

Chapitre XIII

La productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général

PRESENTATION

Dans le contexte d'un déficit particulièrement élevé du régime général (23,9 Md€ en 2010) la mobilisation de toutes les économies possibles dans sa gestion est d'une importance majeure. Même s'ils ne représentent que 3 % des dépenses totales, les coûts de gestion administrative du régime général qui atteignent 10 Md€⁴¹⁵ constituent ainsi un poste à forts enjeux. La Cour, qui avait déjà examiné en 2004 la question de la productivité des caisses de sécurité sociale, s'est attachée à tirer un bilan des efforts réalisés depuis lors⁴¹⁶.

Depuis 2005, la productivité est devenue une préoccupation et un objectif communs à toutes les conventions d'objectifs et de gestion (COG) signées par l'Etat et les caisses nationales du régime général, alors qu'auparavant ces dernières privilégiaient l'amélioration de la qualité des services rendus. Un certain rééquilibrage des priorités, que le RALFSS de 2004 avait préconisé, s'est donc concrétisé dans ces documents. De fait, en cinq ans, des gains de productivité non négligeables se constatent de manière très variable selon les branches.

Toutefois, ces gains sont souvent en-deçà de ce qui aurait pu être obtenu, notamment en raison d'une ambition insuffisante des COG. De plus, fondés trop exclusivement sur le progrès technique et sur l'opportunité que constituent les nombreux départs en retraite, ces gains tendent à s'essouffler (I). Un réel pilotage par la performance, fondé sur une mesure précise et fiable de celle-ci, c'est-à-dire une stratégie des caisses orientée par des objectifs de productivité, ainsi que des efforts pour lever des freins au changement, notamment en matière de gestion des ressources humaines, sont désormais indispensables pour permettre de nouveaux gains d'efficacité (II).

415. Les coûts de gestion administrative des deux autres régimes de base (la mutualité sociale agricole et le régime social des indépendants) représentent pour leur part un montant d'environ 1,6 Md€.

416. RALFSS 2004, « Les stratégies de gestion et les outils de pilotage », pp. 161 et suivantes. La Cour a consacré d'autres travaux à ces questions, notamment aux programmes de qualité et d'efficacité relatifs aux organismes de sécurité sociale (RALFSS 2008), à certains aspects de la gestion des personnels dont la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (RALFSS 2009) et à l'absentéisme pour raison de santé (RALFSS 2010).

I - Des gains de productivité parfois significatifs mais des objectifs en réalité peu ambitieux

A – Des constats différenciés selon les branches

1 – Une tendance quasi générale à l'amélioration de la productivité

a) L'évolution des indicateurs

Les indicateurs globaux de productivité des différentes branches⁴¹⁷ montrent une amélioration sensible de la productivité dans le régime général, à l'exception de la branche famille, mais aussi un fléchissement en fin de période.

Les indicateurs de productivité des différentes branches

		2005	2006	2007	2008	2009	2009/2005	2009/2005 TCAM*	2009/2008
CNAMTS	Bénéficiaires actifs pondérés/ ETP	758,1	782,3	814,2	831,1	842,8	+11,2 %	+2,7 %	+1,4 %
CNAF	Allocataires pondérés/ETP	741,2	753,6	758,1	766,4 ⁴¹⁸	766,4	+3,4 %	+0,8 %	0 %
CNAVTS	Indicateur composite d'activité/ETP	11 244	12 765	13 455	13 878	13 785	+22,6 %	+5,2 %	-0,6 %
ACOSS	Comptes actifs/ETP	412	429	436	460,1	485	+17,7 %	+4,1 %	+5,4 %

*TCAM : taux de croissance annuel moyen

Source : CNAMTS, CNAF, CNAVTS, ACOSS

417. On appellera branches les quatre réseaux suivants : maladie (qui regroupe ici les branches maladie, d'une part, accidents du travail/maladies professionnelles, d'autre part), famille, vieillesse et recouvrement.

418. A pondération constante entre 2005 et 2009. Un changement de pondération est en effet intervenu en 2008 et a modifié la valeur de cet indicateur. Avec les nouvelles règles de pondération, le résultat a été de 720 allocataires pondérés par ETP en 2008 et 2009.

Les indicateurs de productivité par équivalent temps plein (ETP) dans les différentes branches

Ces ratios rapportent aux effectifs en CDI et en CDD, exprimés en équivalents temps plein, un indicateur d'activité propre à chaque branche :

- **maladie** : le nombre de « bénéficiaires actifs pondérés » (BAP) consiste en la somme du nombre d'assurés, de prestataires de soins et de décomptes de remboursements, pondérée en fonction de la charge de travail afférente à chacune de ces unités élémentaires ; ce ratio a été préféré à l'indicateur plus fruste, bénéficiaires consommateurs/ETP, retenu dans la COG ;

- **famille** : le total des allocataires est pondéré en fonction de la charge de travail selon les trois catégories d'aides financières versées (minima sociaux, allocations logement, prestations familiales) ;

- **vieillesse** : l'indicateur composite de la branche retraite (ICBR) fait la somme des opérations effectuées (régularisations de carrière, liquidations de retraite, versements de pensions etc.), pondérée en fonction de la charge de travail ;

- **recouvrement** : le nombre de comptes actifs des cotisants n'était pas pondéré en fonction de la charge de travail jusqu'en 2010.

Les indicateurs de coût unitaire confirment ce constat, malgré les limites de ce type de ratio qui soulève notamment la question du périmètre des dépenses à prendre en compte pour une activité donnée et fait intervenir différents paramètres supplémentaires, comme l'évolution du prix des facteurs de production. Dans la branche vieillesse, le coût unitaire global s'est réduit de 5,42 € en 2005 à 4,60 € en 2008 (soit -20 %⁴¹⁹) ; dans la branche maladie, le coût du « BAP » est passé de 67,43 € à 63,24 € sur la même période (soit -11,6 %⁴¹⁹) ; pour l'activité de recouvrement, le coût unitaire d'un compte actif a diminué de 171,6 € en 2006 à 170,5 € en 2009 (-4,9 %⁴¹⁹) ; dans la branche famille, le coût par allocataire pondéré a varié de 97,28 € en 2005 à 100,43 € en 2009 (-2,3 %⁴¹⁹).

b) La diminution des effectifs

Ces évolutions sont à mettre en relation avec la baisse sensible, quoique d'intensité variable, des effectifs constatée ces dernières années dans trois branches sur quatre du régime général. Cette diminution a succédé à une période de hausse au début des années 2000, à la suite de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail et des recrutements

419. En euros constants.

faits en prévision des départs à la retraite des générations nombreuses de l'après-guerre (dans la branche vieillesse).

Comme le fait apparaître le tableau suivant, la baisse des effectifs du régime général se concentre pour l'essentiel sur la branche maladie, en particulier sur son pôle « production », où le nombre d'ETP s'est replié d'environ 6 000 unités depuis 2005⁴²⁰, ce qui a correspondu à un taux de remplacement des départs en retraite de moins de 50 %. Ce taux atteindra 55 % dans la branche maladie au cours de la nouvelle période conventionnelle 2010-2013, contre 70 % pour la vieillesse et plus de 90 % dans le recouvrement et la famille.

Cette réduction significative des effectifs mérite toutefois d'être relativisée : ainsi, le RALFSS de 2004 soulignait que les progrès technologiques majeurs dans l'activité de « production » de la branche maladie ne s'étaient pas suffisamment traduits en gains de productivité. Cette branche partait donc d'une situation de sureffectifs d'autant plus élevés qu'elle est à la fois le principal employeur et de loin, du régime général, qu'elle assume pour l'essentiel des fonctions de règlement relativement simples et qu'elle connaît une progression régulière d'activité propice en elle-même à l'amélioration de la productivité.

Effectifs en ETP moyens annuels des différentes branches du régime général (CDI+CDD)

	2005	2009	Variation des effectifs entre 2005 et 2009	Variation entre 2005 et 2009
CNAMTS	102 029	96 009	-6 020	-5,9 %
CNAF	30 859	31 044	+185	+0,6 %
CNAVTS	14 231	13 932	-299	-2,1 %
ACOSS	14 440	14 021	-419	-2,9 %
Régime général	161 559	155 006	-6 553	-4,1 %

Source : Commission interministérielle d'audit salarial du secteur public (CIASSP)

420. Alors que la COG prévoyait un taux de remplacement de 60% soit une réduction de 4 680 ETP.

D'une façon générale, la maîtrise des effectifs n'a pas été acquise au prix d'une diminution de la qualité des services rendus aux usagers⁴²¹, telle que mesurée par une série d'indicateurs, sauf dans la branche famille. Ces évolutions sont conformes aux recommandations du RALFSS de 2004, qui invitait à mettre l'accent sur les gains de productivité et d'efficacité, après la restauration de la qualité des services au cours de la période précédente.

2 – La faible ambition des objectifs fixés dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG)

a) Pour les branches maladie et retraite, des gains de productivité plus importants que programmé

Dans la branche maladie, la dématérialisation des feuilles de soin dont le taux est passé de 79 % en 2005 à 86 % en 2009 a permis, selon différentes méthodes de calcul qui s'avèrent convergentes, une économie de personnel d'environ 4 000 ETP (soit plus de la moitié de la réduction des effectifs de la branche entre ces deux dates). De ce fait cette branche a atteint dès 2007 l'objectif de productivité (+6 %) que lui avait fixé la COG 2006-2009 et réalisé près du double de celui-ci sur la période de cette dernière (+11 %).

Il en a été de même pour la branche retraite où la mise en œuvre de l'outil retraite (à partir de 2003) a autorisé une automatisation poussée du traitement des dossiers, de la reconstitution des carrières à la liquidation des droits et à la gestion des paiements. Elle a permis d'absorber le choc de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses d'après-guerre et l'incidence des mesures nouvelles résultant de la loi d'août 2003. Sur la période de la COG, l'indicateur de productivité a progressé de 42 %, alors que l'objectif était de +38 %. Au regard de ces réalisations, la COG 2009-2013 fixe un objectif peu ambitieux (+5 %), ce que ne peuvent entièrement justifier l'épuisement des gains liés à l'outil retraite et l'évolution de la charge de travail, les moyens de production devant a priori s'y adapter. Des objectifs de réduction des coûts unitaires ont été

421. A cet égard la qualité de la liquidation, mesurée notamment par le taux d'erreur à incidence financière, est examinée par la Cour à l'occasion de la certification des comptes. Les situations sont variables selon les branches. La branche maladie vient seulement de mettre en place un tel indicateur et le mode de calcul de celui de la branche famille change tous les ans, ce qui empêche toute comparaison. Seule la branche retraite suit un indicateur depuis plusieurs années qui montre une amélioration significative puisque ce taux d'erreur est passé de 0,778 à 0,577 de 2009 à 2010.

fixés à la branche à partir de 2010 et jusqu'à la fin de la COG après deux années successives de hausse des coûts en 2008 et 2009.

Si les progrès notés au cours de la seconde partie de la décennie 2000 sont à apprécier favorablement, ils traduisent aussi un niveau d'exigence relativement faible des COG. On ne peut exclure à cet égard que les résultats décevants du début des années 2000 aient pesé sur la définition des objectifs. Or, leur médiocrité tenait sans doute à la mise en œuvre de la réduction du temps de travail, dont l'effet était par définition temporaire et au fait que tous les gains d'efficience n'avaient pas encore été tirés de la modernisation de diverses tâches, en particulier de la dématérialisation de certains processus. La concrétisation des gains de productivité peut en effet notamment nécessiter différentes formes de réorganisation et d'apprentissages nouveaux, sans préjudice de l'adaptation des effectifs tributaire en pratique du nombre de départs en retraite. Les contre-performances initiales auraient donc dû avoir pour contrepartie des objectifs non pas moins mais plus volontaristes, dans le cadre des COG suivantes.

b) Le recouvrement : des objectifs presque atteints, malgré la mise en place de l'interlocuteur social unique

Le nombre de comptes actifs par ETP a crû de 21,3 %, la cible ayant été fixée à 22 %, bien que le réseau des URSSAF ait dû faire face aux difficultés liées à la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU)⁴²² par le régime social des indépendants (RSI). Son déploiement qui devait entraîner une diminution de 355 ETP aura représenté en fait, en 2008, une augmentation d'activité équivalente à 192 ETP. L'ACOSS a créé des plateformes régionales de traitement des dossiers de travailleurs indépendants, afin de délester les services engorgés des URSSAF. Ces groupements temporaires de résorption des stocks (GTRS) installés en mai 2009 et fonctionnant essentiellement grâce à des intérimaires ont fonctionné jusqu'en juillet 2011.

Ces difficultés sont en cours d'être surmontées grâce à un effort d'adaptation, à de nouveaux développements informatiques, à des modifications de circuits et à la correction progressive des anomalies qui affectent un grand nombre de comptes cotisants. L'objectif cible pour 2013 en matière de productivité, à savoir la progression du nombre de comptes pondérés par ETP de 9 % en quatre ans paraît ainsi accessible sans grande difficulté. La baisse des effectifs fixée par la dernière COG

422. Les principaux dysfonctionnements ont consisté en des erreurs sur les calculs de cotisations, des prélèvements de cotisations effectués à tort, un allongement du temps de traitement des dossiers et une augmentation du nombre de réclamations.

2010-2013⁴²³, dans un contexte de régionalisation du réseau, n'apparaît de fait pas particulièrement ambitieuse et se situe en retrait des réalisations de la COG précédente (-558 postes en CDI) mais est justifiée, pour la tutelle, par l'accroissement du périmètre d'activité⁴²⁴ du réseau.

c) La situation particulière de la branche famille

Dans cette branche les gains de productivité ont été particulièrement limités, de seulement +1,1 % sur la période de la COG 2005-2008 pour un objectif évalué en début de COG à 10 %. La COG 2009-2012 ne lui assigne aucun objectif quantifié en la matière⁴²⁵.

La CNAF a fait état en effet, à partir de 2009, de graves difficultés d'écoulement de sa charge de travail. Elle les a imputées en particulier à la généralisation du RSA, dont les indicateurs d'activité et de productivité n'auraient pas rendu compte fidèlement.

La gestion de cette nouvelle allocation se traduit de fait par une complexité particulière⁴²⁶, caractérisée par l'instabilité de la charge de travail afférente dans la mesure où, chaque mois, environ 200 000 foyers connaissent une entrée ou une sortie du droit payable et où il y a 80 000 « mouvements » à l'intérieur du RSA (entre composantes RSA « socle » et RSA « activité »)⁴²⁷.

Lors de la négociation de la nouvelle COG en 2009, la branche a ainsi bénéficié d'une augmentation importante de ses moyens (1 237 ETP) pour prendre en compte cette charge nouvelle et pour régler, par ailleurs, de fortes difficultés de fonctionnement du réseau. Ces effectifs supplémentaires doivent cependant être restitués en fin de COG. Ils ont permis à la CNAF de mettre en place un atelier de régulation des

423. Une diminution de 540 postes, essentiellement d'intérimaires ou de CDD (seuls 100 postes en CDI seront supprimés).

424. Recouvrement des cotisations chômage pour le compte de l'UNEDIC et contrôle des cotisations AGIRC-ARCCO.

425. Les trois indicateurs (taux de pièces traitées par ETP en gestion administrative, ratio allocataires pondérés par agent et coût de gestion par allocataire pondéré) sont des indicateurs de suivi, non assortis de cibles.

426. « Montée en charge du RSA - bilan statistique après un an d'existence » direction des statistiques, des études et de la recherche (DSER), CNAF.

427. Cf. chapitre suivant (XIV) relatif aux prestations servies par la branche famille pour le compte de l'Etat et des départements.

charges (ARC)⁴²⁸ mais la plus grande partie a été affectée à la gestion du RSA et répartie assez uniformément sur l'ensemble du réseau. La CNAF indique qu'elle avait procédé, en amont, à une évaluation des bénéficiaires potentiels, caisse par caisse, mais in fine toutes les CAF ont vu leur effectif s'accroître, selon les cas de 3 % à 5 %.

Une fois ces postes attribués, il n'a pas au demeurant paru possible à la CNAF de réajuster les moyens affectés aux CAF pour tenir compte de la montée en charge réelle du RSA. Toutes les CAF n'ont pas été pourtant affectées à un degré identique, par les difficultés de fonctionnement du réseau. Ces problèmes ont été pour l'essentiel concentrés dans 17 CAF qui ont connu un solde supérieur ou égal à huit jours de dossiers à diverses reprises entre janvier 2009 et août 2010.

Au final, la contre-performance de la branche au regard des critères objectifs de productivité semble tenir à la combinaison de plusieurs éléments : une sous-estimation de la charge de travail⁴²⁹ par l'indicateur du nombre d'allocataires pondérés d'une part, une désorganisation de certaines caisses en difficulté d'autre part, mais aussi sans doute l'octroi de moyens additionnels, que l'évolution du RSA « activité », dont la montée en charge a été beaucoup plus lente que prévue, ne justifiait pas à due concurrence.

3 – Un pilotage prudent des autorités de tutelle

Les COG font l'objet, dans la dernière année de leur application, d'un rapport d'évaluation de l'IGAS. Pour autant, les objectifs de productivité définis de concert par les caisses nationales et le ministère des affaires sociales reposent moins sur une analyse approfondie des gains de productivité potentiels que sur des normes de gestion « a priori ». Le pilotage assuré par la tutelle prend ainsi essentiellement la forme d'un objectif d'évolution des effectifs, sur lequel se concentrent les négociations avec les branches.

Il en est allé ainsi notamment pour la branche retraite. L'activité, plus soutenue que prévue, s'y est traduite par des gains de productivité inattendus, le réseau s'avérant capable d'y faire face sans mobilisation de moyens supplémentaires, ce qui témoigne a contrario d'une sous-productivité latente. L'approche de la productivité dans le travail

428. Des développements plus circonstanciés sont consacrés à l'ARC dans le chapitre XVII du présent RALFSS consacré aux contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte.

429. Selon la CNAF, le contact qui donnait lieu à l'enregistrement de 1,1 fait générateur en 2004 en engendre 1,7 en 2010.

préparatoire et le processus de décision des COG semble ainsi avoir été insuffisamment approfondie. Une analyse plus précise aurait conduit à des perspectives de gains de productivité plus élevés et à une réduction des effectifs a priori plus importante.

Une politique fondée sur une contrainte quantitative très générale a pu avoir une efficacité certaine dans un contexte initial de sureffectifs patents au sein de plusieurs branches. Leur résorption rend cependant aujourd'hui nécessaire une approche passant davantage par une appréciation fine et réaliste des possibilités des organismes : les gains de productivité devraient devenir davantage la cause que la conséquence des réductions d'effectifs.

De ce point de vue, apparaît indispensable une approche inter-branches et inter-régimes, notamment à des fins de comparaison des performances et de mise en relief d'éventuelles marges de progrès. Depuis 2003, existe certes à cet égard un groupe de travail dit « benchmarking », qui regroupe 16 régimes de sécurité sociale. Mais, en sept ans, il n'avait pu parvenir à des conclusions opérationnelles. Depuis la relance de ces travaux en 2009, ce groupe s'est donc orienté dans une autre direction consistant à délimiter des grandes fonctions (paie, éditique etc.) plus facilement comparables. Un premier modèle commun de mesure de coûts par processus est en cours de déploiement dans les organismes.

B – Des lenteurs préjudiciables dans la définition des outils de pilotage

Le RALFSS de 2004 mettait en évidence que seule la branche vieillesse s'était dotée d'un ratio de productivité synthétique couvrant la totalité du champ de ses activités et que, par ailleurs, les branches famille et maladie n'avaient pas mis en place d'indicateurs spécifiques pour l'ensemble de leurs activités. Elle considérait également que le secteur de l'action sociale ne pouvait échapper à toute mesure de l'activité, voire de la productivité. Les progrès à cet égard sont tardifs et limités.

1 – L'affinement des indicateurs : des engagements non respectés et une mesure toujours très imparfaite

a) Le retard pris dans la révision de l'indicateur synthétique de la branche vieillesse

La branche vieillesse est toujours la seule à utiliser un ratio de productivité réellement synthétique couvrant l'ensemble des activités de

la branche : l'indicateur composite (ICBR), utilisé depuis la troisième COG (2001-2004) fournit en effet une mesure de l'activité globale en prenant en compte toutes les unités d'œuvre significatives de la production des processus principaux⁴³⁰ et non des inducteurs de charges⁴³¹ comme c'est le cas dans les branches famille et maladie.

La CNAVTS a mis en chantier une nouvelle révision de l'indice composite ICBR, destinée à mieux prendre en compte les nouvelles tâches d'information auprès des assurés dévolues à la branche par la réforme de 2003. Elles prendront principalement la forme de l'entretien conseil personnalisé (ECP) qui doit être progressivement généralisé à tous les assurés de 55 ans. Cette modélisation et les prévisions qui en découlent font cependant toujours l'objet de discussions avec la tutelle, deux ans après la conclusion de la COG et huit ans après la loi d'août 2003. Ce retard obère la qualité de la mesure de l'activité et de la productivité.

b) Une situation encore moins satisfaisante dans les autres branches

Pour la branche maladie, la COG 2006-2009 prévoyait une réforme de l'indicateur relatif aux bénéficiaires actifs pondérés (BAP), la CNAMTS s'engageant à suivre le coût du nouvel indicateur « y compris au niveau des fonctions ». Cette expression traduisait la volonté de réviser la mesure de l'activité au regard de nouvelles fonctions, jusqu'ici non ou peu prises en compte, comme la gestion du risque. Cette réflexion n'a abouti qu'en 2011, deux ans après l'expiration de la COG. La branche a choisi d'estimer principalement l'évolution de l'activité à partir de celle de la population protégée, sur la base de la consommation par classe d'âge. Le nouvel indicateur relatif aux bénéficiaires consommateurs pondérés (BCP) ne prend donc plus en compte un quelconque nombre d'opérations effectuées mais décrit évidemment mieux la réalité de la charge assumée par les caisses que le simple « bénéficiaire consommant », qui a servi à la fixation de l'objectif de productivité dans le cadre de la précédente COG.

430 . Respectivement « données sociales » (gestion des comptes des assurés), « retraite » (régularisation des carrières, liquidation des retraites, versement des pensions), « action sociale » (mesures d'accompagnement).

431. Plutôt que de décrire en détail l'activité d'un organisme (par exemple au travers d'un nombre d'opérations effectuées ou de dossiers traités), un inducteur de charges en fournit une évaluation indirecte au moyen d'une variable dont l'évolution est corrélée assez étroitement avec cette activité. Il peut s'agir, par exemple, du nombre de cotisants ou d'allocataires.

L'indicateur « bénéficiaires consommateurs pondérés »

Les bénéficiaires consommateurs standardisés par l'âge constituent certes un inducteur de charges (cf. supra) plus approprié que les seuls bénéficiaires actifs. En effet, si l'activité dépend du nombre d'assurés ayant effectivement recours aux soins, ce lien diffère de beaucoup d'un bénéficiaire à l'autre. L'âge peut constituer, en première approximation, une bonne manière de pondérer les bénéficiaires en fonction de la charge de travail qu'ils induisent (celle-ci étant plus élevée pour les plus jeunes et les plus âgés). Toutefois, l'absence de prise en compte du nombre de prestations en nature et en espèce, c'est-à-dire l'absence d'une mesure directe de l'activité, empêchera de distinguer ce qui est imputable à la productivité de cette activité de ce qui tient à l'efficacité de l'action de maîtrise des dépenses. Par exemple, ce nouvel indicateur ne permettra pas d'analyser correctement des situations créées par des épidémies, qui entraînent une inflation du nombre de consultations et d'actes médicaux, à population et politique de maîtrise des dépenses données.

Une solution alternative aurait pu consister à conserver une quantification des actes dans l'indicateur en y ajoutant une mesure de l'activité liée à la gestion des risques en tant que telle, voire d'autres fonctions, notamment logistiques ou transversales. Elle aurait été plus conforme à l'objectif fixé dans la COG (« y compris au niveau des fonctions ») et fondée sur une information plus riche et plus exploitable. Le BCP constituera, en effet, un indicateur très résumé et parfois peu fidèle de l'évolution de l'activité réelle des caisses. L'appréciation de l'efficacité et de l'efficience de la gestion des risques sur l'évolution de la dépense de remboursement -à distinguer de la productivité des caisses- devrait relever, quant à elle, d'une évaluation spécifique, d'une nature fondamentalement différente.

BAP	Coefficients	BCP	Coefficients
Bénéficiaires actifs	40	Bénéficiaires consommateurs standardisés par l'âge	70
Bénéficiaires CMU + AME	5	Bénéficiaires CMU + AME	5
Prestataires de soins (PS) actifs et établissements	15	Professionnels de santé et établissements	15
		Population active	10
Nombre de prestations en nature /de cellules-actes	30		
Nombre de premières IJ – AS – AT/MP	10		
Total	100	Total	100

Source : CNAMTS

Au regard des recommandations formulées par le RALFSS de 2004, il apparaît donc que la branche maladie ne s'est toujours pas dotée

d'indicateurs pour toutes ses activités puisqu'il n'y a d'unité d'œuvre ni pour les UGECAM⁴³², ni pour la lutte contre la fraude, ni pour la gestion du risque ni pour l'action sanitaire et sociale. A fortiori, elle ne suit donc pas non plus d'indicateur synthétique qui couvrirait tout en les pondérant l'ensemble des activités de la branche.

Dans la branche famille, la notion d'allocataires « pondérés » comptabilise chaque allocataire en fonction d'un poids correspondant à la charge théorique de travail que nécessite le traitement de la prestation dont il bénéficie. En 2008, la dernière campagne de mesure s'est traduite par un changement significatif des poids relatifs pondérant à la hausse les minima sociaux et à la baisse les prestations familiales. Depuis, la branche a lancé de nouveaux travaux afin notamment de prendre en compte les variations de charges d'une caisse à l'autre en décrivant mieux, par exemple, les différences de « turn-over » de la population aidée, l'instabilité des situations, les entrées-sorties dans le cadre des dispositifs de minima sociaux.

Pour l'activité de recouvrement, l'ACOSS n'a introduit qu'à l'occasion de la nouvelle COG 2010-2013 une pondération en fonction du type de compte et de sa durée d'activité dans l'année (un compte étant actif six mois ne comptant que pour moitié). Il s'agit là d'améliorations minimales et tardives puisque jusqu'en 2009, l'ACOSS a utilisé le ratio non-pondéré (nombre de comptes actifs par ETP) et a poursuivi un objectif exprimé sous cette forme.

Pour toutes les branches, ces indicateurs de productivité ne prennent toujours en compte ni les investissements en capital (immobilier, productif etc.)⁴³³, ni les consommations intermédiaires⁴³⁴, contrairement aux recommandations faites par la Cour en 2004. Cette insuffisance apparaît d'autant plus regrettable que les importants gains constatés résultent en bonne part d'une automatisation des processus de production, c'est-à-dire d'une substitution du capital au travail dont il convient de s'assurer qu'elle va bien de pair non seulement avec une augmentation de la productivité du travail mais aussi avec une augmentation de l'efficacité globale des caisses et une meilleure maîtrise des coûts totaux de fonctionnement.

432. Unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance-maladie, soit 211 établissements sanitaires et médico-sociaux.

433. Ce que permettraient de faire des indicateurs de « productivité globale des facteurs », rapportant la production aux ressources, pondérées, en capital et en travail.

434. Par exemple, l'externalisation de certaines tâches est susceptible de perturber l'analyse de la productivité.

2 – Le calcul du nombre d’emplois en équivalents temps plein : la lenteur de la mise au point d’une définition commune

Il a existé jusque récemment au sein du régime général deux méthodes de calcul des emplois temps plein (ETP), l’UCANSS ne disposant d’aucune donnée sur le temps de travail théorique ou réel des agents permettant de faire une estimation sur la base d’une définition unique. La première, fondée sur le nombre d’ETP au 31 décembre, était appliquée dans les trois branches maladie, vieillesse, recouvrement, tandis que la seconde était utilisée par la CNAF dans le cadre de l’estimation de son indicateur de productivité : il s’agit des « ETP annuels actifs » calculés en rapportant les heures travaillées dans l’année à un total annuel théorique par personne à temps plein. Cette dernière définition tend à diminuer sensiblement le nombre d’ETP et de ce fait à améliorer fictivement les indicateurs, en particulier parce que le total d’heures théorique évoqué ci-dessus est sensiblement supérieur à la réalité. En 2008, l’écart entre l’effectif annuel moyen en gestion administrative (25 485,9) et l’effectif annuel actif (21 484,3 ETP) atteignait près de 4 000 ETP soit 15 % de l’effectif total. Cette différence entre branches dans les modes de calcul, identifiée dès 2001, a donné lieu à de nouveaux travaux en 2006 qui n’ont permis d’aboutir à une définition partagée qu’en juillet 2010.

Pour autant cette longue réflexion n’a pas été mise à profit pour converger avec les nouvelles modalités de décompte des effectifs introduites au même moment dans la fonction publique d’Etat (en équivalents temps plein annuel travaillé -ETPT-)⁴³⁵.

3 – L’action sociale : une absence persistante de mesure de l’activité

Ce problème est particulièrement prégnant pour la branche famille⁴³⁶ qui emploie 7 650 ETP dans cette activité, soit 22 % de l’effectif total⁴³⁷. En 2004, le RALFSS faisait le constat qu’il n’existait aucune mesure de l’activité en la matière.

435. A côté de l’ETPT qui permet d’agréger dans un même décompte des agents dont les régimes peuvent être très différents, en termes de durée de la période de travail dans l’année et de quotité de temps de travail, sont également utilisés les ETPE (équivalents temps plein emploi), les ETPR (équivalents temps plein rémunérés) et les ETPF (équivalents temps plein financier)

436. Le RALFSS de 2009 s’est précédemment intéressé à l’accueil et l’accompagnement des usagers de la branche famille.

437. Et à un degré moindre dans la branche maladie qui emploie 3 000 travailleurs sociaux, ou encore dans la branche vieillesse (562 ETP en 2008).

Six années après, la situation n'a guère évolué. L'absence de suivi du travail social et de mesure de son activité, également critiqué dans le bilan de la COG 2005-2008 réalisé par l'IGAS, n'a reçu à ce jour qu'une première réponse, limitée à la définition d'un socle stabilisé et commun du travail social.

Des orientations relatives au travail social pour la période de la COG 2009-2012 ont en effet été diffusées aux CAF par lettre circulaire du 1^{er} octobre 2009. Jusqu'à la diffusion de cette nouvelle instruction, mettant fin selon la CNAF à une période de quinze années sans directive nationale, les pratiques ont divergé entre caisses, ce qui a rendu peu fiables le suivi et la mesure de l'activité du travail social.

En pratique, la branche et les caisses avaient donc une connaissance extrêmement limitée, au plan tant quantitatif que qualitatif, du travail social accompli. S'il convient de rester prudent dans l'appréciation de l'efficacité in fine de ce dernier, au regard des situations souvent difficiles ou complexes à gérer des personnes concernées par cette action sociale, rien ne justifie que l'on renonce à prendre la mesure de l'activité des services compétents et à la mettre en rapport avec les moyens mobilisés.

II - La nécessité de systématiser l'effort en matière de productivité

A – Des rigidités dans la gestion des ressources humaines à réexaminer

En vertu de l'accord du 5 septembre 2006 relatif aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre de l'évolution des réseaux⁴³⁸, il n'y a pas de mobilité imposée (« toute mobilité interviendra sur la base du volontariat »). Les restructurations s'accompagnent donc du maintien des implantations existantes⁴³⁹.

Ce protocole ne restreint pas seulement la mobilité géographique mais aussi fonctionnelle, puisqu'il prévoit que le refus par le salarié de propositions en ce sens ne peut conduire à son licenciement économique individuel. Même si une clause de mobilité existe dans son contrat de travail, elle ne peut pas être mise en œuvre dès lors qu'il est concerné par

438. En vigueur jusqu'au 31 décembre 2009. Le nouveau protocole reprenant la même disposition a été signé le 26 janvier 2010.

439. Il en va de même en cas de mutualisation (« mise en commun entre plusieurs organismes d'une mission, d'une fonction ou d'une activité » ; cf. infra).

une évolution des réseaux (article 4). Ces dispositions ont notamment pour conséquence de rendre difficile une spécialisation des sites.

Malgré leur statut de droit privé, les agents de la sécurité sociale bénéficient donc, en matière de mobilité, de règles très protectrices, bien plus que dans le cas des fonctionnaires de l'Etat où des mutations en nombre de personnels titulaires sont effectuées chaque année dans l'intérêt du service, en particulier à l'éducation nationale. Ainsi dans ce ministère, bon an, mal an, près de 4 000 enseignants du second degré titulaires d'un poste en établissement, touchés par des mesures de carte scolaire, sont dans l'obligation de demander leur mutation et de changer d'établissement. Ce nombre représente, selon les années, entre 10,5 % et 14 % du total des titulaires mutés.

Ce dispositif social spécifique au régime général fait de la démographie des organismes la principale variable d'ajustement utilisable par les caisses nationales. L'adaptation des effectifs est ainsi la plupart du temps circonscrite aux départs en retraite non remplacés.

Certes, les plus de 50 ans représentent plus de 42 % des effectifs du régime général (et même 46,7 % dans les seules CPAM). Mais la réforme des retraites de 2010 va temporairement réduire le flux de départ en retraite et obérer le principal moyen d'ajuster les effectifs aux besoins.

Par ailleurs le RALFSS de 2008⁴⁴⁰ a mis en lumière les insuffisances de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans le régime général : la Cour y soulignait que les différentes branches faisaient preuve d'une capacité d'adaptation encore trop limitée en matière de gestion des métiers. Elle relevait notamment que les analyses interbranches étaient restées trop limitées, alors qu'elles auraient notamment permis d'améliorer la gestion de certains métiers spécifiques et transversaux, tels que les informaticiens, les téléconseillers et d'accompagner le développement des métiers liés à la lutte contre la fraude ou l'émergence de métiers de conseils aux professionnels.

440. Aspects de la gestion des personnels du régime général, pages 404 et suivantes.

Les services informatiques

Cette fonction support emploie presque 5 000 personnes dans les différentes branches. Sa gestion pose problème tout particulièrement dans un contexte de réorganisation des réseaux.

La Cour a critiqué dans le RALFSS 2010 l'importance des effectifs dédiés à ces fonctions dans la branche maladie ainsi que leur dispersion qui génèrent des contre-performances en termes de productivité et de qualité. (3 366 informaticiens répartis dans plus de 150 sites). Le rapport 2010 appelait donc à un ferme redéploiement des emplois, parallèlement à la réduction et au regroupement des applications locales.

Dans les autres branches, les caisses nationales ont amorcé une rationalisation des fonctions et des activités et en premier lieu, souvent, de concentration de l'activité de production.

Toutefois, à l'examen des différents schémas cibles mis en place, on note que le nombre de sites informatiques reste inchangé quels que soient les réseaux et que les mouvements de personnels informaticiens n'interviendront qu'en fonction des départs en retraite :

- pour la branche famille, malgré le regroupement de la production sur deux sites, les huit centres régionaux de traitement informatique (CERTI) continueront d'assumer diverses missions à destination des CAF ;

- dans l'activité recouvrement, le redéploiement des moyens informatiques laissera subsister un nombre important de structures, qui assureront en particulier des fonctions d'assistance, au sein même des URSSAF, dans des centres de services interrégionaux ou encore dans des pôles de compétence nationale ;

- dans la branche retraite, la production quoique réorganisée sera répartie sur cinq implantations et les activités de développement, comme d'expertise, continueront d'être prises en charge par plusieurs centres référents pilotant les activités de centres associés.

De telles rigidités contribuent au demeurant à l'importance atypique du recours au travail précaire au sein du régime général qu'un assouplissement négocié de certaines règles de gestion contribuerait à réduire.

Nombre de CDD par branche (en ETP)

	2006	2009	% sur total des effectifs 2009
Famille	3 075	2 208	7,1
Maladie	1 944	2 395	2,5
Recouvrement	316	507	3,6
Vieillesse		138	1

Source : caisses nationales

Le recours aux CDD varie fortement selon les branches. Il est particulièrement élevé dans la branche famille même s'il a décliné régulièrement entre 2000 (11 000 agents avaient alors bénéficié d'un emploi en CDD dans la branche) et 2008, pour connaître une nouvelle progression en 2009.

Dans ce contexte, il importe que l'UCANSS mette pleinement à profit le laps de temps restant avant le terme de ce protocole (en décembre 2013) pour entamer des négociations avec ses partenaires conventionnels de manière à adapter la gestion des ressources humaines à l'évolution qui s'accélère des métiers et des réseaux en mobilisant toutes les actions d'accompagnement indispensables à une plus grande fluidité des parcours professionnels. En particulier, elle doit se fixer comme priorité de faciliter à tous égards l'affirmation indispensable d'une politique dynamique de mobilité fonctionnelle des personnels sans la limiter aux seuls cas de mutualisations ou de fusions d'organismes.

B – Une restructuration des réseaux de production et de proximité à parfaire

1 – Des fusions pour l'instant essentiellement juridiques, aux conséquences pratiques limitées

Alors que les réseaux avaient peu évolué depuis l'après-guerre, trois branches ont entrepris récemment une réorganisation.

Les branches famille et maladie et l'activité de recouvrement ont engagé une démarche identique puisqu'elles ont fait le choix d'une restructuration au niveau départemental. Ainsi, au 1^{er} janvier 2010, 48 caisses primaires d'assurance-maladie ont fusionné, de sorte que le réseau n'en compte plus que 101, au lieu de 128. Dans la branche famille, les travaux ont été engagés plus tardivement. Le conseil d'administration de la CNAF a donné un avis favorable à la départementalisation en juin 2007, en vue d'une mise en œuvre au plus tard au 31 décembre 2011⁴⁴¹. L'opération de départementalisation du réseau des URSSAF a eu une ampleur moindre puisque seuls 10 départements (et 20 organismes) étaient concernés. L'ACOSS a mené à bien ces opérations dans les délais prévus par la COG.

En reposant sur le principe de la départementalisation, ces réorganisations laissent cependant subsister des organismes de taille réduite qui rencontrent des difficultés de fonctionnement plus fréquentes et se caractérisent par de moins bonnes performances en moyenne, en

441. Seules les Pyrénées Atlantiques échapperont à ce mouvement de départementalisation et conserveront deux caisses.

particulier en raison du poids relatif des fonctions support. A contrario, dans certains départements très peuplés la possibilité de maintenir plusieurs caisses a permis d'y éviter la création de CPAM trop importantes. Toutefois, ces exceptions mettent en relief l'absence de réforme des structures les plus lourdes.

Pour sa part, la branche recouvrement a prévu un projet de régionalisation inscrit dans la nouvelle convention, mais ce projet laisserait subsister de petites unités départementales polyvalentes. Le maintien aussi envisagé de conseils départementaux de l'URSSAF régionale, même avec des attributions limitées, nuit au demeurant à la lisibilité de la nouvelle organisation.

Ces choix ont conduit, pour l'instant, à des fusions seulement juridiques pour l'essentiel, avec pour conséquence essentiellement à ce stade une diminution des conseils d'administration et la disparition de certains postes de directeurs et d'agents comptables.

Une action forte des branches concernées est ainsi urgente pour définir et faire entrer dans les faits de nouvelles organisations cibles plus performantes. Les choix faits jusqu'ici ont été pragmatiques pour tenir compte de la grande variété des situations existantes et ont incontestablement facilité l'acceptation de la réforme des réseaux mais, en contrepartie, les gains de productivité ne seront que très lents et partiels si ces réorganisations ne permettent pas de dégager tous les progrès d'efficience qu'elles rendent nécessaires.

2 – Un maillage local encore trop fin

Le maillage local des points d'accueil a parallèlement connu des évolutions non négligeables mais, dans la majorité des cas, insuffisamment appuyé sur des orientations nationales.

Nombre total de points d'accueil par branche

	2005	2009
Maladie	4 049	2 801
Famille	2 430	2 175
Vieillesse	1 874	1 428
<i>dont agences de retraite</i>	<i>277</i>	<i>313</i>

Source : caisses nationales

C'est notamment le cas à l'assurance maladie. Le nombre total de points d'accueil a diminué de manière importante (de plus de 1 200, soit -31 %) entre 2005 et 2009. Ont en particulier été fermés de nombreux points de contact non-permanents, en raison de la montée en puissance de

la télétransmission mais si le réseau s'est concentré, les effectifs affectés à la fonction de relation avec les assurés n'ont pas diminué pour autant (restant stables à 14 600).

Au final, la mise en œuvre d'une politique de relation multi-canal avec les assurés semble, en effet, davantage participer d'une amélioration de son information et du service rendu que d'une recherche de meilleure productivité. Les consultations du site Améli, les comptes assurés Améli ou l'usage des guichets automatiques ne paraissent pas remplacer les appels téléphoniques, encore en augmentation entre 2005 et 2009. Ces contacts à distance ne se substituent aussi que peu à la fréquentation des points d'accueil. Il convient ainsi de renforcer l'offre de télé-procédures, par exemple en matière d'affiliation ou de prise en compte des changements de situations, les plus porteuses de gains d'efficacité et d'économies de coûts de transaction, conformément aux engagements pris dans la nouvelle COG.

S'agissant de la branche famille, la Cour, à l'occasion de l'examen des conditions d'accueil et d'accompagnement des usagers dans la branche famille⁴⁴², a relevé, comme point positif, qu'elle avait défini les jours d'ouverture et les missions des différents types d'accueil. En revanche, elle a constaté que le nombre de points d'accueil se maintenait à un niveau très élevé et qu'il n'existait toujours ni cartographie complète de l'offre de service en la matière, ni mesure de l'activité des divers intervenants. La CNAF a indiqué qu'elle allait définir une doctrine quant à l'offre de service d'accueil, à son implantation, à la nature des services offerts, aux compétences requises et se doter d'un outil de recensement des lieux d'accueil. Il lui appartient en effet de veiller à la cohérence d'ensemble des politiques locales et de centraliser les données de fréquentations. Au surplus, elle devrait fixer des niveaux (en nombre de visites par type de structures), en-deçà desquels les sites seraient fermés et les moyens redéployés vers des sites plus fréquentés.

Dans la branche vieillesse, l'outil retraite permet à un technicien d'une agence de retraite, en tout point du réseau, d'avoir accès à toutes les informations concernant un assuré et de retrouver la trace de toutes les actions effectuées (contact, mise à jour). Conçu pour répondre aux besoins apparaissant lors d'entretiens en face-à-face, il a fortement contribué à l'accélération de la déconcentration du traitement des dossiers, la proportion de liquidations en agence passant de 32 % en 2001 à 87 % en 2008. Des interrogations demeurent cependant. Se trouve notamment posée la question de la suppression pure et simple des points d'accueil retraite, encore au nombre de 1 264 en 2008, qui, contrairement aux agences, n'ont qu'un rôle d'information. Par ailleurs, la création de

442. Chapitre du RALFSS 2009, pp. 363 à 386.

nouvelles agences, alors que les salariés échappent en pratique à toute mobilité, induit le risque d'une certaine rigidification d'implantations qui pourraient apparaître par la suite trop nombreuses ou localement peu adéquates.

Il convient naturellement de tenir compte des besoins spécifiques de chaque branche. L'importance de la relation en face-à-face dans les branches retraite et famille, en particulier, justifie un maillage relativement dense. Il n'en demeure pas moins qu'une politique de redéploiement active est toujours nécessaire, notamment de réduction du nombre de sites offrant peu de services. S'il faut laisser une certaine autonomie à l'échelon local, le suivi des caisses nationales apparaît insuffisant dans ce domaine et il conviendrait qu'elles définissent plus explicitement leurs objectifs de dimensionnement et de positionnement de leurs réseaux d'accueil.

C – De nouveaux leviers à mobiliser

1 – La réduction des écarts de performance entre organismes de base : un instrument sous-utilisé

La disparité des performances des organismes de base apparaît peu satisfaisante, plus particulièrement dans les branches maladie et vieillesse.

La dispersion des coûts de gestion des caisses autour de la moyenne ⁴⁴³

	<i>En %</i>				
	2005	2006	2007	2008	2009
CNAMTS (CPAM)		13,53	12,58	12,99	12,1
CNAF	9,61	9,36	8,90	8,86	8,48
CNAVTS	-	13,83	9,28	9,64	10,24
ACOSS	12,40	12,20	12,61	11,01	9,2

Source : CNAMTS et PLFSS

Par ailleurs, le rapport entre la meilleure et la plus mauvaise performance en France métropolitaine est de 2 soit une variation du simple au double dans le réseau de la branche maladie (écarts du coût du BAP en 2008), de 1,65 dans celui de la branche famille (coût par allocataire pondéré en 2009), de 1,5 dans l'assurance-vieillesse (coût

443. Ecart-type par rapport à la moyenne des coûts de gestion globale brute. Il faut naturellement rapporter les écarts à la moyenne. Ainsi si le niveau de coût moyen était divisé par deux sans diminution de l'écart-type, cela signifierait une divergence des performances au sein du réseau attestant d'un pilotage insuffisant.

d'une unité d'œuvre pondérée en 2009) et de 1,93 dans l'activité de recouvrement (coût d'un compte actif pondéré en 2009).

La tutelle insiste, à juste titre, sur la réalité des leviers de productivité que recouvre la réduction des écarts entre organismes, ces derniers pouvant tenir à des sureffectifs dus au passé des caisses, à la diversité des processus de production et des managements locaux, à la faiblesse du pilotage par la caisse nationale etc.

Les niveaux des résultats constatés dans les meilleures caisses soulignent l'existence de marges de progression que peuvent et doivent exploiter toutes les autres. S'il est logique d'attendre des gains plus importants de la part des unités les moins productives, qui peuvent s'aligner sur une norme déjà éprouvée, les meilleures doivent continuer à innover pour déplacer la « frontière d'efficience ». Fixer à tous les organismes, y compris aux plus efficaces, un objectif à la fois réaliste et ambitieux contribue globalement à une diminution des écarts, à condition pour cela d'estimer les gains de productivité qui devraient résulter d'une certaine convergence des performances, nécessairement par le haut et de les additionner avec ceux à réaliser par les unités les plus efficaces, a priori généralisables⁴⁴⁴.

La COG 2009-2013 de la branche vieillesse présente à cet égard la particularité de faire de la réduction des écarts de productivité entre caisses régionales la principale source d'amélioration de l'efficience globale de la branche. Cependant, l'objectif qu'elle fixe repose sur l'hypothèse que le niveau de productivité des huit organismes les moins performants se hissera au niveau de la médiane, tandis qu'il n'est pas fixé d'objectif d'amélioration de leur productivité à la moitié des caisses les plus efficaces. Cette démarche témoigne d'un volontarisme insuffisant : en prévision, la productivité de certaines caisses se dégraderait même. La CNAVTS justifie cette situation par le niveau minimal de renouvellement des départs en retraite jugé compatible avec le maintien du bon fonctionnement des organisations, qu'elle situe à 35 %. Pour sa part, le recouvrement estime ce niveau minimal à 25 % et la branche maladie à 15 %.

Pour cette dernière, la COG 2006-2009 prescrivait la définition avant 2006, conjointement par l'Etat et la CNAMTS, d'un indicateur de réduction des écarts entre CPAM. Or, cette tâche n'a pas été menée à bien et la branche n'a donc pas eu d'objectif précis à cet égard, alors même que l'accroissement des écarts entre les caisses les moins productives et les productives, constaté en particulier entre 2005 et 2008, appelle une politique plus volontariste, à même de dégager de considérables gains de

444. Et non à les additionner avec des prévisions de gains moyens pour la branche, même évalués par domaines, ce qui entraînerait des risques de doubles comptes.

productivité. Si le suivi d'un tel indicateur est prévu dans la COG 2010-2013, celle-ci n'en fait toujours pas un objectif pour la branche.

La mission de l'IGAS faisant le bilan de la COG concluait ainsi à une économie à terme de 12 000 ETP selon deux scénarii d'alignement du réseau sur le ratio « BAP » par ETP des meilleures caisses.

L'intéressement des personnels : un mécanisme peu incitatif à l'amélioration de la performance

L'intéressement des personnels aux résultats de gestion devrait être mis au service de cette stratégie de convergence des performances, mais aujourd'hui il joue un rôle négligeable.

Ainsi, dans la branche maladie, l'intéressement comprend deux parts : nationale et locale. La part nationale (40 % du total) prend en compte, à hauteur de 20 %, un critère de productivité (bénéficiaires actifs consommants par ETP hors UGECAM). Toutefois, de par le caractère national de cet objectif et de cette prime, le lien entre l'implication au travail de chacun et la productivité de la branche apparaît ténu et l'incitation à la réduction des écarts nulle. Il relève, en l'occurrence, davantage de la compensation que de l'incitation ; on rétrocède aux salariés une partie des économies rendues possibles par le non-remplacement d'une part des départs à la retraite, qui se traduit par une intensification du travail.

La performance locale des CPAM (60 %) dépend, quant à elle, de 40 indicateurs. Dans ce cadre, la productivité des fonctions de production et des fonctions de support n'entre dans le calcul de la performance globale qu'à hauteur de 5 %. En outre, en 2008, sur 128 CPAM, seulement 21 n'avaient pas connu un taux de réussite de 100 %, au regard de la productivité des fonctions de production et seulement deux pour ce qui concerne la productivité des fonctions support. Ce résultat s'explique par la volonté de faire bénéficier de l'intéressement le plus grand nombre d'organismes possibles.

Au final, la modestie des sommes en jeu, la faible pondération affectée aux objectifs de productivité, l'insuffisante différenciation des résultats limitent le caractère incitatif de cet intéressement des personnels aux gains de productivité et à la réduction des écarts de productivité.

2 – La dématérialisation : des marges de progrès dont l'exploitation exige une politique plus active

Des marges importantes existent encore en la matière notamment dans la branche maladie.

Dans la nouvelle COG figure ainsi l'objectif d'une augmentation du taux de dématérialisation des feuilles de soins de 6 points, ce qui contribuerait à une économie de personnels d'environ 2 100 emplois, selon une estimation de l'IGAS. Accroître ce taux suppose cependant une action volontariste de la CNAMTS et des pouvoirs publics auprès des

professionnels de santé, réticents encore parfois à l'égard de la télétransmission. Une partie importante des envois des feuilles de soins papier tient notamment au fait que certains en font leur mode de facturation exclusif, c'est-à-dire qu'ils ne font pas l'effort de s'équiper ou d'utiliser leur matériel. C'est encore le cas de 18 % des généralistes, de 42 % des spécialistes (soit 42 000 praticiens) et de 43 % des psychiatres. Une dématérialisation totale en la matière aboutirait selon la CNAMTS à une économie de quelque 6 000 postes. Encore conviendrait-il pour dégager ces gains d'efficience que la politique suivie en ce domaine soit constante et fermement affichée.

Un exemple de délais de mise en œuvre d'une mesure incitative au développement de la télétransmission

L'article 53 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (juillet 2009) prescrivait que l'UNCAM devait fixer le montant d'une contribution forfaitaire applicable aux professionnels de santé afin de les inciter à adopter la télétransmission, le principe d'une telle taxe remontant aux ordonnances de 1996 réformant l'assurance maladie sans qu'il ait été encore mis concrètement en œuvre. Cependant, la décision de l'UNCAM du 19 mars 2010⁴⁴⁵ a été annulée pour excès de pouvoir par le Conseil d'Etat qui a jugé que la loi ne conférait pas au directeur de l'UNCAM le pouvoir de prévoir certaines exceptions ni un abattement. La loi du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST confie aux partenaires sociaux le soin de trouver un accord sur cette taxe d'ici le 30 septembre 2011, à défaut de quoi il reviendrait au directeur de l'UNCAM de trancher. Quelles que soient les péripéties de son adoption, il importe que cette disposition entre en vigueur rapidement, sauf à compromettre les gains d'effectifs prévus dans la COG.

Par ailleurs, plus de la moitié du milliard de feuilles de soins s'accompagnant d'une prescription pharmaceutique, la dématérialisation de celle-ci peut constituer un relai majeur de productivité pour la branche maladie. Alors que le médecin la saisit dans 60 % des cas dans sa base de données, l'assuré présente l'ordonnance papier au pharmacien qui informatise son contenu et émet une facture dématérialisée. Ce dernier transmet ensuite une copie de l'ordonnance aux caisses, qui doivent au final réconcilier les factures dématérialisées avec plus de 600 millions d'ordonnances. La transmission de prescriptions électroniques par le praticien pourrait ainsi se traduire par des gains importants de

445. Instituant une contribution forfaitaire de 50 centimes, assise sur le nombre de feuilles de soin papier envoyées au cours de l'année civile précédente, après un abattement légal de 25 % du nombre total de support de facturation papier et dématérialisés, destiné à prendre en compte les situations où les praticiens ne peuvent utiliser la télétransmission.

productivité, sans remise en cause de la sécurité de cette procédure, voire en la renforçant.

Une concertation n'a été lancée sur cette question qu'en 2009. La nouvelle COG prévoit que seront examinées les modalités selon lesquelles les pièces justificatives, y compris les ordonnances, pourraient être dématérialisées. L'assurance maladie souligne toutefois qu'il s'agit d'un projet complexe d'un point de vue technique, organisationnel, juridique et conventionnel et concentre dans l'immédiat ses efforts sur une étape intermédiaire fondée sur la numérisation des ordonnances papier transmises aux pharmaciens qui font actuellement l'objet, par la CNAMTS, d'un ramassage et d'un stockage sans guère de valeur ajoutée. Cette solution palliative ne doit pas cependant détourner de la définition d'un projet plus ambitieux de dématérialisation à la source, déjà au demeurant mis en œuvre dans plusieurs pays étrangers, selon l'objectif fixé par la COG.

La principale avancée de la branche famille en ce domaine a consisté dans l'acquisition des ressources annuelles des allocataires auprès de la direction générale des finances publiques (DGFIP)⁴⁴⁶. En raison de « son importance exceptionnelle dans les processus de gestion de la branche », elle a fait l'objet d'une estimation détaillée des gains de productivité attendus. L'économie potentielle de cette réforme était estimée à 518 ETP. Mais la première année d'application a été marquée par des difficultés tenant au nombre de dossiers non trouvés auprès de la DGFIP, supérieur à celui qui était escompté, à une insuffisance des contrôles de cohérence entre activité et ressources entraînant des erreurs et à une augmentation des réclamations et des flux à l'accueil. La quasi-totalité des CAF a indiqué que « cette opération avait entraîné une surcharge de travail en production, à l'accueil physique et au téléphone ». Les économies attendues restaient donc à ce stade encore virtuelles.

3 – Une stratégie de mutualisation à piloter plus fermement par les caisses nationales

Outre qu'elles s'accompagnent d'économies d'échelle ou d'une plus grande spécialisation, les mutualisations permettent d'optimiser la répartition de la charge de travail entre organismes. Elles contribuent à lever en partie les freins que constituent les limitations à la mobilité des personnels ou le hiatus pouvant exister entre, d'une part, l'évolution de l'activité, d'autre part, les marges de manœuvre offertes par les départs en retraite.

446. En avril 2011, la dématérialisation des déclarations de ressources atteignait 84,25 %.

Dans la branche maladie, les mutualisations concernent peu le « cœur de métier » des caisses, où s'emploie la majorité des effectifs. Leur initiative est très largement décentralisée et l'augmentation de la productivité n'en constitue pas un objectif déclaré. La tutelle déplore à cet égard que cette démarche repose uniquement sur des initiatives des caisses quant aux domaines retenus et à leur périmètre géographique, sans cahier des charges contraignant en termes de gains de productivité. En la matière, la COG 2010-2013 prescrit dorénavant que chaque organisme doit retenir annuellement six projets de mutualisation de son choix dans un portefeuille d'activité, ce qui constitue un début de mise sous tension des caisses.

La CNAVTS influe sur la répartition de la charge de travail afin de l'optimiser entre caisses, donc d'améliorer la productivité globale. En particulier, elle joue sur leur spécialisation par pays de résidence, dans le cas des assurés installés à l'étranger. Ainsi sont-ce bien les organismes les moins productifs qui traitent les dossiers a priori les plus nombreux à ce titre (par exemple : Paris pour l'Algérie).

Dans le cas de la branche famille, l'IGAS a jugé dans le bilan de la COG 2005-2008 que la mutualisation constituait l'un des points les plus décevants de la période écoulée. Les objectifs inscrits dans la COG 2009-2012 n'apparaissent pas beaucoup plus ambitieux mais la branche a pris l'initiative de faire porter en priorité ses efforts, outre la numérisation, sur les projets les plus immédiatement porteurs tels que l'éditique ou la relation téléphonique.

Pour l'activité de recouvrement, la COG 2006-2009 prévoyait que les mutualisations seraient développées au niveau -régional ou interrégional- le plus adapté aux économies d'échelle et sur la base d'un cahier des charges national identifiant les conditions de mise en œuvre et les gains attendus. Les contrôles réalisés dans le cadre du réseau d'alerte animé par la Cour ont mis en lumière la faiblesse des effets mesurables en matière de productivité des premières expériences. La sélection et la répartition des fonctions mutualisées s'est en effet faite sur la base d'un consensus entre organismes locaux peu propice au choix des fonctions employant les effectifs les plus importants, sans qu'ait été généralisé l'outil de « remontée des temps » destiné à évaluer le nombre d'ETP nécessaires à la réalisation d'un processus mutualisé.

4 – La simplification des règles : une exigence prioritaire

La simplification administrative doit devenir un chantier prioritaire pour que la dématérialisation et les mutualisations produisent leurs pleins effets sur la productivité et la qualité des services rendus. Plus généralement, la complexité législative et réglementaire, même quand elle se justifie par un souci d'appréhender des situations très diverses ou

de limiter les risques de fraude, constitue une difficulté très importante⁴⁴⁷ pour les caisses dont il importe de prendre toute la mesure au moment de l'élaboration des textes.

Un exemple de complexité : le calcul des indemnités journalières

Les indemnités journalières sont calculées sur un salaire brut (risque maladie) ou sur un salaire net (risque maternité/paternité, accidents du travail), sur une période de référence d'un mois (AT/MP), de trois mois (maladie, maternité/paternité) ou douze mois (activité saisonnière et discontinuée), avec lissage des primes (AT/MP) ou sans lissage des primes (maladie, maternité/paternité). Ainsi la dématérialisation des déclarations de salaires et leur injection dans les applications de l'assurance-maladie ne procurera que des gains de productivité limités si la complexité de la législation continue d'imposer une analyse réglementaire au cas par cas.

Un comité de pilotage des simplifications et de la modernisation a été mis en place au second semestre 2010 qui doit consolider l'ensemble des projets en la matière (régime général, RSI et MSA) et en suivre la mise en œuvre afin de garantir une plus grande réactivité. Ses travaux constituent un enjeu déterminant pour la qualité du service rendu aux assurés comme pour les progrès de productivité des organismes de sécurité sociale.

447. Voir le chapitre suivant (XIV) sur les prestations servies par la branche famille pour le compte de l'Etat et des départements.

CONCLUSION

Depuis la précédente enquête de la Cour, la modernisation des procédures et l'importance des départs en retraite ont permis la réduction de sureffectifs et des gains de productivité certes appréciables mais très variables et globalement insuffisamment ambitieux.

Les marges de progrès demeurent de fait considérables. L'état des finances sociales commande de les exploiter de manière rapide, systématique et déterminée. Une réduction des dépenses de gestion administratives de 10 %, qui représenterait, toutes choses égales par ailleurs, un milliard d'euros d'économies potentielles, pourrait constituer un objectif à atteindre à moyen terme sur la durée des COG en cours et de celles qui leur succèderont.

Un pilotage global par la performance doit pleinement s'affirmer ainsi à tous les niveaux du régime général. Organisé par les COG et soutenu par un effort de simplification réglementaire, il doit s'appuyer sur des indicateurs renouvelés et des analyses en continu des modes d'organisation et des processus pour déterminer les gains de productivité potentiels, puis mesurer leur concrétisation effective.

Les caisses nationales doivent impérativement à cet égard, au-delà des fusions juridiques entre organismes de base, amplifier les réorganisations et mutualisations fonctionnelles. Celles-ci permettront, couplées avec l'accélération nécessaire de la dématérialisation des procédures, d'en tirer tout le gain d'efficience et de faciliter l'effort tout particulier de convergence sur les performances des plus productifs qui s'impose dans chacun des réseaux. Dans cette optique, la gestion des ressources humaines doit être profondément renouvelée et savoir accompagner plus complètement et de manière plus dynamique ces évolutions indispensables.

RECOMMANDATIONS

65. *Mettre en place dans les branches famille et maladie des indicateurs de productivité synthétiques réellement exhaustifs.*

66. *Promouvoir les mutualisations de manière plus systématique et rigoureuse sur la base d'un schéma-cible d'organisation, en prévoyant des cahiers des charges et une estimation des gains de productivité à en attendre et l'évaluation des gains réalisés.*

67. *Faire de la réduction des écarts de performance une source de l'amélioration de l'efficacité des branches, en fixant parallèlement des objectifs réalistes et ambitieux aux organismes les plus productifs.*

68. *Définir pour chaque branche une doctrine en matière de proximité qui tienne compte à la fois des besoins des usagers et de l'impératif d'efficacité.*

69. *Pour la branche maladie, définir des objectifs et un calendrier précis pour de nouvelles étapes en matière de dématérialisation.*

70. *Anticiper et préparer la renégociation de l'accord relatif aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre de l'évolution des réseaux, aux fins d'une plus grande fluidité des parcours professionnels des agents.*
