoup trop limités ;

Sur ce dernier point, je ne peux que prendre acte du fait que la mission n'a pas souhaité procéder à une évaluation des résultats de la COG en matière de système d'information.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de le souligner auprès des membres de la mission, je considère ce volet des COG comme primordial et son exclusion limite la portée de l'évaluation. La DSS comme vous le savez envisage de disposer d'un budget pour pouvoir compléter l'expertise de l'IGAS par des missions de cabinets spécialisés.

Sur la forme de la COG, le pré-rapport critique d'une certaine manière l'ambition trop large de la convention, conduisant à des engagements souvent trop généraux, sans objectifs précis ni indicateurs. Si le repositionnement de la CNAMTS sur les politiques de gestion du risque, consécutif à la loi du 13 août 2004, explique en grande partie cette situation, je souligne également la nécessité de ne pas réduire la COG à un simple catalogue de « fiches-actions », sans cadrage stratégique partagé entre les signataires. Comme la DSS a souhaité le faire avec les COG plus récentes (COG CNAF, CNAV ou AT/MP) il me semble possible de concilier une rigueur dans la définition des engagements respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie, des objectifs et des indicateurs avec des orientations stratégiques clairement définies

Vous trouverez ci-joint les réponses détaillées sur les propositions de la mission. Je souhaite attirer plus particulièrement votre attention sur trois sujets :

- la réseau de l'assurance maladie doit effectivement continuer à dégager des gains de productivité significatifs, en lien avec la poursuite de la montée en charge de la dématérialisation des feuilles de soins papier ; la mise en œuvre de la contribution forfaitaire sur les feuilles de soins papier est à cet égard très importante ;
- cette exigence passe également par un accroissement des efforts de mutualisation et une réduction des écarts de performance entre les caisses ;
- à la faveur de la création des ARS et des enseignements de la COG 2006-2009, le régime général doit poursuivre le renforcement au niveau régional des politiques de gestion du risque et de lutte contre la fraude, au travers de processus médicaux et administratifs davantage intégrés ;
- sur l'articulation de la négociation du contrat Etat UNCAM avec la négociation de la COG, nous avons effectivement retenu la proposition des rapporteurs d'une discussion quasi simultanée sur ces deux outils pour en assurer la cohérence, la signature de la COG devant intervenir rapidement après celle du contrat Etat UNCAM.

Le Directeur de la Sécurité Sociale



Dominique LIBAULT

TABLEAU DES PRECONISATIONS DU RAPPORT IGAS POUR LA COG CNAMTS 2010-2013

N°	Recommandations IGAS	Observations DSS
1	Fixer dans la COG un objectif de 90% à 95% pour le taux de dématérialisation des feuilles de soins en utilisant notamment le levier de la contribution forfaitaire pour couvrir à terme le traitement d'une feuille de soins et d'un autre document papier	Accord sur l'objectif. Le levier principal pour atteindre cet objectif est en effet la mise en œuvre de l'article L161-35 du CSS, modifié par la loi du 21 juillet 2009, sachant que la négociation conventionnelle doit être dans un premier temps privilégiée.
2	Fixer dans la COG un objectif de dématérialisation des DSIJ entre 30% et 40% d'ici la fin de la convention.	Accord sur le principe en prévoyant une obligation réglementaire de dématérialisation envers les employeurs. Néanmoins, pour permettre la totalité des gains de productivité indiqués par l'IGAS (-1600 ETP), il faut préalablement régler le problème d'injection des données dans le système d'information de la CNAMTS pour éviter les saisies manuelles. En effet, actuellement les agents affectés aux IJ doivent imprimer les déclarations électroniques pour les saisir faute d'injecteur direct dans le système.
3	La COG devrait prévoir un objectif ambitieux de réduction des écarts de productivité. La CNAMTS doit renforcer son dispositif de pilotage de la réduction des écarts : mettre en place un suivi de la relation volume d'activité/productivité, définir des trajectoires caisse par caisse, rendre les taux de remplacement plus discriminants, augmenter le poids des objectifs de productivité dans les CPG.	Un objectif de ce type était prévu dans la COG 2006-2009 mais n'a pas été atteint. L'objectif doit être repris dans la nouvelle COG en étant plus contraignant sur les moyens et outils permettant effectivement de réduire les écarts.
4	Etendre le champ et la portée de la prime de résultat.	Le coût financier d'une telle mesure, si on l'étend à tous les niveaux 7 comme préconisé, est important. De plus, en articulation avec la recommandation n°5, cela conduirait à modifier la répartition de la part variable au détriment des rémunérations des catégories non cadre.
5	A l'occasion de la négociation d'un prochain accord d'intéressement, renforcer la part locale et limiter les mécanismes permettant « d'assurer » le bénéfice de l'intéressement à toutes les caisses.	Il conviendrait en effet comme le suggère la mission, de réfléchir à un perfectionnement du mécanisme d'intéressement pour le rendre plus orienté vers la performance.
6	Définir une stratégie nationale de mutualisation s'appuyant notamment sur les résultats des projets déjà expérimentés par les caisses et intégrant de nouvelles expérimentations sur un ou plusieurs des processus les plus importants (le traitement des feuilles de soins par exemple).	Il convient, en effet, de renforcer le pilotage national de la démarche de mutualisation et de définir les objectifs prioritaires à mettre en œuvre pour étendre à l'ensemble du réseau les expérimentations de mutualisation ayant démontré leur impact positif en termes de gains de productivité comme de qualité du service rendu aux assurés. Il s'agira notamment de s'interroger sur les mutualisations possibles en matière de production, dimension qui n'a pas été développée par la mission.
7	La COG devrait prévoir un engagement de la CNAMTS à fournir, à	Cet objectif doit en effet a minima être fixé dans la COG

TABLEAU DES PRECONISATIONS DU RAPPORT IGAS POUR LA COG CNAMTS 2010-2013

N°	Recommandations IGAS	Observations DSS
	échéance de deux ans, une étude sur l'organisation optimale du réseau en matière de production, de management et de pilotage.	
8	Pour la prochaine COG, fixer à la branche maladie un objectif de gains de productivité en moyenne de 2,33% par an, ce qui conduirait à ne pas remplacer environ 5000 départs à la retraite (hors redéploiements).	Ce point fera l'objet de négociation dans la COG. Les gains de productivité doivent permettre de poursuivre sur un rythme élevé de non remplacement des départs à la retraite
9	Organiser la fonction de gestion des risques et engager une révision de la cartographie des risques.	La DSS partage le diagnostic posé par la mission IGAS d'une incomplétude de la cartographie des risques de la CNAMTS ainsi que la recommandation qui en découle de couvrir l'intégralité des activités de la branche par la démarche de maîtrise des risques.
10	Etendre les PMS à tous les macroprocessus en y intégrant les directions de l'établissement public.	Sur l'extension à tous les macroprocessus, cf. recommandation n°9. Sur l'extension des PMS à l'établissement public, celui-ci ne relève pas du code de la sécurité sociale pour sa comptabilité et son contrôle interne mais de la comptabilité publique (instruction comptable M91). La DSS s'interroge, en conséquence, sur la faisabilité de la recommandation qui doit être davantage expertisée.
11	Créer une fonction de synthèse budgétaire au sein de l'établissement public.	Pas de commentaire sur cette proposition
12	Etablir les bases budgétaires de la future COG à partir du niveau d'exécution 2009. Prévoir la conclusion obligatoire d'un avenant pour annuler les autorisations de crédits lorsque le montant cumulé de celles qui ont été reportées dépassent un seuil qui est à fixer.	L'établissement des bases COG se fait déjà, habituellement, en fonction de l'exécuté de la dernière année. La DSS souligne le risque d'incitation à la consommation de crédits d'un durcissement des règles de report. Par ailleurs, elle rappelle que la procédure d'un avenant annuel se révèle lourde à mettre en œuvre. Enfin, il faut noter que les règles budgétaires actuelles n'entraînent pas au sens strict un report automatique des crédits (même si la décision d'annulation appartient unilatéralement à la CNAMTS)
13	La prochaine COG devrait prévoir la fourniture impérative, à une échéance d'un ou deux ans, d'un schéma directeur donnant la cible fonctionnelle à moyen/long terme. Ce schéma devra obtenir l'approbation de l'Etat. Dans l'attente, suspendre tout lancement de nouveau projet de portée stratégique.	Accord avec cette proposition ; la CNAMTS doit fournir impérativement un schéma directeur du système d'information. Quant au délai, la COG devrait prévoir la transmission du SDSI à l'Etat 6 mois à 1 an après signature de la convention
14	La prochaine COG devrait comporter un engagement fort en matière de réorganisation de la fonction de production des systèmes d'information. La fourniture d'un schéma cible et d'un calendrier au plus tard à mi-convention suivi d'un début de mise en œuvre serait un minimum.	Accord avec cet objectif de réorganisation de la fonction production du SI de l'assurance maladie avec un schéma cible à mi-convention et le lancement de la mise en place dès 2012. Cette action doit s'articuler impérativement avec l'organisation de la DDSI notamment la fonction

TABLEAU DES PRECONISATIONS DU RAPPORT IGAS POUR LA COG CNAMTS 2010-2013

N°	Recommandations IGAS	Observations DSS
		développement au regard des effectifs et des compétences informatiques (départs en retraite, reconversion, parcours professionnel).
15	La COG devrait prévoir un engagement de la CNAMTS quant à la fourniture au plus tard à mi-COG d'une cible d'organisation de la DDSI, pour un début de mise en œuvre en deuxième partie de convention.	Le périmètre de la DDSI n'est pas suffisant. La cible d'organisation du secteur systèmes d'information de la CNAMTS doit impérativement couvrir 3 volets : une maîtrise d'ouvrage dédiée aux partenaires (AMC, PS, ASIP, etc), une coordination des maîtrises d'ouvrage métier de la CNAMTS et une maîtrise d'œuvre informatique qui pilote les fonctions production et développement.
16	Effectuer une revue de projet de la migration vers le logiciel de la CNAF compte tenu des enjeux en termes de compétences informatiques que le projet comporte et tendre vers une unité des outils de pilotage RH à la disposition des caisses.	La revue de projet de la migration du SIRH CNAF à la CNAMTS doit aussi comporter l'évaluation de la capacité logiciel par rapport aux volumes des données à traiter. Quant à l'unité des outils SIRH pour les caisses nationales de sécurité sociale, une étude peut être menée pour évaluer les avantages et les inconvénients d'un outil unique et d'outils différents y compris la fonction très importante d'intégration dans les SI des caisses.
17	Veiller à préciser dans le contrat UNCAM les compétences respectives de l'Etat, des ARS et des organismes d'assurance maladie dans la définition des actions de gestion du risque, en particulier en matière de contrôle et de lutte contre la fraude.	Une clarification sur les compétences respectives en matière de contrôle est en effet souhaitable.
18	Veiller à définir dans le contrat UNCAM les deux catégories de programmes nationaux : ceux d'application directe et ceux qui peuvent faire l'objet d'adaptations locales.	Dès lors qu'un programme national est adopté, il doit être mise en œuvre dans toutes les régions. Il peut et doit exister des marges de manœuvre locales sur les modalités fines de déploiement des programmes, sans que cela nuise à la cohérence nationale des actions qui en découlent.
19	Prévoir dans la COG un engagement de l'Etat à mobiliser la HAS sur les demandes de référentiels formulées par la CNAMTS.	Le dialogue entre l'Etat et la HAS dans le cadre de son programme de travail annuel doit permettre de favoriser la mise en œuvre de cette recommandation. De la même façon, le projet stratégique de la HAS doit aussi favoriser l'intégration des demandes de la cnamts ; dans le même temps, la HAS demeure une autorité administrative indépendante
20	Quel que soit le scénario retenu, négocier en même temps le contrat UNCAM et la COG CNAMTS.	Accord, la signature de la COG devant suivre dans un délai rapproché la signature du contrat UNCAM.
21	La mission juge que l'approfondissement de la gestion du risque permet et justifie d'envisager un rattachement fonctionnel des DAM au DRSM et de positionner celui-ci comme responsable de la gestion du risque au niveau régional.	La cohérence des interventions des DAM et des praticiens conseils doit être renforcée. Le rattachement fonctionnel des DAM au DRSM n'est cependant pas le seul schéma possible et risquerait de priver les CPAM d'un de leur principal levier en matière de gestion du risque. La DSS est

TABLEAU DES PRECONISATIONS DU RAPPORT IGAS POUR LA COG CNAMTS 2010-2013

N°	Recommandations IGAS	Observations DSS
		réservée sur cette proposition
22	Lever les ambiguïtés sur les pouvoirs respectifs i) du représentant en charge de la définition des actions régionales et ii) des caisses ou services de l'assurance maladie en charge de la mise en œuvre du projet régional de santé par contrat avec l'ARS.	Le projet de décret relatif à la gestion du risque devrait permettre de fixer un cadre d'action aux différents acteurs
23	Préciser les conditions de mise en œuvre opérationnelle des engagements qui relèvent d'une compétence partagée entre l'Etat et l'assurance maladie. A défaut ne pas contractualiser sur un champ large mais sur le seul champ des compétences propres de la CNAMTS.	Accord sur cette recommandation qui devra être mise en œuvre dans la COG CNAMTS comme dans le contrat Etat UNCAM pour mieux définir ce qui relève d'engagements de l'Etat ou de l'assurance maladie
24	Réduire le nombre d'objectifs et en assurer un suivi régulier sur toute la durée de la COG. Ceci suppose aussi une mise en cohérence des objectifs à suivre et des indicateurs utiles au suivi.	Accord sur la nécessité de réduire le nombre d'indicateurs et de standardiser le reporting. Ces indicateurs devront aussi être cohérents avec les PQE.
25	Si la CNAMTS entend dans les années à venir faire du dispositif des DAM son vecteur privilégié de communication auprès de professionnels de santé dans le domaine de la maîtrise médicalisée, il est nécessaire de rattacher les DAM aux DRSM.	Idem que l'item 21
26	La mission souligne que la CNAMTS devra pour le développement du CAPI établir un lien avec le dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles conduit par la HAS. Ce point mérite de faire l'objet d'une discussion approfondie entre la HAS et la CNAMTS	Cette recommandation devra être appréciée au regard des conditions de déploiement du nouveau dispositif, le DPC, qui remplace l'EPP et la FMC
27	La mission préconise que les dispositions soient rapidement prises pour que puissent être produits les profils de prescription par service, voire par praticien hospitalier, car le bénéfice de la connaissance du seul profil d'un établissement de santé dans son ensemble est nettement insuffisant en la matière.	Cet objectif devra effectivement être précisé dans la future COG. Le déploiement du RPPS devrait y contribuer.
28	Il convient d'harmoniser les pratiques de sanction entre les ARH. Il est également souhaitable que les hôpitaux se dotent d'un dispositif de contrôle interne de la facturation afin de réduire le risque de sanction.	Les établissements de santé disposent dès à présent d'un département de l'information médicale (DIM) chargé de la valorisation financière de l'activité. A ce titre, il est chargé du contrôle de l'exhaustivité des saisies et du contrôle de la qualité du codage des soins. Pour ces raisons il existe un lien très fort entre le contrôle de gestion et le DIM. Toutefois, le rapport de la DGCP en date du 28 janvier 2008 précise que cette fonction devrait être valorisée davantage.
29	Instaurer un dialogue de gestion plus nourri pour prendre en compte des spécificités ou actions régionales.	Accord avec cette proposition
30	Rendre plus visibles les actions de portée pluriannuelle.	Accord avec cette proposition

TABLEAU DES PRECONISATIONS DU RAPPORT IGAS POUR LA COG CNAMTS 2010-2013

N°	Recommandations IGAS	Observations DSS
31	Modifier les règles de classement des organismes.	Accord avec cette proposition
32	Rendre plus discriminants les objectifs.	Accord avec cette proposition
33	Clarifier la mise en œuvre des objectifs communs aux organismes locaux.	Accord avec cette proposition
34	La mise en place d'une comptabilité analytique complète devrait être un des engagements prioritaires de la prochaine COG.	Accord avec cette proposition
35	Développer les échanges de données informatisés entre les systèmes d'informations médicaux et administratifs.	Accord avec cette proposition sur la base d'une stratégie clairement établie sur ces échanges
36	Développer les interfaces entre les plateformes internes et les systèmes d'information de production.	La DSS ne comprends pas cette proposition
37	Suivre, caisse par caisse, l'organisation de la production des caisses.	Accord avec cette proposition
38	Réaliser un balayage et, à chaque fois que possible une simplification, en collaboration avec les équipes de la branche, des dispositions réglementaires.	Le rapport estime que l'un des leviers de l'amélioration de la productivité des caisses est la simplification de la réglementation. La volonté de simplification des règles ne peut qu'être partagée, elle doit toutefois être compatible avec l'objectif de renforcement de lutte contre la fraude et d'équité de traitement des assurés. Une simplification de la réglementation concernant la part forfaitaire des aides au logement (forfait logement) prise en compte dans le calcul des ressources des demandeurs de la CMUC a été apportée en loi de finances 2008 : unification et simplification des règles de calcul du forfait logement entre primo-demandeurs et demandeurs de renouvellement.
39	Maintenir l'objectif de délai de paiement de la première IJ non subrogée. Ajouter un indicateur de temps de traitement par les caisses, calculé entre la date de réception du dossier par la CPAM et le versement de la première IJ non subrogée.	La COG 2006-2009 prévoyait un pourcentage de dossiers IJ traités dans un délai < 30 jours. L'objectif n'a pas été atteint : seuls 42 % des dossiers IJ sont traités en moins de 30 jours (objectif : 80%). Le délai moyen est aujourd'hui de 47 jours. L'objectif ne peut être atteint selon la CNAMTS car il n'y a pas de dossiers en instance mais souvent l'employeur met du temps à envoyer le dossier. Ce délai est généralement sans conséquence pour l'assuré car, compte tenu des délais inhérents aux opérations de paye, il est payé normalement par son employeur même s'il est en arrêt. L'indicateur n'est donc pas réellement significatif de l'activité des caisses et de la qualité de service. Il doit être affiné ou modifié et l'ajout d'un indicateur de traitement par les caisses, calculé entre la date de réception du dossier par la CPAM et le versement de la première IJ, peut être une piste à emprunter pour la prochaine COG.
40	En complément de l'indicateur prévu à la COG, la CNAMTS devrait suivre un indicateur sur le délai de délivrance de la carte VITALE 2 imputable aux	Le problème est similaire à la recommandation n°39. En effet, le pourcentage de cartes Vitale diffusées à moins de 21 jours est de 85%

TABLEAU DES PRECONISATIONS DU RAPPORT IGAS POUR LA COG CNAMTS 2010-2013

N°	Recommandations IGAS	Observations DSS
	seules caisses,	pour le remplacement des cartes perdues ou volées car, dans ce cas, les assurés sont demandeurs et préparent mieux leur dossier. Pour les demandes de première carte, le taux de délivrance est moins bon, les dossiers étant moins bien constitués. L'indicateur proposé, qui ne prendrait date qu'une fois le dossier complet, permettrait donc de mieux apprécier le travail des CPAM.
41	Faire évoluer les indicateurs de satisfaction de sorte que les résultats soient lisibles et que les caisses identifient mieux les leviers d'amélioration mobilisables.	Accord avec cette proposition
42	Fixer un objectif de réduction des écarts entre caisses quant au déploiement de tous les téléservices.	Accord avec cette proposition
43	Accélérer le déploiement des parcours attentionnés. Les évaluer.	Accord avec cette proposition

Réponse de la mission aux observations du directeur de la sécurité sociale

Le directeur de la sécurité sociale partage les principaux constats de la mission sur l'évaluation de la COG 2006-2009, la nécessité de resserrer les objectifs pour la future COG en les assortissant d'indicateurs de suivi enfin, du choix d'une négociation parallèle et simultanée de la COG et du contrat entre l'Etat et l'UNCAM.

Cependant, il regrette que la mission n'ait pas procédé à une évaluation des résultats de la COG en matière de systèmes d'information. La mission rappelle qu'elle a consacré une partie de ses travaux aux systèmes d'information de la branche maladie. En tout état de cause il n'est pas possible dans un bilan de COG d'y consacrer une part plus importante. En outre, comme la mission l'a souligné à plusieurs reprises, elle a recherché la complémentarité de son intervention avec celle de la Cour des comptes qui a réalisé sur la même période un audit général des systèmes d'information de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

La mission ne peut qu'encourager la Direction de la sécurité sociale à mobiliser des crédits pour faire expertiser les SI de la branche maladie. La mission rappelle néanmoins que de nombreux audits ont déjà été réalisés, et que la situation des systèmes d'information est déjà assez largement connue. Un nouvel audit n'aurait que peu de valeur ajoutée.

Par contre l'absence d'une cible fonctionnelle et technique, ou l'éclatement territoriale de la DDSI sont des difficultés très sérieuses. Alors que la CNAMTS s'engage dans l'élaboration d'un schéma directeur et dans la réorganisation de la DDSI, le recours à un cabinet pourrait aider la DSS dans son rôle de tutelle sur deux sujets particulièrement stratégiques.

Observations de la Direction du Budget



DIRECTION DU BUDGET

Paris, le 11 DEC. 2009

YÉLÉDOC 274
138, RUE DE BERCY
75572 PARIS CEDEX 12

LE MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES
PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA REFORME DE L'ÉTAT

Affaire suivie par Philippe DELAGE
Bureau 6BCS
Téléphone : 01 53 18 74 81
Télécopie : 01 53 44 69 31
N° DF-6BCS-09-3223

à Monsieur le Chef de l'Inspection Générale
des Affaires Sociales
Section des rapports
39-43 quai André Citroën
75739 Paris cedex 15

Objet : Rapport provisoire de la bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 signée entre l'État et la CNAMTS et recommandations pour la future convention.

Vous avez bien voulu me transmettre le rapport provisoire cité en objet dans le cadre de la procédure contradictoire. Ce document, dont la direction du Budget a pris connaissance avec grand intérêt, appelle les observations suivantes.

S'agissant des engagements et du suivi de la COG, la direction du Budget partage l'analyse de la mission selon laquelle les indicateurs, comme d'ailleurs les objectifs, doivent être hiérarchisés et en nombre limité.

Concernant la gestion du risque, le rapport indique que les résultats de la maîtrise médicalisée sont significatifs tout en relevant que les objectifs ne sont pas atteints. La direction du Budget considère que l'évaluation de ces résultats pourrait utilement faire l'objet d'une étude spécifique. A cet égard, le HCAAM, dans son rapport de l'année 2009, estime que l'attachement à l'objectif d'optimisation de la qualité des soins « ne doit pas voiler la nécessité d'accélérer l'obtention de résultats plus mesurables sur la pratique médicale et que la maîtrise médicalisée doit faire les preuves de son efficacité pour rester un élément de la régulation, permettant d'orienter de manière plus optimale les priorités budgétaires ». La direction du Budget considère que les résultats obtenus en la matière sont inégaux, certaines actions ayant conduit à des résultats significatifs (génériques, statines, IPP, antibiotiques), d'autres devant être améliorées (ALD, indemnités journalières). Des objectifs ambitieux de réduction des dépenses doivent être définis dans la prochaine COG.

Sur le plan de la gestion administrative, la mission formule différentes recommandations, partagées par la direction du Budget, qui doivent permettre de dégager des gains de productivité importants au cours des prochaines périodes conventionnelles. Elle observe que si les engagements pris au cours de la période conventionnelle actuelle en matière d'efficacité de la branche ont été respectés, voire dépassés pour certains, des marges demeurent.

La mission constate que des écarts de productivité entre caisses, non justifiés par une différence de volume d'activité, subsistent. Elle évalue à 12 000 ETP l'impact sur l'emploi de la réduction de ces écarts. La direction du Budget souscrit à la démarche de la mission.

A
MINISTÈRE DU BUDGET
DES COMPTES PUBLICS
DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

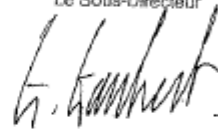
REF-1260430035-036-78

- 2 -

Sur le plan budgétaire, la direction du Budget souscrit aux recommandations relatives à l'attention qui doit être portée au calibrage de la programmation initiale, d'une part, ainsi qu'à l'introduction de règles budgétaires permettant l'annulation en cours de COG d'autorisations budgétaires manifestement surévaluées en début de COG.

Enfin, la direction du Budget partage l'analyse de la mission relative aux modalités de réorganisation du réseau et du renforcement de son pilotage. Elle souhaite également qu'une réflexion visant à déterminer l'échelon optimal de pilotage de chaque processus de production et des fonctions de gestion de l'assurance maladie soit menée. Dans l'immédiat, à l'horizon de la prochaine COG, la direction du budget estime également nécessaire que la branche définisse une stratégie nationale de mutualisation sur la base des expérimentations déjà engagées sur les fonctions de production.

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur du Budget
Par empêchement du Directeur du Budget
Le Sous-Directeur



Guillaume GAUBERT