

## **Chapitre IV**

### **Le réseau d'alerte**

---

**PRESENTATION**

---

*En application de l'article LO 132-3 du code des juridictions financières, la Cour présente chaque année, dans le présent rapport, une synthèse des contrôles des organismes de sécurité sociale. Depuis 2008, ceux-ci sont réalisés dans un cadre rénové suite à la suppression des comités régionaux d'examen des comptes (COREC) et grâce à la montée en charge du réseau d'alerte.*

*Avec l'assistance des caisses nationales et des administrations de tutelle, la Cour a mis en place une procédure de traitement d'une dizaine d'indicateurs par branche qui rendent compte de la diversité des domaines de gestion des organismes et permettent de cibler les contrôles sur les situations les plus problématiques.*

*Dans le cadre du réseau d'alerte, les efforts ont été concentrés en 2008 sur les branches maladie, recouvrement et famille du régime général ainsi que sur les caisses de la mutualité sociale agricole qui connaissent ou vont connaître d'importantes restructurations. Avec l'appui des auditeurs de la direction générale des finances publiques, de la direction de la sécurité sociale et des services de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole, la Cour a ainsi contrôlé cinq CPAM, quatre CAF, quatre URSSAF et cinq caisses ou fédérations de MSA, soit 18 organismes. Il est rendu compte ci-après de ces différents travaux ainsi que d'une analyse de la situation des CGSS<sup>88</sup>, sous l'angle de leur pilotage par les caisses nationales.*

---

## **I - Les contrôles dans le cadre du réseau d'alerte**

### **A – L'évolution des réseaux**

#### **1 – L'évolution quantitative**

Il y avait fin 2008 733 organismes de sécurité sociale contre 1 077 en 1998. La diminution tient essentiellement à la refonte des régimes des mines et des industries électriques et gazières, à la mise en place du régime social des indépendants et à l'engagement de la refonte du régime agricole. Le tableau de la page suivante retrace les évolutions quantitatives qui ont affecté l'ensemble des organismes de sécurité sociale entre 2007 et 2008.

---

88. Caisses générales de sécurité sociale.

### Les organismes de sécurité sociale en 2009

		Organismes de sécurité sociale		Organismes de regroupement		Organismes conventionnés	
		Fin 2007	Fin 2008	Fin 2007	Fin 2008	Fin 2007	Fin 2008
Régime général	UCANSS	1	1				
	Têtes de réseau	4	4				
	CRAM et CRAV	18	18				
	CPAM	128	128				
	CAF	123	123				
	URSSAF	101	98				
	Unions et fédérations			98	98		
	CGSS et assimilées	6	6				
	SLI-SLM-Mutuelles					37	37
<b>Sous-total</b>	<b>381</b>	<b>378</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	
Autres réseaux	Têtes de réseau	3	3				
	Organismes MSA	50	38	41	41	1	1
	Caisses du RSI	30	30			118	58
	Caisses des mines	7	7				
	URCAM			22	22		
<b>Sous-total</b>	<b>90</b>	<b>78</b>	<b>63</b>	<b>63</b>	<b>119</b>	<b>59</b>	
Autres	CAMIEG	1	1				
	CNIEG	1	1				
	Autres régimes spéciaux	18	18				
<b>Total général</b>		<b>Fin 2007 : 808</b>				<b>Fin 2008 : 733</b>	

Source : DSS, CNAMTS, CNAF, CNAVTS, ACOSS, retraitement Cour.

Hormis le réseau MSA, qui évolue désormais rapidement et, dans une moindre mesure, celui des URSSAF, le tableau semble montrer un certain immobilisme. En réalité, d'importantes évolutions sont, selon les cas, en œuvre, en cours de mise en œuvre ou en préparation dans les autres branches du régime général.

On ne saurait, pour ce dernier, sous-estimer la difficulté de l'opération, qui doit s'inscrire dans les dispositions du protocole d'accord de septembre 2006, lequel prévoit qu'une mobilité liée à la réorganisation structurelle de plusieurs organismes pouvant conduire à la création d'une nouvelle entité juridique, ne peut se faire que sur la base du volontariat (éventuellement aidé financièrement). Il s'ensuit que la réorganisation impliquant la fermeture de sites ne peut être que progressive.

*a) Les URSSAF*

Si les premières fusions d'URSSAF datent déjà de quelques années, l'ACOSS a depuis quatre ans comme objectif d'arriver fin 2009 à une union par département, sauf là où d'ores et déjà existent des unions supra-départementales. Une série d'arrêtés pris tout au long de l'année 2008 a organisé la fusion de neuf unions pour n'en former plus que quatre au 1<sup>er</sup> janvier 2009<sup>89</sup>. Au 1<sup>er</sup> juin 2010, le réseau des URSSAF ne comptera plus effectivement que 89 organismes<sup>90</sup>.

*b) Les CPAM*

Tardivement, mais avec vigueur, l'assurance maladie s'est engagée dans le regroupement de ses caisses. L'objectif est une départementalisation, sous réserve de trois exceptions<sup>91</sup>. Le nombre d'organismes métropolitains passerait ainsi de 128 à 102.

Seules quelques décisions ont été publiées en 2008, mais la mise en œuvre de l'ensemble des fusions a été fixée au 1er janvier 2010, ce qui coïncidera avec la fin de l'actuelle convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche maladie et des mandats des représentants aux conseils des organismes locaux.

*c) Les CAF*

Le réseau des CAF n'a encore connu aucune modification. L'objectif de la caisse nationale est de parvenir à une CAF par département au 31 décembre 2011, afin que le réseau dispose dans chaque département d'un interlocuteur unique face au conseil général, responsable des politiques d'action sociale.

L'opération, qui va concerner 14 départements et devrait réduire le nombre d'organismes à 101, DOM compris, fera de la CAF du Nord la plus importante de France.

La principale difficulté matérielle est la fusion des fichiers. Afin de favoriser les rapprochements entre organismes, des instances de coordination ont été mises en place dans 12 départements sur 14. Par ailleurs, le réseau développe déjà, mais de façon inégale, des actions de

---

89. Il faut ajouter la fusion de l'URSSAF de Lozère au sein de la caisse commune de sécurité sociale de la Lozère (observation qui vaut aussi pour la CPAM et la CAF).

90. Auxquels il faut ajouter la caisse maritime d'allocations familiales (CMAF) qui, malgré son nom, perçoit aussi des cotisations.

91. Les départements du Nord, du Pas-de-Calais et de la Seine-Maritime.

mutualisation dans des domaines variés : fonction contrôle, achats, gestion de la paie, gestion électronique des documents...

*d) Les caisses de MSA*

Engagée depuis la décision de principe de l'assemblée générale de la MSA de juillet 2001, la réorganisation du réseau des caisses de MSA se poursuit depuis 2002, non sans à-coups et difficultés.

La CCMSA a imaginé un processus de fusion lente, consistant à créer en premier lieu des associations de caisses ou, cas plus fréquent, des fédérations, qui reviennent en pratique à avoir une direction commune, cependant que les caisses constitutives continuent d'exister. L'étape suivante est l'intégration, où la fédération devient l'employeur unique et gère un fichier unique des bénéficiaires et cotisants. L'étape ultime est la fusion, par fusion-absorption des caisses constitutives par la fédération qui, de ce fait, devient caisse pluri-départementale.

Sur les six caisses départementales, quatre sont appelées à fusionner avant le 1<sup>er</sup> avril 2010. Il ne restera alors que 35 organismes contre 88 en 2001. Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la situation était la suivante :

**L'organisation du réseau agricole au 1<sup>er</sup> janvier 2009**

	Nombre d'organismes	Nombre de départements
Associations simples	2	4
Fédérations non intégrées	2	4
Fédérations intégrées	17	44
Caisses pluri-départementales	10	28
Caisses départementales	6	6
Caisses régionales anciennes*	2	10
<b>Total organismes</b>	<b>39</b>	<b>96</b>

Source : CCMSA et DSS, retraitement Cour

\*Il s'agit en fait de caisses qui n'ont jamais été départementales, à savoir la Corse et l'île de France

Dans les quatre réseaux, les regroupements d'organismes infra-départementaux (ou d'organismes départementaux dans le cas du réseau MSA) sont la démarche préalable indispensable à une amélioration de la productivité et de la qualité des travaux. Mais en eux-mêmes, ils ne sauraient suffire. En effet, du point de vue de la production, l'important réside dans la spécialisation des sites, éventuellement leur diminution, de façon à atteindre le niveau de qualité approprié au moindre coût.

En tout état de cause, les regroupements d'organismes infra-départementaux ne résolvent en rien les difficultés, partout constatées, des

organismes départementaux ou même pluri-départementaux (à la MSA) trop petits pour être performants.

## 2 – L'évolution des performances globales des réseaux

Les travaux réalisés en 2008 s'appuient sur le traitement des données 2006 qui font l'objet d'une actualisation lors des contrôles sur place, afin d'éviter un trop grand décalage entre les constats initiaux et la réalité de la situation des organismes.

Ces dernières années, ce décalage permettait d'observer certaines améliorations, parfois même un redressement sensible des résultats des organismes. Ce constat est demeuré globalement exact en 2008 pour les réseaux maladie et agricole. Il doit être plus nuancé, pour des raisons conjoncturelles, pour le recouvrement et, plus encore, la famille.

Le tableau de la page suivante permet, pour une série d'indicateurs, non pas identiques, mais d'inspiration proche, de constater les évolutions intervenues dans les années récentes.

### Pour mieux comprendre le tableau

Le titre de la plupart des indicateurs se suffit à lui-même. Toutefois, il faut préciser :

- pour toutes les branches et régimes, que l'absentéisme maladie est calculé sans prise en compte de la maternité et que les coûts unitaires (bénéficiaire actif pondéré des CPAM, coût global pondéré des CAF, etc.) sont exprimés en euros courants et correspondent à la division de l'ensemble des charges administratives par le nombre total des bénéficiaires ou cotisants, lui-même pondéré pour tenir compte des différences de structures entre caisses ;

- pour la branche maladie, le taux de réussite globale du CPG est un indicateur comparant une série de résultats avec les différents objectifs contenus dans le contrat pluriannuel de gestion. La productivité du pôle production (c'est-à-dire hors services administratifs généraux) est exprimée en nombre de décomptes effectués en une année par un agent affecté à la production.

- pour la branche famille, l'indice de qualité de service est un indicateur mixte qui mêle les délais de traitement des dossiers, d'attente au téléphone et d'attente à l'accueil. Le taux de couverture du référentiel de maîtrise des risques est le pourcentage de procédures à risques couvert par des processus formalisés.

- pour la branche recouvrement, le coefficient de performance locale est de même nature que le taux de réussite globale de la branche maladie. La conformité de la répartition est expliquée plus loin.

### Les principaux indicateurs d'alerte

CPAM	Taux réussite global CPG	Taux de rejet des dossiers à rembourser	Productivité du pôle production	Coût du bénéficiaire actif pondéré	Absentéisme maladie	Part des génériques remboursés
2004	78,9%	2,4%		64,75 €	6,16%	61,7%
2005	77,4%	2,8%	33 652	67,43 €	6,17%	58,%
2006	76,2%	3%	35 162	64,22 €	6,44%	70%
2007	73,6%	2,9%	37 733	63,04 €	6,32%	81,8%

CAF	Indice qualité de service	Tx couverture référentiel maîtrise des risques	Solde de pièces à traiter (j de prod°)	Coût global pondéré	Absentéisme maladie	Taux d'indus/ prestations versées
2004	93,8	-	3,0 jrs	-	-	2,8 %
2005	93,6	86,7%	3,2 jrs	97,28 €	4,90%	3,2%
2006	92,7	90,1%	3,2 jrs	98,02 €	4,68%	3,1%
2007	90,8	94,1%	4,0 jrs	98,09 €	4,71%	3,8%

URSSAF	Coefficient performance locale	Taux de couverture dispositif de contrôle int.	Taux de restes à recouvrer à 15 mois	Coût unit. compte actif	Absentéisme maladie	Conformité répartition
2005	82,2 %			128,58 €	4,53%	
2006	86,2 %	42,9%	0,89 %	126,80 €	4,49%	99,46 %
2007	86,6 %	51,8 %	0,81 %	127,70 €	4,47%	99,73 %

CMSA	Taux d'encaissement prestations indues à recouvrer	Taux de couverture du référentiel Contrôle interne	Taux de restes à recouvrer	Coût net de gestion	Absentéisme maladie	Taux d'erreur sur prestations familiales
2005	74, %	82,7%	4,40%	127,49 €	4,02%	-
2006	76,7%	82,5%	3,36%	129,63 €	3,65%	6,1%
2007	-	91,8%	3,41%	128,71 €	3,54%	7,5%

Source : Caisses nationales, retraitements Cour.

*a) Des améliorations nettes, mais fragiles, en matière de productivité et de maîtrise des coûts*

L'évolution la plus marquée est l'augmentation de la productivité mesurée par les indicateurs de la COG. Celle des pôles de production de la branche maladie a progressé de 12 % entre 2005 et 2007.

Cette progression s'accompagne d'une meilleure maîtrise des coûts. En effet, depuis 2005, les coûts de gestion unitaires (par allocataire, par bénéficiaire, etc. selon les branches), exprimés en euros courants, stagnent ou diminuent, (6,5 % entre 2005 et 2007 dans la branche maladie), alors même que les salaires augmentent et que le nombre des bénéficiaires évolue peu. Exprimés en euros constants, ces coûts unitaires moyens diminueraient dans toutes les branches.

Les projets de mutualisation et de fusion en cours dans les différents réseaux devraient permettre à terme de nouveaux gains de productivité sur les missions les plus simples et les mieux maîtrisées par les agents.

Cependant, à l'avenir, les marges seront sans doute plus difficiles à trouver. En outre, s'engage une période où, au fort renouvellement des effectifs (départs en retraite des agents nés lors du « baby-boom »), s'ajoutent la réforme des structures, la modernisation voire le renouvellement des dispositifs informatiques et un contexte juridique évolutif. Une gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences s'impose donc (voir infra).

*b) Une exigence accrue des caisses nationales en matière de contrôle*

Dans certains cas, la légère détérioration des indicateurs n'est en réalité qu'apparente et résulte d'une exigence légitimement accrue de la part des têtes de réseau, en application de la convention d'objectifs et de gestion.

Certes, les indicateurs de couverture des référentiels de contrôle interne, purement déclaratifs, sont en nette amélioration (de 8,4 % à 20 % selon les branches). Mais, dans le même temps, ils s'accompagnent dans les réseaux famille et agricole d'une augmentation de plus de 20 % des taux d'erreurs détectées dans le cadre de la maîtrise des risques. Ces résultats, qui pourraient être perçus comme un défaut de qualité dans la liquidation des dossiers, témoignent également d'un ciblage plus fin des contrôles opérés. Le taux de rejet automatisé des feuilles de soins erronées présentées au remboursement (dit « iris ») de la branche maladie, qui augmente de plus de 18 % entre 2004 et 2007, répond aux mêmes principes, la liste des contrôles bloquants avant paiement qui

aboutit à cet indicateur ayant été fortement étoffée par la caisse nationale, afin d'améliorer la qualité de la liquidation.

*c) L'exemple de la gestion du risque dans la branche maladie*

Dans le même ordre d'idées, il y a lieu d'interpréter avec prudence la dégradation du taux global de réussite, qui résulte de l'addition d'indicateurs relatifs à la maîtrise des dépenses de santé (ou gestion du risque), à la qualité de service et au pilotage et management et qui sert au calcul de l'intéressement des personnels en fonction du taux de réalisation des objectifs des contrats pluriannuels de gestion. En effet, les exigences en matière de résultats attendus ont évolué dans le temps. A titre d'exemple, la mission gestion du risque était déclinée en neuf indicateurs en 2004 contre douze en 2007. Dans ce domaine, les organismes ont produit d'importants efforts depuis 2004, en partie relayés par des mesures législatives et conventionnelles. En quatre ans, le taux de dispensation des génériques a augmenté de 20 % pour atteindre 81,75 %. La consommation des antibiotiques a été réduite de plus de 10 % sur la même période grâce à l'action sur leur bon usage. Sur d'autres axes en revanche, comme les règles de prescriptions en cas d'ALD, des marges de progrès encore très fortes demeurent.

Les marges de progression de certains indicateurs sont désormais réduites, ce qui pèse sur le calcul de l'intéressement (fondé sur le taux d'évolution des indicateurs) et explique qu'en 2007, seules 2 % des CPAM ont obtenu un score égal ou supérieur à 80 % alors qu'elles sont 92 % à y être parvenues dans les domaines du pilotage et du management.

*d) Des difficultés momentanées dans les branches recouvrement et famille*

L'activité de recouvrement a été affectée par la mise en place, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, de l'interlocuteur social unique (ISU)<sup>92</sup> qui gère l'ensemble des cotisations et contributions sociales du nouveau régime social des indépendants (RSI). Les difficultés du projet -et notamment le rapprochement des systèmes d'information qui constituait une condition préalable à la mise en place de l'ISU- avaient à l'évidence été sous-estimées. Des problèmes techniques sont apparus, un grand

---

92. Décret du 3 mai 2007 relatif à la mise en place d'un interlocuteur social unique pour les indépendants, réformant les modalités de recouvrement de leurs cotisations et contributions sociales et modifiant le code de la sécurité sociale.

nombre d'anomalies<sup>93</sup> ont été générées, dont le traitement a nécessité une mobilisation importante des URSSAF en 2008 et 2009 et compliqué les relations avec les cotisants<sup>94</sup>.

Même si la plupart des difficultés ont été résolues, des masses de crédits à affecter encombrant toujours les comptes des URSSAF<sup>95</sup>. Par ailleurs, le coût des heures supplémentaires nécessaires au traitement des difficultés a pesé sur leurs résultats en 2008 et pèsera encore en 2009.

Les difficultés de la branche famille sont tout autres. La branche avait, depuis quelques années, produit des efforts importants pour améliorer la qualité du service rendu aux allocataires en réduisant les délais de traitement des dossiers et les temps d'attente à l'accueil physique et téléphonique. Les contrôles réalisés ont permis d'établir que ces résultats se dégradaient déjà dès l'automne 2007.

En 2008, même si le socle d'engagement a été globalement atteint, les travaux réalisés par la Cour sur l'accueil au sein de la branche famille <sup>96</sup> montrent que les résultats restaient fragiles. Il est juste cependant d'observer qu'un important chantier conduisant à la mise en place du répertoire national des bénéficiaires a accru sensiblement la charge de travail.

Ces difficultés semblent se confirmer sur les premiers mois de l'exercice 2009. La conjonction de chantiers administratifs et législatifs ou réglementaires a créé des problèmes dont certains étaient prévisibles, mais avaient peut-être été sous-estimés.

Ces difficultés conjoncturelles ne doivent toutefois pas masquer les efforts produits par les organismes.

## **B – Les enseignements des contrôles réalisés dans le cadre du réseau d'alerte**

Les 18 contrôles effectués en 2008 ont porté sur quatre réseaux : le recouvrement, la maladie, la famille et la mutualité sociale agricole. On

---

93. Par exemple, des assurés pour lesquels aucune correspondance n'a été trouvée entre le RSI et les URSSAF.

94. Cf. Rapport de certification des comptes du régime général 2008, chapitre I, point III G, p. 40-41.

95. Ibidem, point III M, p. 42-43.

96. Voir chapitre XIII – L'accueil et l'accompagnement des usagers dans la branche famille, p. 361.

trouvera ci-après une synthèse, réseau par réseau, ainsi que des enseignements de portée générale.

#### **La sélection des organismes à contrôler**

En liaison avec les administrations de tutelle et les caisses nationales, la Cour choisit dans chaque branche une dizaine d'indicateurs dits « d'alerte » qui couvrent l'ensemble de la gestion des organismes.

Les organismes sont ensuite classés, indicateur par indicateur, en fonction de leur résultat. L'addition des rangs de classement obtenus par chaque organisme permet d'arrêter un classement général. Pour qu'un organisme soit retenu, il faut qu'il figure en queue de classement pour au moins deux indicateurs et/ou qu'il ait un classement général très médiocre.

Les contrôles du réseau d'alerte durent généralement une semaine, et sont effectués par une équipe de deux, parfois trois auditeurs, exceptionnellement plus. Ils ne peuvent donc pas être exhaustifs. La clé d'entrée est constituée par les indicateurs dégradés, dont il faut d'abord vérifier la permanence et ensuite expliquer les causes, notamment si la dégradation se prolonge.

### **1 – La branche maladie**

Le réseau d'alerte a contrôlé, en 2008, quatre caisses infra départementales (Lens, Dunkerque, Boulogne et Thionville) et une caisse départementale (Nîmes), soit cinq organismes.

#### *a) Le « taux de réussite global »*

L'indicateur le plus fréquemment défavorable est le « taux de réussite global » du contrat pluriannuel de gestion, déclinaison locale de la convention d'objectifs et de gestion. Ce taux, combinaison de 27 indicateurs, sert au calcul de l'intéressement, qui abonde les rémunérations des agents.

Certains de ces indicateurs sont difficiles à améliorer, ce qui peut conduire à leur manipulation. C'est le cas par exemple du délai de traitement des premières indemnités journalières versées directement aux assurés. Même si les caisses engagent parfois des plans d'actions coûteux en ressources humaines vis-à-vis des employeurs insuffisamment diligents, les résultats en sont rarement améliorés. Certains recourent alors à des mesures de contournement. Par exemple, lors de la réception de l'arrêt maladie, le paiement enregistré ne correspondant pas au montant dû mais à un montant inférieur (dans certains cas d'un euro seulement) ce qui crée bien souvent l'incompréhension de l'assuré et impose ensuite une deuxième liquidation.

Cet exemple témoigne de la nécessité pour les caisses nationales de rester vigilantes sur la composition des indicateurs et leurs éventuels effets pervers. L'objectif d'un premier paiement rapide des IJ est pleinement justifié, mais il est tout aussi évident que les moyens d'atteindre cet objectif sont insuffisants en l'état du droit.

*b) L'absentéisme*

Un deuxième motif de contrôle a souvent été l'importance relative de l'absentéisme. Si, à la CPAM de Nîmes, il semble résulter d'habitudes bien installées qui n'avaient pourtant pas conduit le précédent directeur à mettre en place une politique de maîtrise de l'absentéisme, il en va tout autrement à la CPAM de Boulogne sur Mer, où le contrôle a mis en évidence des dysfonctionnements inquiétants : déroulements de carrière atypiques, recrutement non-professionnel du personnel, révision à la baisse des missions d'un salarié protégé sans respect des procédures légales, faits de harcèlement moral établis par des décisions de justice... La conjonction de ces éléments a contribué à l'accumulation des absences de longue durée. Heureusement singulière, sans doute unique, cette situation soulève une série d'interrogations signalées plus loin quant à la durée du mandat des directeurs d'organismes et au contrôle de leur activité. Car la question n'est pas tant que ces faits se soient produits, mais qu'ils se soient renouvelés sans que la tête de réseau et la tutelle administrative aient agi ou pu agir pour y mettre fin.

*c) Les mutualisations : intérêt et difficultés*

Les audits réalisés en 2008 confirment que si les fusions ne sont pas encore actées et rencontrent parfois de fortes oppositions, la mutualisation de certaines activités est en marche et laisse entrevoir des gains réels d'efficacité et d'efficience. Le regroupement de la gestion des rentes d'invalidité, des rentes d'accidents du travail ou du traitement des taux de rejet IRIS a ainsi permis dans certains des organismes audités d'améliorer sensiblement la productivité et les résultats. C'est notamment le cas en Moselle.

Il est vrai que, pratiquée par des caisses infra-départementales destinées à fusionner, cette démarche n'est que la première étape d'une spécialisation des sites au sein d'un organisme unique. Les inconvénients relevés au paragraphe précédent sont donc appelés à disparaître. Mais ils laissent ouverte la question, plus générale, du nombre optimal de sites de production, généralistes ou spécialisés.

## 2 – La branche famille

Le réseau d'alerte a contrôlé en 2008, dans la branche famille, trois caisses départementales (Aurillac, Cergy, Orléans) et une caisse infra-départementale (Montbéliard), soit en tout quatre organismes. Ils ont été choisis à cause de leurs résultats, mais aussi en raison de leur typologie, puisque ont été contrôlés aussi bien l'une des plus petites caisses de France (Montbéliard) que l'un des organismes les plus importants (et le moins performant) : la CAF de Cergy.

### *a) La maîtrise des risques et le contrôle interne*

L'indicateur qui a les plus mauvais résultats relatifs est le taux de couverture du référentiel de maîtrise des risques, c'est-à-dire l'ensemble des dispositifs censés éviter, ou du moins réduire, les erreurs de toute nature. Il concerne les quatre caisses contrôlées et révèle un paradoxe. En effet, toutes avaient atteint l'objectif assigné par la caisse nationale, mais toutes aussi avaient un résultat notablement inférieur à la moyenne nationale. Ce qui signifie que l'objectif conventionnel n'est pas suffisamment incitatif<sup>97</sup>. Certes, d'un point de vue quantitatif, les objectifs semblent importants et les organismes mobilisent des ressources significatives pour les atteindre, même à minima. En contrepartie, les constats des auditeurs invitent à penser que, au-delà de la correction des erreurs repérées, les travaux de maîtrise des risques ne donnent pas lieu à une exploitation appropriée de nature à en prévenir le renouvellement. Les taux d'indus progressent logiquement avec l'augmentation des taux de contrôles, mais les organismes s'investissent peu, souvent par manque de temps, dans la recherche des causes de ces indus et des actions correctrices.

Le plan de maîtrise des risques de la branche famille, en cours de rénovation, devrait prévoir un temps plus important pour l'analyse détaillée des risques, l'identification des causes d'erreur et leur correction. Il devra également s'intéresser à l'accompagnement des agents qui les ont commises et qui peuvent manquer de formation ou avoir d'autres difficultés à surmonter.

### *b) Le rapport coût/qualité*

Le rapport coût/qualité 2007 montre que les organismes ayant plus de 200 000 allocataires pondérés ont produit d'importants efforts en matière de coût pour se rapprocher de la moyenne nationale, mais que

---

97. Cf. Rapport de certification, *op. cit.*, chapitre III, point III B, p. 85-86.

cela a été au détriment de la qualité de service. Plus de 50 % de ces organismes ont désormais un indice de qualité de service inférieur, parfois de beaucoup, à cette moyenne.

De cette constatation, la CAF de Cergy est particulièrement représentative puisqu'elle allie au plus mauvais indice de qualité de service un coût global de fonctionnement encore bien supérieur à la moyenne nationale, malgré une diminution de 8 % de son coût global par allocataire entre 2005 et 2007.

La direction doit composer avec un climat social tendu. L'absentéisme reste supérieur à la moyenne et la rotation du personnel est importante. De plus, la politique de management de la direction, qui s'inscrit dans une longue tradition, n'incite guère à une plus grande implication du personnel dans les résultats de l'organisme. La caisse accorde ainsi d'importantes primes et a mis en place un système de reconnaissance de la performance collective non prévu par la convention collective. Ces avantages sont attribués indépendamment des résultats de l'organisme. L'absence de déploiement de la fonction contrôle de gestion, à laquelle la nouvelle convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 se propose de remédier, confirme cette situation.

Pour les petits organismes, la question des coûts de gestion et de l'efficacité est d'une tout autre nature. En 2007, aucun organisme de moins de 50 000 allocataires pondérés ne présente un coût global pondéré inférieur ou égal à la moyenne nationale, quelle que soit par ailleurs la qualité du service rendu. C'est là le résultat de l'effet structure. Si des efforts en matière d'organisation du travail sont manifestement encore possibles, la mutualisation d'une partie des activités reste l'axe de travail le plus prometteur, inscrit dans la nouvelle COG.

Les contrôles confirment pour le moment que la branche famille avance lentement sur ces questions et parfois en ordre dispersé. A Montbéliard, la mutualisation reste une perspective. En revanche, la charte de coordination et de coopération des CAF « de la Marche au Larzac » qui fédère les caisses de l'Aveyron, du Cantal, de Corrèze, de la Creuse et du Lot et regroupe des organismes dont le nombre d'allocataires varie entre 16 500 et 37 000, situés dans trois régions administratives différentes et dépendant de centres informatiques distincts, est une initiative résultant de la volonté locale. Mais l'absence, manifestement délibérée, de tout organisme de quelque importance qui pourrait en être le pivot, laisse quelque doute, en l'état actuel de la question, sur son caractère réellement opérationnel.

### 3 – Le réseau du recouvrement

Le réseau d'alerte a contrôlé quatre URSSAF en 2008 : Amiens, Caen, Grenoble et Marseille. Sur ces quatre unions, une seule, Grenoble, avait une compétence infra-départementale, puisque existait encore une URSSAF de Vienne aujourd'hui fusionnée avec elle.

Les signalements à l'appui du contrôle peuvent se résumer à trois rubriques : l'absentéisme, les contrôles comptables d'assiette et leurs suites<sup>98</sup>, enfin la qualité du cœur de métier, qui comporte à la fois les crédits à affecter, la conformité de la répartition et le recouvrement des impayés. Mais ces observations ont conduit à une réflexion plus large sur le contrôle interne au sein de la branche.

#### *a) L'absentéisme maladie*

L'absentéisme maladie, relativement élevé dans les URSSAF de Grenoble et de Marseille, résulte dans les deux cas de traditions anciennes. Il n'est pas spécialement lié à un type d'emploi ou à un degré de qualification et s'explique en grande partie -outre les affections de longue durée qui frappent généralement les agents les plus âgés- par la longue passivité des directions. Cela ne facilite pas la tâche de ceux qui, comme le nouveau directeur de l'URSSAF de Marseille, souhaitent mettre un terme à certains abus, fondés sur des accords locaux bien plus favorables que la convention collective nationale.

#### *b) Le cœur de métier des URSSAF*

La qualité de la répartition, c'est-à-dire l'exactitude de la répartition des produits de la collecte des cotisations entre les branches et autres organismes affectataires, soulève essentiellement un problème de détection précoce des bordereaux de cotisation erronés, et plus généralement des déclarations mal établies. En effet, une fois le bordereau lu automatiquement, les données, même erronées, sont injectées dans le système de traitement automatisé (le SNV2) et ce n'est que la nuit suivante que les anomalies sont détectées. Il faut alors les reprendre une à une, tâche fastidieuse, et les corriger, parfois au moyen d'une intervention sensible modifiant définitivement telle ou telle donnée dans le système, avec une supervision parfois très légère (mais les personnes habilitées sont très peu nombreuses). S'ajoutent à cela les

---

98. En matière de contrôle des cotisations, les conclusions des auditeurs du réseau d'alerte confirment, quoique sur un autre échantillon, celles du chapitre X du présent rapport, sur les contrôles d'assiette des URSSAF. Il y est donc renvoyé.

atypiques, c'est-à-dire les cas de figure non prévus par le système. C'est donc une question très délicate, que l'URSSAF de Caen a résolu en constituant une équipe LAD<sup>99</sup> chargée de vérifier les documents avant passage en machine de lecture. L'URSSAF d'Amiens a nommé à cet effet un expert. Dans les deux cas, des efforts importants ont été consacrés, qui étaient, lors des contrôles, trop récents pour permettre une appréciation.

Le recouvrement des impayés est une priorité stratégique pour les URSSAF. L'expérience prouve en effet que, au-delà d'un certain délai, indépendamment des problèmes de prescription, les sommes impayées deviennent difficilement recouvrables, notamment si elles sont importantes. Il faut donc agir vite et fort. Le taux des restes à recouvrer à 15 mois, à cet égard, est un bon indicateur de la qualité des diligences effectuées.

Il est vrai que certains contextes locaux ne facilitent pas la tâche des unions. C'est particulièrement le cas à Marseille, où les entreprises éphémères ou saisonnières sont très nombreuses. Il s'ensuit une accumulation de taxations d'office dont la suite montre qu'elles sont en partie sans objet et souvent vaines. Une fois l'entreprise disparue, il n'y a que très peu de chances de recouvrer les débits qu'elle a laissés. Pour répondre à ces enjeux, la nouvelle direction a entrepris une profonde réorganisation des rapports entre recouvrement amiable et contentieux dont les apports ne sont pas encore évaluables. A Amiens en revanche, après une décrue en 2007, la croissance des restes à recouvrer a repris en 2008. Elle paraît clairement imputable à la diminution des actes de poursuite, que la direction explique par les difficultés liées à la mise en place de l'ISU.

### *c) Le contrôle interne : une amélioration optique ?*

Les auditeurs du réseau d'alerte se sont tout spécialement penchés sur les dispositifs de contrôle interne. On peut en tirer des conclusions nuancées.

En premier lieu, il est clair que les dispositifs de contrôle interne sont de mieux en mieux mis en place dans les URSSAF. En particulier, les circuits « Watt », c'est-à-dire des outils automatisés d'enregistrement et de suivi des dossiers en fonction de cas de figure préétablis, offrent une sécurité très grande, bien qu'ils soient très chronophages.

---

99. Lecture automatisée des documents.

En revanche, la supervision paraît, malgré des progrès, encore perfectible. Or un contrôle interne sans supervision est privé d'une notable partie de son utilité<sup>100</sup>.

En troisième lieu, les auditeurs ont constaté qu'un directeur d'URSSAF, pour « améliorer » son taux de contrôles, avait inscrit 400 vérifications fictives de PME (sans redressement), sur les 1 000 mentionnées dans sa statistique. Il a été mis fin à cette pratique et des procédures ont été engagées. Ce manquement même isolé pose le problème de la connaissance réelle que peut avoir l'ACOSS des pratiques locales et, par-là, celui des moyens dont elle dispose pour fiabiliser les informations qu'elle reçoit.

#### **4 – Le réseau agricole**

Dans le cadre du réseau d'alerte ont été contrôlés en 2008, au sein du réseau MSA, une caisse uni-départementale (la Gironde), deux caisses pluri-départementales (Limousin et Marne-Ardenne-Meuse) et deux fédérations (Alpes du Nord et Haute-Normandie), soit en tout cinq organismes.

##### *a) Le taux d'encaissement des prestations indues*

L'indicateur de signalement le plus fréquent est le taux d'encaissement des prestations indues à récupérer (PIAR). A cet égard, la possibilité de compensation entre prestations différentes, jusqu'ici interdite par le principe de spécialité, devrait désormais permettre une amélioration. Il n'en demeure pas moins que la rapidité de la récupération est très variable. Pour certains organismes audités, le flux du recouvrement égale celui des émissions d'indus, en sorte que le stock demeure presque inchangé. En revanche, pour d'autres, les délais de récupération sont beaucoup plus longs et ont pour conséquence l'augmentation régulière du solde annuel des PIAR.

##### *b) Les coûts de gestion*

La fédération de Haute-Normandie et la caisse Marne-Ardenne-Meuse se singularisent par des coûts de gestion supérieurs à la moyenne. Dans les deux cas, une des raisons est l'inachèvement du processus de rationalisation des organisations. Les fédérations, en effet, représentent des coûts structurels qui s'ajoutent à ceux des caisses qui les composent ;

---

100. Renvoi au rapport de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale.

le rapprochement des outils informatiques représente des dépenses, tandis que les gains de productivité sont différés<sup>101</sup>.

Certains organismes sont plus réactifs que d'autres. La fédération de Haute-Normandie a déjà substantiellement réduit son personnel (de 17 % entre 2004 et 2008), mais cette réduction intervient dans un contexte de diminution du nombre de personnes couvertes, ce qui rend très difficiles les gains de productivité. De façon générale, malgré les regroupements, les caisses de MSA sont des organismes ayant à assumer la double difficulté d'être généralistes et de petite taille dans un contexte de diminution de leur clientèle, alors que les réglementations se complexifient.

### *c) Le contrôle interne*

La caisse du Limousin a notamment pour particularité d'avoir mis en œuvre avec retard les bonnes pratiques. Pour des raisons locales justifiées par les conditions de la fusion des caisses de Creuse et de Corrèze avec celle de Haute-Vienne, il y a eu en matière de contrôle interne un décalage de six mois par rapport au calendrier prévu nationalement. Les nouvelles procédures se sont peu à peu mises en place même si, au moment du contrôle, il n'avait pas encore été procédé à un audit de leur mise en œuvre par la caisse centrale.

La Cour des comptes a souligné l'importance de cette étape d'audit, qui permet de juger si le dispositif fonctionne utilement, dans ses travaux sur le contrôle interne dans la MSA en 2008<sup>102</sup>.

## **5 – Quelques remarques de portée générale**

Au terme des contrôles 2008, quelques observations de portée générale peuvent être formulées.

La première a trait à la longueur des mandats des responsables d'organisme et au contrôle de leur action. Dans plusieurs des organismes visités qui venaient de changer de directeur ou directrice, le précédent responsable était resté en place plus de dix ans, le record s'établissant à 32. De telles durées ne se rencontrent plus aujourd'hui à ce niveau de responsabilité dans la quasi-totalité des organismes, publics ou privés. Au mieux, il en résulte de la routine, mais ce peut être bien pis. Dans un cas

---

101. En Haute-Normandie, par exemple, la lecture automatique de documents (LAD) et la gestion électronique de l'information et de la documentation de l'entreprise (GEIDE) en sont au stade de la mise en place.

102. RALFSS 2008 page 149 et suivantes.

au moins, il est apparu que, s'il est nécessaire que les responsables disposent d'une large marge d'autonomie, il n'est pas admissible qu'ils puissent, par exemple, ignorer ouvertement, dans l'indifférence de la tutelle, des décisions de justice devenues définitives ou des éléments fondamentaux du droit du travail.

La seconde observation a trait au recrutement du personnel. Dans certains cas, le recrutement du personnel se faisait trop fréquemment dans la parentèle des agents, en dehors de toutes règles garantissant l'égalité des chances des candidats et la qualité du recrutement. La convention collective UCANSS ne prévoit pour les recrutements et les promotions que des critères et des modalités sommairement décrits, propres aux interprétations les plus diverses et les plus discutables. S'il ne faut pas généraliser des observations ponctuelles, il conviendrait de mieux formaliser la procédure de recrutement.

La troisième enfin a trait à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), où il semble que les organismes ont besoin d'analyses, d'outils et de conseils opérationnels<sup>103</sup>.

\*

\* \*

Au total, les contrôles du réseau d'alerte, en 2008, ont montré à nouveau que des progrès se poursuivent dans la gestion des réseaux, notamment pour ce qui concerne le déploiement des contrôles ou la productivité.

Pour autant des difficultés nouvelles doivent être signalées, notamment pour le réseau du recouvrement avec l'ISU, ou dans le réseau famille avec la mise en place de nouvelles prestations.

Au-delà de ces constats généraux, on continue par ailleurs à relever un nombre trop important de caisses présentant des situations dégradées qui justifient une attention accrue des têtes de réseau.

## II - Le pilotage national des CGSS

---

### PRESENTATION

---

*Dans chacun des quatre départements d'outre-mer, un seul et même organisme, la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) assure la gestion de toutes les branches du régime général (maladie, accidents du travail,*

---

103. Voir page 386, Chapitre XIV - Aspects de la gestion des personnels du régime général.

retraite, recouvrement), sauf la branche famille, ainsi que la gestion des régimes agricoles (salariés et exploitants).

*Les COREC avaient à plusieurs reprises signalé les difficultés de gestion de certaines des CGSS, en particulier celle de la Guadeloupe, également examinée par la Cour<sup>104</sup>. Au-delà de ce cas particulier, le constat de performances qui demeurent dégradées a conduit à examiner dans quelle mesure les outils de pilotage nationaux, progressivement élaborés par les caisses nationales « têtes de réseau », étaient adaptés dans le contexte « multibranches » des CGSS.*

---

## **A – Les performances relatives des CGSS**

### **1 – Des résultats globaux insuffisants**

Les performances relatives des CGSS, par rapport à la moyenne des caisses de métropole, sont parfois insuffisantes, pour certaines branches des CGSS de la Martinique, de la Réunion et de la Guyane, et très insuffisantes, pour la CGSS de la Guadeloupe, comme le montre l'examen des indicateurs les plus pertinents.

Dans la branche maladie, si les résultats de la Martinique sont supérieurs à la moyenne, le « taux de réussite global »<sup>105</sup> associé au contrat pluriannuel de gestion est souvent nettement en retrait de la moyenne pour les autres caisses. Il en est de même en matière de retraite<sup>106</sup>, même si là encore le résultat de la Martinique se détache des autres CGSS.

Le tableau qui suit détaille les résultats de ces deux branches pour 2007 et 2008 :

---

104. Notamment les RALFSS de 2004 pp.140 à 142 et 2005 p. 134.

105. Synthèse des indicateurs des CPG et qui traduit assez fidèlement, dans les branches maladie et retraite, la situation relative des performances de l'organisme.

106. Malgré la « neutralisation », dans la branche retraite, d'une proportion importante d'indicateurs, d'ailleurs variable selon les caisses. Ainsi, pour les deux CGSS de la Guadeloupe et de la Réunion, seuls 44 % des « points » attribués au plan national faisaient l'objet d'une mesure en 2007.

**Taux de réussite global maladie et retraite (2007-2008)***En %*

CGSS \ Branches	Retraite		Maladie	
	2007	2008	2007	2008
Réunion	44,3	29,8	71,9	67,9
Guadeloupe	55,1	50,4	39,6	51,0
Martinique	85,0	80,2	76,3	78,0
Guyane	77,8	66,3	55,9	76,0
<b>Moyenne métropole</b>	<b>93,9</b>	<b>90,1</b>	<b>73,6</b>	<b>71,6</b>

Source : *Caisses nationales et DSS*

Les performances de la branche recouvrement étaient également décevantes, tout particulièrement pour ce qui concerne le recouvrement amiable (dont l'efficacité est reflétée par l'importance du « taux de récupération à 100 jours ») ou celui auprès des indépendants, comme le montre le tableau ci-après.

**Indicateurs du recouvrement (2007)***En %*

	Taux de reste à recouvrer 2006	Taux de reste à recouvrer 2007	Taux 2007 récupération à 100 jours	Reste à recouvrer ETI <sup>107</sup> 2007
Guadeloupe	14,3	10,2	34,6	47,4
Martinique	7,1	7,8	35,2	45,7
Guyane	7,7	5,0	43,4	39,0
Réunion	4,2	3,3	43,6	35,0
<b>Moyenne métropole</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>	<b>65,6</b>	<b>3,4</b>

Source : *ACOSS*

Les performances dans la branche agricole ne font l'objet que d'un suivi partiel, encore non contrôlé. Les résultats devraient être encore plus décevants par rapport à ceux du réseau, le seul audit effectué sur cette gestion, relatif à la CGSS de la Guadeloupe, réalisé en 2007, ayant qualifié les résultats « d'alarmants ».

**2 – Des faiblesses caractérisées**

Comme on le voit, la situation est contrastée, d'une CGSS à l'autre, comme d'une branche à l'autre. Pour autant, on retrouve trois grands domaines d'insuffisances, dans l'ensemble des quatre organismes.

---

107. Employeurs et travailleurs indépendants.

*a) Les comptes et le contrôle interne*

Les COREC avaient noté la nécessité d'apurer les nombreuses écritures anciennes en suspens. Des plans d'apurement ont été mis en œuvre par les CGSS de la Guadeloupe et de la Guyane sans assainir durablement la situation. Ainsi, pour l'ensemble des caisses générales, on note encore le caractère confus des opérations réciproques avec la CCMSA d'une part, entre les gestions du régime agricole et du régime général d'autre part, qui se traduit par de nombreuses écritures en suspens à apurer.

De manière générale, la fréquence des refus de validation par les agents comptables des têtes de réseau nationales des comptes des CGSS, à l'exception notable de la caisse de la Réunion, témoigne de difficultés récurrentes dans la tenue et la reddition des comptes<sup>108</sup>.

*b) L'accueil physique et téléphonique*

Les délais d'attente aux guichets sont mal connus, faute d'outils de mesure. Le déploiement des agences de proximité, recherché particulièrement par la branche retraite, est peu avancé. Les performances de l'accueil téléphonique sont très inégales, la CGSS de la Martinique s'étant seule dotée d'une plate-forme multibranches capable de les mesurer. Les projets engagés en 2006 en Guadeloupe et en Guyane n'avaient toujours pas abouti trois ans plus tard. La qualité de l'accueil constitue pourtant une dimension essentielle du service, par exemple pour une meilleure connaissance de droits à retraite. Pour la branche retraite, on note d'ailleurs, en 2008, une forte dégradation de l'indicateur de satisfaction des usagers, pour l'accueil téléphonique.

*c) La productivité*

Les données relatives à la productivité de la branche maladie (soit près de 56 % des effectifs des CGSS) sont comparables à celles des caisses de métropole (voire légèrement à l'avantage des CGSS, notamment du fait des performances de la caisse de la Réunion). En revanche, elles sont très dégradées dans les autres branches. C'est le cas dans la branche retraite, comme le montre le tableau qui suit. De même, dans la branche recouvrement, le nombre de comptes gérés par équivalent temps plein (ETP) est deux fois inférieur à celui d'une URSSAF comparable, pour les CGSS de la Guyane et de la Martinique.

---

108. Voir le rapport sur la certification des comptes du régime général, exercice 2008, pages 18, 46.

**Productivité des différentes branches (base 100, moyenne métropole, données 2007<sup>109</sup>)**

CGSS	Retraite	Maladie	Recouvrement	Exploitants agricoles
Guadeloupe	29,8	97,7	43,8	33,3
Martinique	66,0	105,9	35,7	21,3
Guyane	29,4	76,2	33,1	31,2
Réunion	43,5	164,9	88,9	66,6

*Source : CNAMTS, CNAVTS, ACOSS, CCMSA*

### 3 – La volatilité des résultats

Ces performances paraissent dans l'ensemble insuffisantes, même s'il convient de distinguer selon les caisses et selon les années. On note en effet de fortes variations des performances, qui traduisent l'incidence des modes de management, comme le montre l'exemple particulièrement éloquent des performances constatées pour la branche retraite, mesurée par le taux (déjà évoqué) de réussite globale CPG : les performances respectives des CGSS de la Guyane et de la Réunion s'inversent, le redressement dans la première coïncidant avec une forte dégradation dans la seconde.

#### Evolution du taux de réussite CPG pour la branche retraite

*En %*

	2006	2007	2008
Réunion	60,1	44,3	29,8
Guyane	37,3	77,8	66,3
Martinique	76,0	85,0	80,2
Guadeloupe	53,9	55,1	50,2
<b>Moyenne métropole</b>	<b>94,0</b>	<b>93,9</b>	<b>90,1</b>

*Source : CNAVTS*

### B – L'appui apporté par les caisses nationales

Face à ces résultats décevants, les caisses nationales ont mobilisé des moyens particuliers demeurés cependant insuffisants.

---

109. Pour la branche maladie, on a mesuré le nombre de cellules actes par ETP ; pour la branche retraite, l'indicateur d'activité composite rapporté au nombre d'ETP ; pour la branche recouvrement, le nombre de comptes gérés par ETP. Seul l'indicateur de la branche agricole intègre des données financières, puisqu'il rapporte le coût de gestion global au total des prestations et des recouvrements de la branche.

## 1 – Les moyens mobilisés

Les compétences reconnues aux caisses nationales, vis-à-vis des caisses de base, s'appliquent également aux CGSS : pouvoirs de contrôle et de tutelle budgétaire, mais aussi mission d'interface de la politique conventionnelle avec la déclinaison et le suivi des conventions d'objectifs et de gestion (COG) au plan national, en contrats pluriannuels de gestion (CPG). Ces compétences fondent des pratiques de pilotage national voisines dans les quatre réseaux : en pratique, elles reposent en grande partie sur la définition et le suivi des multiples indicateurs d'efficacité et d'efficience, qui fondent ensuite un intéressement collectif des personnels d'une part, et d'autre part un intéressement individualisé, plus substantiel, des agents de direction<sup>110</sup>.

Dans l'exercice de ces missions, les caisses nationales ont en outre souvent accordé aux CGSS une aide ciblée, destinée par exemple à favoriser le déploiement d'applications nationales (ainsi, récemment, pour la nouvelle application de liquidation des prestations de la branche retraite, OR) ou plus généralement à surmonter les difficultés dans leur gestion.

C'est ainsi que dans la plupart des réseaux, des « *plans d'actions* » sont définis et suivis, en cas de performances durablement et profondément dégradées : sur 20 gestions<sup>111</sup>, en 2008, près de la moitié avait donné lieu à des « plans d'actions », alors qu'il s'agit dans l'ensemble des réseaux d'une démarche fortement ciblée sur les caisses en difficulté.

D'autres formes d'appui ont été également développées : l'institution de « *caisses partenaires* » par le réseau du recouvrement vise à permettre des transferts d'expérience et d'expertise, d'une URSSAF de métropole à une CGSS : l'URSSAF de Lyon est ainsi jumelée depuis 2006 avec celle de la Martinique, celle de Grenoble avec celle de la Guadeloupe. La mutualité sociale agricole entend déployer un système analogue de « caisses marraines » à compter de 2009.

La branche retraite, quant à elle, a privilégié un système mixte avec des « *missions d'appui* », d'une dizaine de techniciens ou cadres expérimentés, déployés dans les quatre CGSS afin de résorber les retards

---

110. On note cependant que la pratique de pilotage est très récente dans la branche agricole et qu'elle ne se traduit pas par une contribution à la définition de l'intéressement, ni collectif, ni des agents de direction.

111. Pour chacune des quatre CGSS, on distingue cinq branches ou risques : maladie, AT/MP, retraite, recouvrement et exploitants agricoles.

récurrents dans la liquidation de prestations, et des plans d'actions annuels assorti d'un suivi mensuel statistique et semestriel sur place.

Dernière forme d'adaptation des interventions, spécifique aux CGSS, les caisses nationales ont créé, à partir de novembre 2005, une « *mission de coordination* » de leurs interventions vis-à-vis des CGSS. Elle est chargée d'identifier les projets communs ou conjoints et de leur donner une impulsion nouvelle, que ce soit pour la gestion budgétaire, l'accueil téléphonique, la comptabilité analytique.

Même si les progrès ainsi obtenus se sont révélés jusqu'ici très décevants, ces chantiers confirment une prise de conscience des caisses nationales quant à l'incidence des fonctions dites transversales, ou à la nécessité d'une approche plus coordonnée des difficultés concentrées par les CGSS, dont les progrès sont inévitablement lents.

## **2 – Des adaptations indispensables**

Des inflexions dans les modes de gouvernance paraissent indispensables pour permettre le déploiement dans l'ensemble des CGSS, et en leur sein dans l'ensemble des branches, d'un management orienté vers la performance. Il conviendrait dès lors de donner une autorité accrue aux caisses nationales dans la désignation, mais aussi le retrait éventuel de fonction, en cas d'insuffisance professionnelle, non seulement du directeur général, mais aussi des agents de direction responsables de branches placés auprès de lui<sup>112</sup>.

Enfin, la capacité d'action et d'initiative de la « mission de coordination » devrait être élargie. Elle devrait pouvoir réaliser des études, mutualiser les bonnes pratiques de pilotage et d'appui en développant un usage mixte de ces outils et non comme aujourd'hui spécialisé par branches. Ainsi le recours à des caisses partenaires peut être plus utile, s'il est suffisamment encadré au plan national. En outre, cette mission devrait être mieux relayée par la désignation d'un correspondant identifié dans chaque caisse nationale.

---

112. La loi sur l'assurance maladie reconnaît déjà à la branche maladie des pouvoirs plus étendus, qu'il était prévu d'étendre aux autres branches, selon un projet d'article du PLFSS pour 2009, disjoint par décision du conseil constitutionnel pour des raisons de procédure. La Cour a déjà signalé qu'en outre les conditions du retrait de fonction devaient faire l'objet de mesures complémentaires (voir RALFSS pour 2008, pages 405 à 408).

---

**RECOMMANDATIONS**

---

11. *Prévoir des règles de gestion des agents de direction, afin de limiter la durée maximale de fonction sur un même poste.*

12. *Rendre plus transparentes et plus formalisées les procédures de recrutement pour les employés et les cadres des caisses.*

13. *Renforcer l'intervention des caisses nationales dans la nomination et la sanction des directeurs des CGSS, mais aussi des agents de direction responsables de branches.*

14. *Elargir les compétences et les attributions de la mission de coordination des caisses nationales vis-à-vis des CGSS.*

---