

## **Chapitre X**

# **L'organisation territoriale des réseaux de caisses de sécurité sociale du régime général : des évolutions nécessaires**



---

## PRÉSENTATION

---

*Les missions des quatre branches de prestations du régime général de sécurité sociale – maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), famille et vieillesse – sont mises en œuvre par 223 caisses locales, pilotées par trois établissements publics de l'État : la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav).*

*Historiquement, les caisses locales sont compétentes sur un territoire donné pour accorder aux assurés (ou allocataires) qui y résident l'ensemble des droits et prestations auxquels ils peuvent prétendre. Personnes morales de droit privé, elles sont gouvernées par des conseils où sont représentés les employeurs, les travailleurs indépendants et les salariés et sont les employeurs de leurs agents, auxquels elles appliquent les conventions collectives nationales communes aux organismes du régime général.*

*À la suite de précédentes analyses sur la relation de service des caisses aux assurés<sup>495</sup>, la Cour<sup>496</sup> a souhaité examiner le schéma d'organisation des trois réseaux de caisses des branches de prestations du régime général, décrit par le schéma ci-après. Certaines caisses (Carsat, CGSS) relèvent de plusieurs organismes nationaux du régime général. Le service médical de l'assurance maladie n'est pas rattaché aux CPAM, mais est un service déconcentré de la Cnam.*

*Entre 2009 et 2011, les Caf et la plupart<sup>497</sup> des CPAM qui avaient un ressort infra-départemental ont été fusionnées en des caisses départementales, ce qui en a réduit le nombre d'un cinquième. Ces fusions n'ont pas concerné*

---

<sup>495</sup> Voir Cour des comptes, « La relation de service des caisses de sécurité sociale avec les assurés à l'ère numérique : des transformations à amplifier », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2019, p. 377-414, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>496</sup> En application de l'article R. 134-4 du code des juridictions financières, la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale de la direction de la sécurité sociale a concouru à cette enquête, notamment pour les déplacements dans six Caf (Bouches-du-Rhône, Gironde, Hautes-Alpes, Orne, Val d'Oise et Var), sept CPAM (Bouches-du-Rhône, Gironde, Hautes-Alpes, Loire-Atlantique, Loir-et-Cher, Moselle, Val d'Oise), trois Carsat (Aquitaine, d'Auvergne et Sud-Est), la caisse commune de sécurité sociale de Lozère, ainsi que trois directions régionales (Île-de-France, Paca-Corse et Pays de la Loire) et cinq échelons locaux (Bouches-du-Rhône, Gironde, Hautes-Alpes, Lozère et Val d'Oise) du service médical de l'assurance maladie.

<sup>497</sup> Dix CPAM ont conservé un ressort infra-départemental : quatre dans le département du Nord et deux dans le Pas-de-Calais, les Pyrénées-Atlantiques et la Seine-Maritime.

les Carsat, qui ont des ressorts plus larges. En 2015<sup>498</sup>, la Cour constatait cependant que la restructuration des implantations des caisses locales restait limitée et que les écarts de taille et de performance entre caisses d'un même réseau demeuraient considérables. Si les mutualisations d'activités, par partages et échanges d'activités, entre caisses se développaient, un nouveau modèle d'organisation peinait à émerger.

### Schéma n° 1 : les réseaux de caisses des branches de prestations

Niveau national	Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)	Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)	dont services centraux du service médical	Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)
Niveau régional (ou interdépartemental)	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) Deux caisses distinctes en Île-de-France (CNAV pour la retraite et CRAMIF pour AT-MP et maladie)		Direction régionale du service médical (DRSM), service déconcentré du service médical de la CNAM	
			Délégation de la coordination et de la gestion du risque (DCGDR, dont le directeur est l'un des directeurs de la CPAM du chef-lieu de la région ou le médecin conseil régional)	Comité régional des directeurs de CAF, instance d'échanges et de coopération
Niveau départemental (ou infra-départemental)		Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)	Échelon local du service médical de la CNAM (sous l'autorité de la DRSM)	Caisse d'allocations familiales (CAF)
	Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) : Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion - Caisse de sécurité sociale : Mayotte, Structures qui recouvrent les prélèvements sociaux			

Source : Cour des comptes

N.B. Par exception la caisse commune de sécurité sociale de la Lozère gère l'assurance maladie, les prestations familiales et recouvre les prélèvements sociaux

Depuis lors, les mutualisations d'activités entre caisses locales ont pris une ampleur croissante, à cadre institutionnel inchangé (I), mais n'ont qu'en partie remédié aux écarts excessifs de taille et de résultats opérationnels entre caisses (II). Dépasser le statu quo institutionnel pour déployer un nouveau modèle de production apparaît nécessaire (III).

<sup>498</sup> Cour des comptes, « La réorganisation des réseaux de caisses du régime général : un mouvement significatif, un impossible *statu quo* », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, p. 451-492, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

## I - Derrière la stabilité de l'organisation générale des caisses, des mutualisations croissantes d'activités

Les branches de prestations du régime général de sécurité sociale comptent 223 caisses locales et, en 2018, plus de 118 000 agents (en contrats à durées indéterminée et déterminée<sup>499</sup>) exprimés en équivalent temps plein en moyenne annuelle (ETPMA, voir encadré), pour des dépenses limitatives de gestion administrative d'environ 8 Md€<sup>500</sup>.

### Les réseaux de caisses du régime général

Le **réseau de la Cnav** (12 606 ETPMA et 118,4 Md€ de prestations légales au titre des salariés en 2018) est **le plus resserré**. Il comprend 21 caisses : 15 caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat)<sup>501</sup>, au ressort régional ou interdépartemental, la Cnav, à la fois caisse nationale et caisse régionale pour l'Île-de-France, et cinq caisses interbranches dans les départements et régions d'outre-mer : quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) en Guadeloupe, Guyane, à la Martinique et à La Réunion et la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM).

Le **réseau de la Cnam** (71 208 ETPMA et 189,6 Md€ de prestations légales en 2018) est **le plus étendu et complexe**. Il compte 123 caisses : 101 CPAM (prestations), 15 Carsat (fixation des taux de cotisation et prévention des AT-MP, service social), la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (qui exerce les missions maladie et AT-MP des Carsat et gère les pensions d'invalidité), les quatre CGSS, la CSSM, ainsi que la caisse commune de sécurité sociale de Lozère. En outre, le service médical, service déconcentré de la caisse nationale, est organisé en 16 directions régionales (20 en 2019), auxquelles sont rattachés autant d'échelons locaux que de CPAM et de CGSS.

<sup>499</sup> Les CDD représentaient en 2018 3 % des effectifs (ETPMA) dans les branches maladie/AT-MP, 2 % dans la branche retraite et plus de 7,5 % dans la branche famille.

<sup>500</sup> Dépenses encadrées par les conventions d'objectifs et de gestion avec l'État (dépenses de personnel, autres dépenses de fonctionnement et investissements).

<sup>501</sup> Les Carsat relèvent de deux caisses nationales, la Cnav et la Cnam.

Le **réseau de la Cnaf** (34 301 ETPMA et 62,5 Md€ de prestations légales et 6,5 Md€ de prestations d'action sociale en 2018) est **pour l'essentiel constitué de ses propres caisses**. En effet, ses 101 caisses comprennent 99 Caf, ainsi que les caisses de Lozère et de Mayotte. À côté des prestations familiales (allocations familiales et prestation d'accueil du jeune enfant principalement), les prestations de solidarité versées pour le compte des départements (revenu de solidarité active) et de l'État (aides au logement, prime d'activité et allocation pour adulte handicapé) représentent une part majoritaire des prestations et, plus encore, de la charge d'activité.

Depuis 2015, une seule fusion de caisses est intervenue (cf. *infra*). Toutefois le redéploiement d'activités dans le cadre de mutualisations entre caisses a pris une ampleur croissante, au prix d'un certain brouillage des organisations, des ressources et des résultats.

## **A - Un cadre territorial revendiqué, mais aussi subi**

Le ressort départemental des Caf et des CPAM a deux motifs revendiqués : l'association d'acteurs locaux à l'exercice de leurs missions et une présence de proximité destinée à répondre aux besoins des habitants des territoires concernés. Ces motifs doivent cependant être relativisés, tandis que les obstacles à la mobilité des agents constituent un motif majeur à la stabilité de l'organisation territoriale des réseaux de caisses de sécurité sociale.

### **1 - Une explication partielle de l'organisation territoriale des réseaux par les partenariats locaux**

La maille départementale pour les Caf et CPAM est souvent justifiée par l'assise territoriale de leurs principaux partenaires – collectivités locales, associations d'insertion et d'aide à des publics fragiles, missions locales et établissements de santé.

Pour l'action sociale collective (subventions de fonctionnement et d'investissement et prêts pour investissement à des associations), les Caf analysent les besoins, orientent la création et l'adaptation d'équipements et services et coordonnent les financeurs. Elles interviennent à un double niveau, départemental et intercommunal. Elles sont aussi un interlocuteur essentiel des conseils départementaux, pour le compte desquels elles versent le RSA<sup>502</sup>.

<sup>502</sup> Les services de certains départements ainsi que les centres communaux d'action sociale participent à l'instruction des demandes.

Les CPAM mettent en œuvre des actions visant à prévenir l'absence de recours des assurés à leurs droits ou aux soins par des partenariats avec les services sociaux ou des associations qui interviennent auprès de publics défavorisés. Par ailleurs, les actions de gestion du risque prennent appui, entre autres, sur les commissions paritaires locales dans le cadre desquelles chaque CPAM se concerta avec les représentants des différentes professions de santé.

On remarque toutefois que s'agissant des Carsat, elles partagent des partenariats avec les Caf et CPAM et ont des liens avec les conseils départementaux, sans que leur ressort régional ou interdépartemental ne constitue un obstacle insurmontable.

## **2 - La proximité avec le public : une explication elle aussi partielle**

Depuis 2015, une seule fusion de caisses est intervenue<sup>503</sup>. La stabilité de l'organisation institutionnelle des réseaux de caisses n'a pas empêché ces dernières d'adapter leur présence territoriale auprès des assurés et des allocataires. En revanche, l'organisation territoriale de leurs activités de production et d'administration, qui n'ont pas de lien avec le public et comportent les effectifs les plus élevés, est plus figée.

### *a) Une baisse globale du nombre de sites, portant principalement sur les accueils physiques du public*

Les données suivies par les caisses nationales sur leurs sites de production et sites d'accueil du public indiquent qu'entre 2014 et 2018, le nombre de sites des CPAM et CGSS de l'assurance maladie a été réduit de 1 404 à 1 086 (-23 %), celui des Caf (hors sites purement administratifs) de 340 à 297 (-13 %), et que le nombre d'agences retraite a baissé de 285 à 227 (-20 %). Dans les réseaux de CPAM et de Caf, cette évolution traduit avant tout la réduction du nombre des lieux d'accueil du public.

Sous l'effet du développement des services en ligne, du fort recul des visites et du développement de l'accueil sur rendez-vous, le maillage de lieux d'accueil du public a été fortement resserré, en particulier les accueils ponctuels (« points d'accueil » ou « permanences ») hébergés

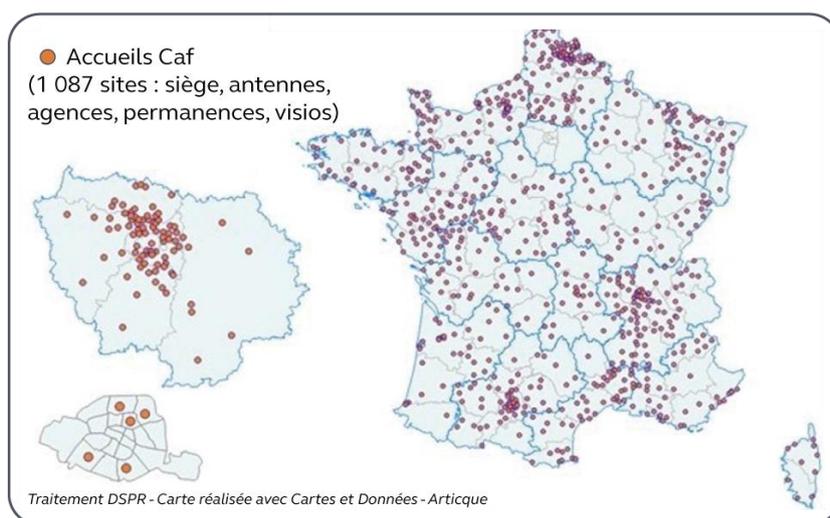
---

<sup>503</sup> En 2017, les Caf du Pays basque et du Seignanx et de Béarn et Soule ont fusionné.

dans d'autres administrations<sup>504</sup>. La fonction de proximité est de plus en plus mutualisée auprès de partenaires (partenaires d'accueil de la branche famille<sup>505</sup> et relais de services publics<sup>506</sup>), plus rarement entre organismes de sécurité sociale, comme en témoignent les expériences en cours dans une dizaine de départements.

D'après les analyses des caisses nationales du régime général, en France métropolitaine, la totalité de la population pouvait accéder en moins de 30 minutes en voiture à un point d'accueil de la sécurité sociale ou à une maison de services au public. La densité des lieux d'accueil du public n'est pas corrélée à la taille du ressort géographique des caisses, mais est fonction de la superficie et de la population des bassins de vie à desservir.

### Carte n° 3 : implantations territoriales des Caf

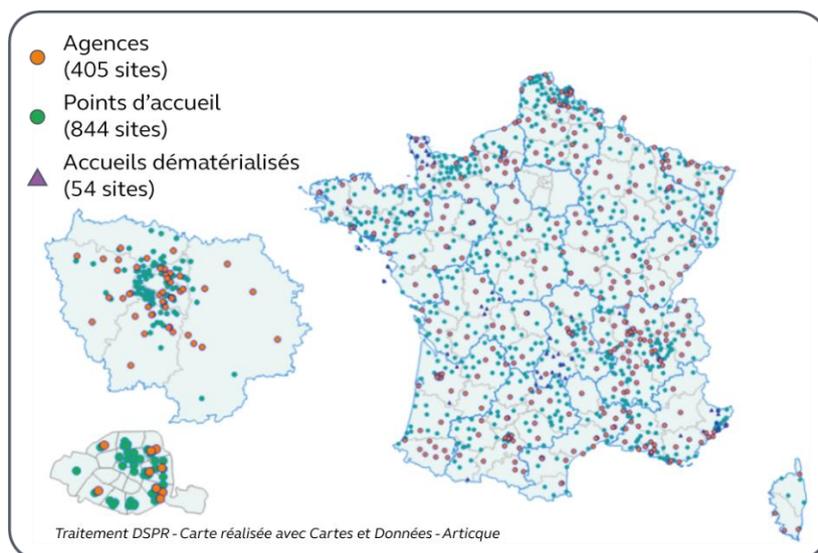


<sup>504</sup> En 2019, la Cour constatait un recul des visites aux accueils physiques entre 2014 et 2018 de 65 % en CPAM, 44 % en Caf et 60 % dans la branche vieillesse, et une diminution du nombre de lieux d'accueil sur la même période de 33 % en CPAM, 12 % en Caf et 45 % en Carsat.

<sup>505</sup> Points relais Caf d'aides aux démarches et points d'accueil numériques.

<sup>506</sup> En février 2020, 534 structures France Services avaient obtenu le label délivré par les préfets, dans le cadre d'un objectif de couverture de chaque canton par une structure France Services d'ici 2022 annoncé par le Président de la République en décembre 2019. Pour mémoire, les maisons de services au public étaient au nombre de 1 313 fin 2018, dont près de 1 000 étaient partenaires de la branche famille, 774 de l'assurance maladie et 782 de la branche vieillesse.

#### Carte n° 4 : implantations territoriales des CPAM



Source : traitement Cnav-DSPR ; les contours en fond correspondent aux circonscriptions des Carsat

#### b) Une moindre réorganisation des activités de production

Les activités de production sont réparties sur le territoire des caisses selon des organisations variables : services centralisés au siège, ou répartis entre sites correspondant aux anciens sièges des circonscriptions antérieures à la départementalisation, voire dans d'autres sites déconcentrés.

Sauf en cas de reconstruction d'un nouveau siège associé à un regroupement des équipes et malgré des fermetures dans certaines CPAM de nombreux « centres de paiements », la répartition territoriale des sites de production a peu évolué. Les principales implantations existant avant les départementalisations n'ont pas été remises en cause, en raison des engagements pris de maintenir l'affectation géographique des agents. Si les caisses ont fusionné les lignes d'encadrement puis, parfois très graduellement, spécialisé des sites par activité<sup>507</sup>, en faisant évoluer les tâches d'une partie des agents, un grand nombre de sites de petite taille perdurent. Ils deviennent surdimensionnés du fait de la baisse des effectifs.

<sup>507</sup> Ainsi, la CPAM de Moselle, issue de la fusion en 2010 des caisses de Metz, Thionville et Sarreguemines, a conservé ces trois sites principaux, ainsi que ceux de Sarrebourg et Forbach. Ils ont été spécialisés par processus métier, au terme de dix ans d'ajustements, à l'exception de certaines fonctions support demeurées en multi-sites.

Dans la branche retraite, la production était historiquement assurée par les sièges. Dans la seconde moitié des années 2000, elle a été déconcentrée dans des agences locales dans l'objectif déclaré de rapprocher le service de ses usagers, qui pourtant ne les fréquentent principalement qu'au seul moment de la préparation de leur départ à la retraite. L'émiettement de la production, la perte de compétence sur certaines opérations (régularisations de carrière), la difficulté à affecter un cadre technique à chaque agence et les charges de loyers ont suscité dans un second temps un resserrement du nombre d'agences. La Cnav a pour objectif que chaque agence, au moins une par département, soit dotée de 9 à 15 conseillers-retraite. Toutefois beaucoup sont plus petites, dans des départements urbains comme ruraux.

Alors que les demandes de retraite en ligne devraient continuer à croître, au-delà du tiers des dossiers constaté en 2019, le maillage actuel d'agences retraite et leur compétence sur tous les types de dossiers de demandes de retraite, sauf exception, devraient être reconsidérés.

### **3 - Des garanties conventionnelles renouvelées, obstacles à la mobilité des agents**

La stabilité du nombre de caisses et, en leur sein, de ceux de leurs sites de production, tient notamment aux obstacles à la mobilité géographique des agents posés par les protocoles d'accord successifs relatifs aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre de l'évolution des réseaux<sup>508</sup>, qui ont accompagné la départementalisation des Caf et des CPAM et le développement de la mutualisation des activités. Ils garantissent l'absence de licenciement économique, l'absence de mobilité géographique forcée, ainsi que la possibilité pour le salarié concerné par une mutualisation d'activité de bénéficier d'une mobilité géographique s'il souhaite suivre l'activité concernée.

La faible mobilité géographique des agents du régime général fige durablement leur répartition territoriale et limite les possibilités de regroupement d'activités dans une logique de taille critique, de performance et de maîtrise des coûts. En 2018, seuls 0,4 % des salariés du régime général<sup>509</sup> ont changé d'organisme<sup>510</sup>. Les trois quarts des mutations sont intervenues dans la même branche.

---

<sup>508</sup> Un avenant du 5 septembre 2017, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019, a prolongé jusqu'à fin 2022 l'économie globale des protocoles de 2006 et 2013, en l'étendant aux mutualisations d'activités entre branches.

<sup>509</sup> 0,76 % pour les cadres, contre 0,2 % pour les non-cadres.

<sup>510</sup> Les mobilités fonctionnelles au sein du même organisme (sans changement d'employeur) étaient estimées par l'Ucanss à 4,6 % en 2015.

Pour équilibrer la répartition territoriale des activités et des ressources, les marges de manœuvre reposent, de fait, sur les choix de localisation des renouvellements d'emplois à la suite des départs définitifs et dans la mutualisation d'activités entre caisses.

## **B - Les mutualisations, compromis entre l'évolution de la charge d'activité et la stabilité des structures**

Alors que les dynamiques démographiques territoriales divergent, même sur une courte période<sup>511</sup>, et que l'État fait participer les caisses de sécurité sociale à l'effort de maîtrise des dépenses administratives par des réductions d'effectifs, la stabilité de leurs réseaux et la mobilité limitée de leurs agents créent de fortes contraintes sur l'activité des branches du régime général. Afin de les atténuer, les caisses mutualisent entre elles une part croissante de leurs activités.

### **1 - Une part croissante des effectifs des branches**

En 2019, les activités mutualisées représentaient 9,1 % des effectifs en équivalent temps plein (ETP) dans la branche vieillesse, 10,4 % dans la branche famille et 17,7 % pour l'assurance maladie.

Trois types de mutualisation peuvent être distingués : des **missions nationales** assurées par certaines caisses locales pour le compte de l'ensemble du réseau dont elles relèvent ; des **services d'entraide** constitués d'agents de diverses caisses, qui mutualisent temporairement sous la supervision des caisses nationales la production d'une partie des prestations, en déléguant à distance des caisses en surcharge d'activité ; des **mutualisations d'activités entre caisses locales** qui, contrairement à l'entraide, affectent de manière permanente des activités à certaines caisses créant des pôles spécialisés en nombre plus réduit. Le tableau suivant décrit les effectifs concernés.

---

<sup>511</sup> Selon l'Insee, la France est passée de 66,1 à 66,3 millions d'habitants entre fin 2014 et fin 2019, soit une hausse de 0,4 %. La population de 32 départements sur 101 a baissé, à hauteur de 1 % au plus. Dans 35 départements, elle a augmenté d'au moins 0,5 % ; dans 12 départements, de 1 % à 1,5 % ; en Guyane et à Mayotte de plus de 3 %.

**Tableau n° 27 : effectifs participant aux activités mutualisées en 2019  
(en ETP)**

	Branche maladie (CPAM)	Branche famille	Branche vieillesse
<b>Missions nationales</b>	1 519 (3,3 %)	351 (1,1 %)	395 (3,5 %)
<b>Entraide du réseau</b>	200 (0,4 %)	406 (1,2 %)	73 (0,6 %)
<b>Mutualisations entre caisses</b>	6 528 (14,0 %)	2 640 (8,1 %)	565 (5,0 %)
<b>Total ETP mutualisés</b>	8 247	3 397	1033
<b>Total ETP réseau</b>	46 539	32 612	11 413
<b>Part en ETP des activités mutualisées</b>	<b>17,7 %</b>	<b>10,4 %</b>	<b>9,1 %</b>

Source : Cour des comptes d'après les informations des caisses nationales (comptabilisation analytique des emplois)

Les mutualisations portent sur des effectifs d'inégale importance entre les branches, mais croissants. Dans l'assurance maladie, la part des effectifs concernés a plus que doublé entre 2015 et 2019. Les mutualisations entre caisses de retraite mobilisent quatre fois plus d'agents en 2019 qu'en 2015. La comptabilité analytique de la branche famille ne permet que depuis récemment de suivre de façon fiable les moyens par activité et de retracer les activités mutualisées entre caisses.

C'est dans le réseau de l'assurance maladie que les mutualisations entre caisses sont les plus développées. Cela résulte d'un effort particulier d'organisation et de la nature des activités concernées. La branche vieillesse, dont les organismes ont un ressort régional ou interdépartemental, a moins éprouvé le besoin de mutualiser des activités que ses homologues à maille départementale. La branche famille, qui a moins mutualisé entre caisses, recourt plus à l'entraide (production et téléphonie).

## 2 - Le regroupement d'activités importantes

Les mutualisations existent depuis longtemps dans les branches maladie et famille, mais résultaient de la seule initiative des caisses locales. Depuis 2014, les caisses nationales ont affirmé leur volonté d'en accroître l'ampleur dans un cadre défini au plan national.

Le projet « travail en réseau » (Tram) de l'assurance maladie, déployé entre 2016 et 2019, illustre le plus nettement cette évolution : les mutualisations ont un caractère obligatoire pour l'ensemble des caisses, elles font application de cahiers des charges précis, les 12 processus

mutualisés dans le cadre national<sup>512</sup> ou régional<sup>513</sup> sont dotés d'objectifs chiffrés à réaliser par les caisses et la Cnam en effectue un suivi étroit. En 2019, Tram représentait 4 070 ETP (contre 2 458 ETP pour les « autres mutualisations » préexistantes à Tram), soit 8,7 % des effectifs des CPAM. Il regroupe la moitié des effectifs affectés à des mutualisations et la majeure partie de la hausse des effectifs en question depuis 2014.

**Tableau n° 28 : répartition par domaine des effectifs participant aux activités mutualisées entre caisses**

	<b>Branche maladie (2019)</b>	<b>Branche famille (2019)</b>	<b>Branche vieillesse (2019)</b>
<b>Droits et prestations</b>	<p><b>2 261 ETP</b> Plateaux régionaux Tram : Feuilles de soins papier Capitaux-décès Invalidité Rentes AT-MP Gestion des droits des transfrontaliers Immatriculation des personnes nées à l'étranger Recours contre tiers Aide médicale d'État</p> <p><b>1 920 ETP</b> Autres mutualisations préexistant à Tram (gestion de la facturation des établissements, PFS professionnels de santé, grand appareillage, etc.)</p>	<p><b>1 049 ETP</b> Recouvrement des impayés de pensions alimentaires et allocation de soutien familial aux familles monoparentales (411 ETP) Allocations journalières de présence parentale Assurance vieillesse des parents au foyer Recouvrement de créances Immatriculation des personnes nées à l'étranger</p>	<p><b>475 ETP</b> Demandes de retraite des résidents à l'étranger (221 ETP) Rachats de trimestres et versements pour la retraite Carrières des fonctionnaires Déclarations sociales hors DSN Anomalies d'identification Certificats d'existence des pensionnés résidant à l'étranger Mesure des erreurs affectant à titre définitif les prestations</p>
<b>Téléphone et courriels</b>	<p><b>2 052 ETP</b> Plateaux Tram téléphone Plateaux de gestion des courriels</p>	<p><b>973 ETP</b> Plateformes de services</p>	<p><b>61 ETP</b> Pôles de téléphonie mutualisée</p>
<b>Support</b>	<p><b>295 ETP</b> Paie (processus national) Oppositions</p>	<p><b>618 ETP</b> Numérisation (processus national) Paie (processus national) Éditique (processus national)</p>	<p><b>29 ETP</b> Sinistres Voyages professionnels Micro-filmage Numérisation</p>
	<b>6 528 ETP</b>	<b>2 640 ETP</b>	<b>565 ETP</b>

Source : Cour des comptes d'après les informations des caisses nationales

<sup>512</sup> Au nombre de quatre : aide médicale d'État, capitaux décès, plateforme de délestage durable, paie.

<sup>513</sup> Au nombre de huit : rentes AT-MP ; invalidité ; plateformes de service employeurs et assurés (deux plateformes) ; numérisation des feuilles de soins ; recours contre tiers ; relations internationales ; oppositions.

Dans l'ensemble des branches, les mutualisations concernent assez peu les droits et prestations, en dehors de ceux qui comptent des effectifs réduits de bénéficiaires et dont les compétences des équipes peuvent être difficiles à maintenir :

- dans le cadre de Tram, trois prestations sont mutualisées : les pensions d'invalidité, les rentes AT-MP et les capitaux décès. Il en va de même d'une partie des droits aux prestations, au titre de l'aide médicale de l'État, des migrants et travailleurs frontaliers et des recours contre les tiers à l'origine de frais de santé ;
- dans la branche famille, les mutualisations sur des droits et prestations ont un périmètre encore plus étroit : le recouvrement des impayés de pensions alimentaires, les allocations journalières de présence parentale, l'assurance vieillesse des parents au foyer et les droits des migrants. Les prestations étant fondées sur les mêmes données (composition du foyer, ressources, résidence, parfois chômage), il est plus difficile d'isoler des prestations dont la gestion pourrait être confiée à un nombre réduit de caisses. La branche famille met ainsi davantage l'accent sur l'entraide ;
- la Cnav met en œuvre des mutualisations entre caisses portant sur certains segments d'assurés (demandes de retraite des résidents à l'étranger et certificats d'existence des pensionnés résidant à l'étranger), sur la carrière (rachats de trimestres de cotisations, versements pour la retraite, annulations de cotisations et rétablissements dans les droits, saisie de données de carrière) et, exceptionnellement, sur des prestations (allocation veuvage).

En revanche, les mutualisations concernent fortement la relation avec les bénéficiaires des prestations. Les branches maladie et famille mutualisent la réponse téléphonique et le traitement des courriels. La réponse téléphonique doit l'être entre Carsat d'ici 2022.

En outre, des activités support très mobilisatrices en main-d'œuvre, adossées à des équipements industriels, ont été mutualisées ou sont en voie de l'être : l'édition depuis 2014 dans la branche famille ; la numérisation des courriers reçus, engagée avant 2013 dans les Caf, doit être mutualisée entre 2020 et 2022 dans l'assurance maladie, avec d'importants gains de productivité et de forts enjeux de redéploiement de personnel peu qualifié.

## **C - Des clarifications nécessaires**

### **1 - Une perte de visibilité des organisations et des ressources**

Dans le réseau famille, chaque Caf est en charge d'au moins une activité pour le compte d'une ou de plusieurs autres caisses ou d'une mission nationale. Le foisonnement des mutualisations, couvrant parfois des parties plutôt que des processus de gestion entiers, et encore souvent décidées de gré à gré entre les caisses, favorise la fragmentation des activités, dans des conditions qui ont peu évolué depuis 2015.

Les trois caisses nationales suivent les effectifs participant à des activités mutualisées (cf. *supra*). En revanche, au sein d'un même organisme local, si l'on excepte l'assurance maladie dans le cas du programme Tram, la part d'activité de ces effectifs réalisée pour le compte des caisses délégantes n'est pas connue. Comme les caisses nationales des deux autres branches, la Cnam ne dispose toutefois pas d'une cartographie aussi précise pour les mutualisations antérieures à Tram et les missions nationales, qui représentent au total près de la moitié des effectifs mutualisés.

De manière générale, les organisations de la production reflètent le maintien de périmètres traditionnels d'activités qui jouxtent des mutualisations sur des périmètres variables, sans que les moyens affectés à l'ensemble des mutualisations soient précisément recensés. La fiabilité des données prises en compte par les caisses nationales pour fixer les enveloppes d'effectifs et de dépenses de fonctionnement des caisses locales s'en trouve affectée.

### **2 - Des responsabilités qui ne coïncident plus avec les compétences exercées**

Les Caf et CPAM ayant des activités qui dépassent leur ressort territorial ou n'en assurant plus la totalité, la pertinence de leurs indicateurs traditionnels d'efficience se réduit au fur et à mesure des redistributions d'activités et de l'individualisation des portefeuilles d'activités des caisses.

Quand les mutualisations d'activités ont une incidence importante sur l'activité de la caisse, la comparaison habituelle entre les moyens engagés et la taille et les caractéristiques du fichier des assurés ou des

allocataires (nombre d'allocataires pondérés<sup>514</sup> par ETP pour les Caf, dépenses de gestion rapportées au nombre de bénéficiaires consommant pondérés<sup>515</sup> pour les CPAM) perd de son sens.

Seuls les processus du programme « Tram » de l'assurance maladie font l'objet de tableaux de bord de suivi harmonisés et complets. Seule la Cnam a, s'agissant de Tram, fait coïncider les objectifs chiffrés assignés aux caisses locales<sup>516</sup>, avec le périmètre redéfini de leurs missions.

Dans la branche famille, malgré de nets progrès en matière de pilotage, la précision du suivi des activités mutualisées diffère en fonction de leur objet. Dans la branche vieillesse, ce suivi porte sur l'écoulement de la production ; les délais, la qualité du traitement et l'efficacité des moyens engagés ne sont pas suivis.

Par ailleurs, les Caf et les CPAM qui ont cédé certaines activités à titre définitif ont conservé la mise en paiement et la comptabilisation des prestations liquidées pour leur compte par d'autres caisses. Cette situation n'est pas satisfaisante. En dehors d'activités d'entraide ou discontinues, le périmètre des responsabilités des directeurs et des directeurs comptables et financiers de chaque caisse devrait coïncider avec celui des opérations qu'elle effectue. Comme l'a récemment fait la branche vieillesse<sup>517</sup>, il conviendrait ainsi de mener à leur terme les mutualisations à caractère permanent d'activités de droits et de prestations, en mettant fin à la fiction d'une gestion pour le compte d'autres caisses et en transférant aux caisses délégataires le contrôle, le paiement et la comptabilisation des opérations<sup>518</sup>.

---

<sup>514</sup> L'allocataire pondéré est l'unité d'évaluation de la charge de travail des Caf. Il pondère les allocataires physiques de chaque Caf en fonction de la complexité du traitement de leur dossier (plus forte pour les allocataires du RSA et de la prime d'activité que ceux des allocations familiales) ; 15 profils sont distingués.

<sup>515</sup> L'unité d'œuvre des CPAM est le bénéficiaire (assuré) consommant, à âge standardisé, pondéré des charges induites par l'environnement de l'activité de chaque caisse (taux de population active, qui joue sur les indemnités journalières ; part des bénéficiaires de la CMU-C, dont la gestion est plus lourde que celle des droits à la protection de base ; densité médicale, qui influence le volume de prescriptions).

<sup>516</sup> Dans les objectifs personnels des directeurs (qui donnent lieu à une part variable de rémunération) et les contrats pluriannuels de gestion (CPG), qui déterminent la contribution de chaque caisse locale à l'atteinte des objectifs nationaux fixés par les conventions d'objectifs et de gestion négociées par les caisses nationales avec l'État (2018-2022 pour les Cog en vigueur).

<sup>517</sup> Rachats de cotisations et versements pour la retraite, annulations de cotisations (anciens salariés) et rétablissements dans les droits (anciens fonctionnaires).

<sup>518</sup> Pour sa part, l'attribution du contrôle et du paiement aux directions financières et comptables des caisses qui gèrent la paie et les achats pour le compte d'autres caisses ne ferait pas obstacle au maintien de leur comptabilisation par ces dernières.

### **Un autre incohérence de la gouvernance des caisses locales : la définition des attributions des conseils d'administration**

Depuis la réforme de 2004 de l'assurance maladie, les directeurs des CPAM sont nommés et révoqués par la Cnam, sauf opposition à la majorité des deux tiers des membres de leurs conseils, mesure étendue en 2010 à l'ensemble des branches du régime général.

Néanmoins, seuls les directeurs des CPAM sont responsables de plein droit de la gestion de leur caisse. Les conseils d'administration des Caf, des Carsat et des CGSS ont conservé en droit une compétence générale pour régler les affaires de ces organismes que ne justifie plus la réalité de leurs responsabilités. À l'instar des conseils des CPAM, leurs attributions devraient faire l'objet d'une liste limitative. L'approbation des comptes et le suivi du bilan annuel du contrôle interne devraient en faire partie.

Par ailleurs, il conviendrait de resserrer le nombre de membres des conseils<sup>519</sup>, parfois excessif au regard de l'activité de ces instances, d'encadrer la création de commissions par les conseils pour éviter une mobilisation excessive des services des caisses et d'encadrer plus étroitement la situation des administrateurs qui cumulent des mandats.

## **II - Des besoins de rééquilibrage au sein de réseaux hétérogènes**

Malgré l'expansion des mutualisations, l'organisation interne des réseaux de caisses des branches maladie, famille et retraite laisse perdurer des difficultés structurelles, liées au manque de taille critique d'un grand nombre de caisses, ainsi qu'à des écarts de coûts et de qualité de la gestion.

### **A - Plus d'une caisse sur deux de petite taille**

Si les caisses départementales de petite taille ont été soumises à de moindres restitutions d'emplois et ont pu bénéficier de transferts d'activités, beaucoup de caisses n'atteignent pas une taille critique.

---

<sup>519</sup> Les indemnités versées aux administrateurs par les quatre branches, y compris formation et équipements informatiques des syndicats (sauf pour la Cnav), se sont élevées à 22,5 M€ en 2019.

### 1 - Des caisses de petite taille plutôt préservées des diminutions d'effectifs

La baisse des effectifs n'est pas proportionnelle à la taille des caisses. Ainsi, le quart des CPAM aux effectifs les moins nombreux a réduit ses effectifs de quatre points de moins que le quart des plus grandes caisses. Dans la branche famille, le quart des caisses les plus petites a bénéficié d'une hausse d'effectifs de 2,6 % en moyenne quand les effectifs des quarts suivants ont diminué.

**Tableau n° 29 : variation des effectifs des CPAM et Caf en fonction de leur taille (2014-2018)**

<i>En ETPMA, CDI et CDD – hors DOM</i>	CPAM		Caf	
	Évolution des effectifs 2014-2018	Poids dans l'ensemble des caisses (2018)	Évolution des effectifs 2014-2018	Poids dans l'ensemble des caisses (2018)
1 <sup>er</sup> quart des caisses	-3,6 %	8,6 %	2,6 %	8,4 %
2 <sup>ème</sup> quart des caisses	-4,3 %	15,3 %	- 0,3 %	14,7 %
3 <sup>ème</sup> quart des caisses	-6,5 %	24,2 %	-2,7 %	24,5 %
4 <sup>ème</sup> quart des caisses	-7,5 %	51,9 %	-1,1 %	52,4 %

*Lecture : le premier quart des CPAM, qui représente les 26 premières caisses (sur 101) par ordre croissant de leurs effectifs, a vu ses effectifs cumulés baisser de 3,6 % entre 2014 et 2018. Leur poids dans l'ensemble représente la part de leurs effectifs ramenés à l'ensemble des effectifs des CPAM.*

*Source : Cour des comptes à partir des données des caisses nationales*

Ainsi, les deux réseaux départementaux restent structurés de façon très déséquilibrée, la moitié des plus petites CPAM et Caf employant respectivement 23,9 % et 23,1 % des effectifs totaux.

La moindre baisse des effectifs des caisses de petite taille s'explique par une place plus élevée des fonctions d'encadrement ou support, par des possibilités plus importantes de gains de productivité dans les caisses de grande taille et par des redistributions d'activités en faveur de caisses de petite taille – dont elles ne sont cependant pas seules à bénéficier.

### 2 - L'apport variable des activités mutualisées pour les caisses de petite taille

En 2018, selon les caisses, entre 0,5 % et 68,3 % des effectifs des CPAM consacraient leur activité à un autre ressort territorial que celui de leur caisse, pour une moyenne nationale de 11,3 %. Les plus petites caisses prennent en charge beaucoup plus d'activités mutualisées que les autres. La balance des activités prises et cédées fait néanmoins apparaître des

situations différenciées. Plusieurs CPAM de petite taille<sup>520</sup> ont bénéficié de nouvelles activités leur permettant de conserver des emplois, d'autres non<sup>521</sup>, et certaines<sup>522</sup> ont cédé plus d'activités qu'elles n'en ont prises.

Les mutualisations de fonctions métier d'expertise et de relation de service ont conforté neuf des plus petites Caf<sup>523</sup>, mais 20 des 55 Caf de plus petite taille participent moins aux mutualisations que la moyenne.

Les mutualisations d'activités ont d'ailleurs pu renforcer des caisses de très grande taille. Ainsi, dans la branche famille, les tâches des Caf d'Île-de-France ont été allégées, mais l'accueil de plateformes téléphoniques a accru la charge d'autres caisses de grande taille<sup>524</sup>. Dans le cadre de Tram, les plateaux mutualisés des CPAM ont été constitués en regroupant les unités en deçà d'une certaine taille, mais les caisses de grande taille ont conservé leurs propres activités (plateformes téléphoniques, rentes, recours contre tiers, etc.) dans le cadre de plateaux dits « individualisés ».

Dans la branche vieillesse, la répartition des activités mutualisées entre caisses a renforcé en premier lieu la plus grande structure, la Cnav Île-de-France, et, en second rang, la plus petite Carsat, celle d'Auvergne.

### 3 - La faible taille d'un grand nombre de caisses

Les caisses locales, tout particulièrement les Caf et les CPAM à maille départementale, gèrent des populations de bénéficiaires de taille très variable. Ces disparités reflètent celles de la distribution territoriale de la population<sup>525</sup>, ainsi que de la pauvreté<sup>526</sup>. L'évolution différenciée de la population selon les territoires conduit à les accentuer. Les mutualisations peuvent certes apporter une charge supplémentaire d'activité, mais la charge liée aux activités propres conservées par les caisses s'érode.

---

<sup>520</sup> Comme celles des Alpes-de-Haute-Provence, du Jura, de la Meuse ou du Cher.

<sup>521</sup> Vosges, Loir-et-Cher, Ariège.

<sup>522</sup> Ardennes, Haute-Saône.

<sup>523</sup> Cantal, Corrèze, Creuse, Landes, Haute-Loire, Lot, Haute-Marne, Hautes-Pyrénées, Haute-Vienne, qui bénéficient de 425 ETP mutualisés sur les 2 295 mutualisés de 2018.

<sup>524</sup> Pas-de-Calais, Bouches-du-Rhône et, dans une moindre mesure, Gironde.

<sup>525</sup> En 2019, selon l'Insee, le département le plus peuplé (le Nord) comptait 34 fois plus d'habitants que celui qui en avait le moins (La Lozère). Le 20<sup>ème</sup> département le plus peuplé (La Réunion) en avait trois fois plus que 20<sup>ème</sup> le moins peuplé (Orne).

<sup>526</sup> En France métropolitaine, 7,6 % de la population était couverte par la CMU-C en 2018, soit de 3 % en Haute-Savoie à 14,8 % en Seine-Saint-Denis ; outre-mer, le niveau le plus élevé était atteint à La Réunion, avec 35,7 % (source : Fonds CMU-C). Les titulaires du RSA bénéficient de droit de cette aide.

Le poids de chaque caisse dans la charge d'activité globale des branches varie grandement. Ainsi, un quart de l'activité<sup>527</sup> se concentre dans quelques très grandes caisses (neuf CPAM, huit Caf et deux caisses de retraite) et, à l'autre extrémité, un quart est assumé par un grand nombre de petites caisses : 54 CPAM, 55 Caf et cinq Carsat. Cette disparité a pour corollaire celle du nombre d'agents, comme le montre le tableau ci-après.

**Tableau n° 30 : disparité des effectifs (ETPMA CDI et CDD)  
entre les caisses locales métropolitaines (2018)**

	CPAM	Caf	Caisses de retraite
<b>Plus petite caisse</b>	99 (Creuse)	67 (Hautes-Alpes)	286 (Auvergne)
<b>Plus grande caisse</b>	2 156 (Paris)	1 429 (Nord)	2 242 (Ile de France)
<b>Écart de 1 à ...</b>	22	21	8 (3,7 hors Ile-de-France)

*Note : les effectifs de la caisse régionale de retraite d'Ile de France sont reconstitués à partir des données de comptabilité analytique identifiant les fonctions non-nationales.*

*Source : Cour des comptes d'après les informations des caisses nationales*

La question de la taille critique minimale reste posée pour les caisses et les sites territorialisés (agences retraite, de Caf ou de CPAM) situés dans des agglomérations de taille petite ou moyenne. La poursuite de la baisse des effectifs des branches conduira nécessairement à l'amplifier.

La petite taille des équipes peut présenter certains avantages (réactivité permise par des lignes hiérarchiques plus courtes, plus grande accessibilité pour les partenaires locaux, transversalité des approches), mais emporte aussi des fragilités et des surcoûts. Ainsi, les unités de petite taille sont moins à même de spécialiser des collaborateurs (par exemple, dans l'animation d'espaces libre-service dans les agences retraite ou dans le traitement des prestations en fonction de leur complexité pour les gestionnaires des Caf). Elles sont plus vulnérables aux absences. Elles peuvent assumer plus difficilement les objectifs de contrôle<sup>528</sup> et l'élévation des exigences du contrôle interne. Elles ont souvent un taux d'encadrement plus élevé du fait de la petite taille des équipes, parfois atténué par l'encadrement partagé de plusieurs équipes et sites. Enfin, les fonctions support incompressibles ont un poids plus lourd : elles représentent 26 % du coût de gestion des plus petites Caf, soit cinq points de plus que pour les caisses de taille intermédiaire et huit de plus que pour les plus grandes.

<sup>527</sup> Activité mesurée en fonction des caractéristiques des fichiers d'assurés des CPAM et d'allocataires des Caf et du nombre de dossiers retraite produits pondérés par les ressources humaines qui leur sont consacrées.

<sup>528</sup> Ainsi, dans la branche famille, un projet de mutualisation des moyens et des dossiers soumis au contrôle des directeurs comptables et financiers vise à combler les déséquilibres constatés dans une vingtaine de Caf et ainsi, à aligner les taux de contrôle sur une cible nationale et non plus sur la capacité à faire localement.

Les fonctions d'aide au pilotage sont développées dans les plus grandes caisses, en raison de leurs propres besoins, mais aussi parce qu'elles parviennent plus aisément à procéder aux recrutements de profils adaptés. Le maintien ou l'accès aux expertises est plus difficile pour les caisses de petite taille, ce qui suscite des risques de retard dans le déploiement des projets nationaux, même si des coopérations de gré à gré avec d'autres caisses peuvent atténuer cette difficulté.

## **B - Des performances inégales**

### **1 - Un niveau variable de coûts de gestion**

Les caisses locales conservent des écarts de productivité révélateurs de gisements potentiellement importants. Ainsi, si toutes les CPAM portaient leur productivité à un niveau au moins égal à celui de la 20<sup>ème</sup> la plus productive (sur 101), les effectifs de l'assurance maladie pourraient être réduits de près de 2 900 ETP (soit 5,8 % des ETP globaux des branches maladie et AT-MP en 2018).

En règle générale, la performance économique des caisses est corrélée positivement à leur taille. En moyenne, les plus petites caisses sont plus onéreuses au regard de leurs coûts de gestion unitaires<sup>529</sup>. Cependant, les plus grandes CPAM et les deux plus grandes caisses de retraite<sup>530</sup> sont également plus onéreuses que la moyenne. Au regard de la dispersion des coûts unitaires de gestion, l'optimum économique semble se situer dans les caisses de taille intermédiaire supérieure des réseaux départementaux, telles les CPAM ayant de 700 à 900 ETP.

Les caisses de taille plus importante ont des coûts de coordination interne plus élevés, accentués quand leur production est répartie sur plusieurs sites. Elles font face à des enjeux particuliers de management et de gestion des ressources humaines. Ceux de qualité de vie au travail et de climat social y ont une place marquée. En Île-de-France, les difficultés de logement et de transport affectent l'attractivité des postes proposés. Le *turn-over*, s'agissant notamment des plateformes téléphoniques ou de services, peut avoir des effets déstabilisants, les caisses devant reconstituer continûment leur capacité de production et redoubler d'anticipation (un technicien est pleinement opérationnel au bout de 18 mois de formation).

---

<sup>529</sup> Charges de gestion courante rapportées au nombre d'allocataires pondérés ou bénéficiaires consommant pondérés des CPAM.

<sup>530</sup> La Carsat Rhône-Alpes et la Cnav Île-de-France.

## 2 - Une qualité de service inégale

Alors que la population des assurés se concentre dans un nombre réduit de très grandes caisses, la qualité de service de plusieurs d'entre elles est moindre.

Ainsi, les CPAM d'Île-de-France ont des délais de règlement des indemnités journalières particulièrement dégradés<sup>531</sup>. De manière générale, les CPAM d'Île-de-France (sauf le Val-de-Marne et l'Essonne) et celle du Rhône atteignent moins bien les objectifs fixés par les CPG que les autres caisses. Quatre des plus grandes Caf et des caisses intermédiaires d'Île-de-France ont des délais de traitement très supérieurs à la cible nationale<sup>532</sup>. En décembre 2019, la Cnav Île-de-France ne parvenait pas à traiter 15,2 % des demandes de retraite de droit propre avant leur date d'effet, pour une moyenne nationale de 9,7 %.

L'entraide et le déploiement de dispositifs de pilotage national de la production ne permettent donc pas de régler les difficultés structurelles de quelques-unes des plus grandes caisses, même s'ils favorisent la convergence des résultats des caisses et la performance d'ensemble des réseaux. Depuis 2014, trois Caf d'Île-de-France et celles du Nord et des Bouches-du-Rhône bénéficient de renforts d'entraide et d'un suivi particulier de la Cnaf au titre du dispositif « Caf à forts enjeux », en principe limité à trois ans.

## C - Des organisations particulières inadaptées

### 1 - Le rattachement aux Carsat des AT-MP et du service social de l'assurance maladie

Les Carsat (17 098 ETP en 2019), qui ont succédé aux caisses régionales d'assurance maladie (Cram) en 2010, relèvent de deux caisses nationales – la Cnav et la Cnam – et de trois branches – retraite, AT-MP et maladie. Chaque directeur de Carsat, désigné conjointement par les directeurs de la Cnav et de la Cnam, doit suivre près d'une centaine d'indicateurs, contre une quarantaine pour les CPAM et les Caf.

<sup>531</sup> En 2018, les délais étaient compris, selon les CPAM franciliennes, entre 32 jours (Seine-et-Marne) et 44 jours (Val-d'Oise), pour un engagement national de traitement en 28 jours, atteint par la moitié des CPAM, et une moyenne nationale de 30,3 jours.

<sup>532</sup> Les Caf du Nord, de Paris, des Bouches-du-Rhône, de la Seine-Saint-Denis, de l'Essonne et de la Seine-et-Marne avaient un délai de traitement, exprimé du point de vue de l'usager, compris entre 18,4 et 22,3 jours, pour une moyenne de 14,7 jours dans le réseau en 2019.

Les missions hétérogènes des Carsat n'ont plus aujourd'hui<sup>533</sup> de synergies notables. Les transferts d'activités des ex-Cram aux agences régionales de santé ont accru la place des retraites (72 % des effectifs).

Unifiée au niveau national au sein de la direction des risques professionnels de la Cnam, la gestion des AT-MP est répartie, au niveau local, entre les Carsat, qui calculent les taux bruts de cotisation AT-MP applicables<sup>534</sup> et mènent des actions de prévention des risques professionnels, et les CPAM, qui reconnaissent les AT-MP et les réparent. La réparation fait l'objet d'une animation fonctionnelle de niveau régional qui a pour relais des directeurs référents dans les CPAM. Les missions des Carsat relatives aux risques professionnels (2 049 ETP en 2019, dont 1 393 pour la prévention et 656 pour la tarification) pourraient être rattachées aux CPAM des chefs-lieux de région<sup>535</sup>.

Le service social de l'assurance maladie (2 456 ETP en 2019, dont 64 % d'assistants sociaux) est placé sous la responsabilité hiérarchique et fonctionnelle des Carsat. Hébergés pour l'essentiel dans les CPAM, sans leur être rattachés, les services sociaux ont une très large autonomie et sont de plus en plus à l'écart des actions que met en œuvre l'assurance maladie, avec d'autres agents, en direction des assurés et des professionnels de santé afin de prévenir la désinsertion professionnelle et d'assurer l'accès aux soins de publics défavorisés. Cette mission de proximité devrait être attribuée aux CPAM, sans remettre en cause la contribution du service social aux actions d'accompagnement social de la branche retraite.

## **2 - Une organisation distincte des services administratif et médical au sein de l'assurance maladie**

Malgré son rattachement à la direction de la Cnam en charge du réseau, le service médical est resté, au niveau local (6 808 ETPMA en CDI, dont 1 650 praticiens conseils et 5 158 personnels administratifs en 2019), un service déconcentré de la caisse nationale, organisé à un double niveau : régional, celui des directions régionales du service médical-DRSM (pilotage, mutualisations des moyens humains et des fonctions support, gestion de certaines procédures) ; et départemental, celui des échelons locaux du service médical-ELSM (contrôles, entretiens confraternels, etc.).

---

<sup>533</sup> Par le passé, les déclarations annuelles papier de données sociales étaient saisies afin de reporter les salaires à la fois aux comptes des assurés pour ouvrir des droits à la retraite et aux comptes des employeurs pour calculer les taux de cotisation AT-MP.

<sup>534</sup> L'organisation territoriale de l'activité de fixation des taux de cotisation AT-MP se concentre : depuis 2018, elle est structurée en six inter-régions, comporte un dispositif d'entraide entre caisses et s'accompagne du partage de compétences d'expertise.

<sup>535</sup> La désimbrication des fonctions support, notamment de l'informatique, constituera cependant un point d'attention.

Malgré des progrès récents, ce mode d'organisation, lié à l'attachement des médecins conseils à l'indépendance de leur pratique, ne facilite pas le travail en commun avec les services administratifs des CPAM. Le service médical a pris un retard important par rapport à ces dernières dans le développement d'une culture du *reporting* et du management par objectif. Le déploiement du nouvel outil informatique de gestion des activités du service médical, du projet « missions, organisation et performance » du service médical et du système de management intégré, qui couvre ce dernier, doit contribuer à améliorer ses performances.

Au niveau régional, l'assurance maladie s'est dotée de directions de la coordination de la gestion du risque (DCGDR), légères (une dizaine d'agents), sans personnalité juridique et animées soit par un directeur de CPAM, soit, plus rarement, par le DRSM. Dans toutes les régions, le binôme DCGDR-DRSM doit impulser une dynamique régionale de la gestion du risque en facilitant les liaisons médico-administratives.

Une tension apparaît toutefois entre un réseau, celui des CPAM, resté départemental, et le développement d'une gestion régionale du risque. Le service médical, avec ses propres difficultés, est tiraillé entre sa participation à cette gestion et le développement des synergies avec les CPAM, ce qui peut provoquer des conflits d'objectifs dans le contexte de ressources médicales tendues.

Il n'est pas certain que la volonté de la Cnam de développer les synergies médico-administratives suffise à résoudre les difficultés identifiées, d'autant que la comparaison avec le modèle intégré de la mutualité sociale agricole<sup>536</sup> distingue positivement ce dernier. De fait, conserver deux organisations parallèles complexifie la gestion d'équipes mixtes et double les fonctions support.

Le service médical ne doit pas rester durablement à l'écart des principales évolutions apportées à l'organisation des activités des caisses primaires. La Cnam devra évaluer si les évolutions apportées au fonctionnement du service médical sont suffisantes, et le cas échéant s'interroger à nouveau sur l'opportunité d'un rattachement des ELSM aux CPAM.

---

<sup>536</sup> Cour des comptes, *La mutualité sociale agricole*, rapport public thématique, mai 2020, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

### **III - Déployer une nouvelle organisation de la production dans le cadre national**

Si la relation de service de proximité pour les usagers et la construction de partenariats avec les collectivités locales et les associations est ancrée sur un territoire donné, les systèmes d'information permettent toujours plus facilement, comme le montre le développement de l'entraide, de traiter la plus grande partie des opérations en tout point du territoire.

La mue progressive du service public de la sécurité sociale d'une gestion industrialisée de réglementations et de pièces en une activité essentiellement de services et d'accompagnement des parcours de vie des assurés doit emporter des changements profonds des moyens, des emplois et des organisations des caisses de sécurité sociale.

Alors que les ressources humaines des branches se font plus rares (voir encadré), la stabilité de leur organisation actuelle en un grand nombre de caisses et de sites n'en assure pas l'emploi le plus efficace. Les marges de manœuvre se situent dans l'affectation géographique des futurs recrutés, dans la redistribution des activités entre caisses, dans le regroupement de ces dernières et dans le développement des coopérations entre branches.

#### **Les objectifs de réduction d'effectifs entre 2018 et 2022**

Entre 2013 et 2017, les effectifs des branches maladie, famille et vieillesse ont baissé de près de 6 % en cumul (soit 6 105 emplois), cette réduction étant principalement concentrée sur la branche maladie.

La baisse des effectifs permanents des branches, prévue par les conventions avec l'État pour la période 2018-2022, doit se poursuivre à un rythme en apparence moins soutenu à l'horizon 2022 (-4 % sur la période, soit 4 507 emplois permanents, dont un gain de 855 ETP pour la branche vieillesse), sous l'effet de l'intégration de salariés d'autres régimes, notamment le RSI. À champ constant, la contraction atteindra néanmoins un niveau substantiel, de l'ordre de 9,3 % en six ans (soit 10 176 emplois, dont 7 706 pour la branche maladie, soit -11,9 % par rapport à la cible alors fixée pour 2017, 1 700 pour la branche famille, soit -5,3 % et 770 pour la branche vieillesse, soit -6,1 %).

L'ampleur de l'effort attendu de réduction d'effectifs accentue les interrogations sur le bien-fondé de la permanence du schéma d'organisation en vigueur des réseaux de caisses locales.

## **A - Rééquilibrer plus fortement la charge d'activité et consolider les métiers et les expertises**

### **1 - Un périmètre minimal d'activités communes à toutes les caisses à définir plus étroitement**

Malgré les trajectoires de réduction d'effectifs et les mutualisations qui les ont accompagnées, la caisse locale généraliste, compétente à l'égard de la population d'assurés ou d'allocataires résidant sur son territoire pour la plupart des droits et des prestations relevant de la branche, est demeurée la pierre angulaire de l'organisation des branches du régime général.

Ainsi, toutes les CPAM demeurent compétentes sur un champ d'activités tenu pour incompressible : gérer les droits des assurés résidant sur leur territoire à la protection universelle maladie de base et à la complémentaire santé solidaire, les prises en charge de leurs frais de santé et, sauf exception, les indemnités journalières qui leur sont versées au titre des trois risques maladie, maternité et AT-MP.

De même, chaque Caf est restée compétente sur les dossiers des foyers d'allocataires de son ressort géographique et traite ainsi les déclarations et justificatifs produits par ces derniers, ainsi que les informations transmises par les partenaires administratifs.

Dans la branche vieillesse, toutes les caisses ont conservé la responsabilité de l'attribution et de la révision de l'ensemble des droits propres et dérivés, des majorations (par exemple pour enfant à charge) et des allocations (comme celles du minimum vieillesse), ainsi que des régularisations de carrière qui précèdent l'attribution des droits propres.

Une redéfinition du périmètre minimal des missions communes à toutes les caisses est nécessaire pour redéployer des activités dans le cadre national et spécialiser davantage l'activité des différentes caisses locales.

### **2 - Augmenter la part des mutualisations obligatoires, élargir le périmètre des mutualisations et spécialiser davantage les caisses**

Pour maintenir les métiers et expertises et garantir des équipes d'une taille suffisante, il convient d'amplifier la spécialisation des caisses locales sur certains processus, en élargissant le périmètre des activités gérées en commun au-delà des mutualisations actuelles. En outre, les mutualisations obligatoires doivent avoir une place accrue, sur le modèle de Tram.

Certaines activités, bien que considérées comme constitutives de l'identité des caisses, ne sont qu'exceptionnellement traitées en face à face avec les assurés et pourraient l'être dans un autre ressort que le département (maladie et famille) ou la région où résident les assurés (retraite). C'est le cas, par exemple, de la gestion des bénéficiaires ou du calcul des indemnités journalières dans les CPAM ; des régularisations de carrière en amont de la liquidation des droits dans la branche vieillesse ; du traitement des déclarations de ressources et des justificatifs que les allocataires adressent aux Caf à la suite de la détection d'incohérences dans leur situation par des contrôles automatisés.

De plus, les activités déjà mutualisées paraissent elles aussi comporter des possibilités supplémentaires de centralisation sur un nombre plus réduit de caisses. Depuis 2016, les schémas régionaux Tram ont réduit de près de moitié le nombre de pôles, relevant de CPAM, en charge des recours contre tiers (de 65 à 35), de l'invalidité (de 51 à 28) et des rentes AT-MP (de 51 à 24), et de plus de 80 % le nombre de plateformes de services employeurs (de 81 à 13) et de pôles de gestion des oppositions (de 102 à 13). Cette démarche a vocation à être poursuivie.

Pour l'ensemble des droits et prestations, déjà mutualisés ou non, l'acquisition des données relatives à la situation des allocataires et des assurés par l'intermédiaire du dispositif ressources mutualisé, mis en place pour la réforme des aides au logement et alimenté par des tiers de confiance<sup>537</sup>, permettrait d'alléger la charge de travail et, ce faisant, de concentrer la production sur un nombre plus réduit de caisses et de sites.

### **3 - Redistribuer plus fortement les activités dans le cadre national**

En dépit des efforts menés ces dernières années par les caisses nationales, des écarts de coûts et de qualité de gestion demeurent entre les caisses locales. Ils ont pour origine des situations particulières ou des déséquilibres plus structurels dans la répartition territoriale de la charge d'activité et des moyens mis en œuvre pour l'assumer.

Ces déséquilibres plaident en faveur d'un transfert plus ample de segments d'activités de caisses en difficulté structurelle, parfois en raison de leur grande taille ou des caractéristiques socioéconomiques de leurs bassins d'emploi et de vie, vers d'autres caisses choisies en fonction de leur performance, de leur moindre sollicitation et de leur capacité à recruter de jeunes collaborateurs formés dans des bassins d'emplois dynamiques.

---

<sup>537</sup> Voir chapitre IX.

À cette fin, il convient que les caisses nationales transfèrent des autorisations d'emplois « libérées » par des départs à la retraite à ces autres caisses. Dans la branche famille, le « jumelage » optionnel entre deux caisses, aujourd'hui peu développé, pourrait amorcer cette évolution. Dans l'ensemble des branches, la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des organisations à cinq et dix ans est indispensable, comme la Cour l'a recommandé<sup>538</sup>, afin d'orienter les choix de recrutement et de formation, appréhendés au niveau des territoires.

## **B - Regrouper les organismes locaux**

Les transferts d'activités aux petites caisses ne permettront pas, dans tous les cas, le maintien d'un niveau d'activité suffisant pour justifier celui de personnalités juridiques distinctes et des frais de structure qui leur sont liés. Des regroupements organiques ou fonctionnels seront nécessaires.

### **1 - Fusionner certaines Caf et CPAM à l'échelle départementale**

En 2009, a été créée la caisse commune de sécurité sociale (CCSS) de Lozère, multi-branches<sup>539</sup>. Des expériences de rapprochement entre Caf et CPAM sont en cours dans les Hautes-Alpes, avec une organisation intégrée depuis 2017, et dans le Cantal, avec un directeur commun.

La création de caisses communes peut préserver l'existence et les emplois d'organismes de plein exercice sur des territoires isolés, procurer aux assurés et allocataires un guichet unique couvrant l'ensemble des droits et prestations et permettre des simplifications de gestion. De plus, la mutualisation des fonctions d'accueil, de l'encadrement supérieur et des fonctions support favorise la maîtrise des coûts de gestion.

La CCSS de Lozère a développé des synergies entre branches en matière de relations avec les assurés, simplifié la gestion de ses instances internes et atteint la plupart de ses objectifs de qualité de service pour un coût maîtrisé. Cependant, la réunion des activités maladie, famille et

---

<sup>538</sup> Cour des comptes, « La gestion du personnel des organismes de sécurité sociale : une stratégie de modernisation à définir sans tarder », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2016, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>539</sup> En Lozère, les organismes du régime général de sécurité sociale partagent, depuis leur création, pour la gestion des risques maladie, famille et recouvrement une direction commune. La CCSS gère les activités maladie et famille sous sa responsabilité. Le recouvrement est piloté par l'Urssaf Languedoc-Roussillon.

recouvrement propres à ce territoire faiblement peuplé ne suffit pas à lui fournir une activité suffisante. À titre principal (53 % des effectifs), celle-ci est assurée par des tâches pour le compte d'autres Caf et CPAM. Grâce à ces nouvelles activités, la part des salariés affectés aux fonctions support a pu être réduite de 20 % en 2008 à 10 % en 2019.

Plus fondamentalement, les caisses communes doivent répondre aux objectifs fixés par plusieurs branches et utiliser les systèmes d'information cloisonnés mis à leur disposition par ces dernières. Ce fonctionnement multi-branches n'apporte pas en soi de réponse à l'absence de taille critique des équipes spécialisées et à la difficulté à maintenir des expertises éprouvée par les caisses de petite taille. En revanche, il risque d'affaiblir le pilotage national des activités<sup>540</sup>, pour des synergies métier somme toute limitées en l'état actuel des coopérations nationales entre branches.

À ce jour, le rapprochement des Caf et des CPAM – à la demande des conseils des caisses et facilité par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020<sup>541</sup> – ne paraît donc pas constituer la solution cible pour la quarantaine de départements ruraux faiblement peuplés, mais devoir être réservée à des situations particulières.

## 2 - Créer des caisses interdépartementales de branche

Le regroupement au sein de chaque réseau, dans un cadre interdépartemental, de caisses de territoires faiblement peuplés permettrait de procurer une masse critique d'activités aux caisses maintenues et d'engendrer des gains sur les fonctions inhérentes à l'existence d'une personnalité morale des caisses<sup>542</sup>.

---

<sup>540</sup> À propos des difficultés des caisses générales de sécurité sociale, multi-branches, voir Cour des comptes, « Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et en Martinique : un redressement impératif », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>541</sup> La condition de classement en zone de revitalisation rurale de toutes les communes a été supprimée.

<sup>542</sup> Gestions budgétaire et comptable, suivi de la contractualisation et de la performance globale, pouvoir adjudicateur, obligations de l'employeur et gouvernance locale (conseils et conseils d'administration). Les fonctions de pilotage et d'aide au pilotage liées à la personnalité morale représentent respectivement 10 % et 8,5 % des ETP des CPAM et des Caf. Dans les plus petites caisses des deux réseaux, elles mobilisent en moyenne 24 ETP par CPAM et 15 ETP par Caf.

Par rapport aux actuelles caisses départementales de petite taille, qui représentent plus de la moitié des caisses des réseaux de la Cnaf et de la Cnam, les nouvelles structures auraient des équipes de production de taille suffisante et conserveraient une diversité de missions et d'enjeux restant attractive pour de futurs recrutés. Le cas échéant, elles pourraient être mises en réseau, dans le cadre régional, avec d'autres caisses.

À la différence des caisses communes multi-branches, les caisses interdépartementales n'auraient pas à utiliser des systèmes d'information distincts, ni répondre à plusieurs caisses nationales. Leur pilotage par ces dernières ne comporterait pas de différence par rapport aux actuelles caisses départementales.

Pour recueillir l'adhésion et être efficace, les caisses interdépartementales de branche devraient respecter les délimitations régionales, spécialiser les sites maintenus, conserver des accueils physiques dans tous les départements et ne pas réduire la présence de l'institution sécurité sociale auprès des acteurs départementaux.

### **3 - Faire jouer un rôle accru au niveau régional**

Les sujets d'intérêt commun entre caisses ont vocation à être mieux coordonnés au niveau régional au fur et à mesure que leur spécialisation va se renforcer. Certains points d'appui existent déjà :

- le développement de la gestion régionale du risque dans l'assurance maladie ;
- une régionalisation partielle de la production des prestations de la branche famille (dans le cadre d'ateliers régionaux d'entraide dotés de 100 ETP au total) ;
- la mise en place de comités régionaux de directeurs de Caf, qui doivent établir une gestion prévisionnelle régionale des emplois et des compétences.

Ils ont vocation à être renforcés afin de favoriser une homogénéité accrue dans la mise en œuvre des politiques nationales, contribuer à la diffusion de projets, de pratiques et d'outils communs et en répartir les coûts de conception et de mise en œuvre entre les caisses.

Par ailleurs, les expertises rares devraient être davantage mutualisées dans le cadre régional, grâce à une mise en réseau facilitée par le travail à distance : aide au pilotage (statisticiens, démographes, contrôleurs de gestion), communication, graphisme, ressources humaines (recrutement, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,

accompagnement individuel), fonction juridique, formation ou encore achats. Ces coopérations permettraient de répondre, de manière pragmatique, à l'inégale répartition de ces expertises entre les caisses locales et à la fragilisation de celles des caisses de petite taille.

## **C - Des rapprochements entre branches à amplifier**

Les Cog 2018-2022 des branches du régime général affirment plus nettement des objectifs de coopération interbranches que par le passé. Les coopérations à mettre en place ou développer ont deux enjeux prioritaires.

### **1 - La mise en commun de moyens**

La mutualisation de moyens entre branches s'est longtemps résumée à des initiatives des caisses locales. Portée par la direction de la sécurité sociale et l'union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss<sup>543</sup>), elle a vocation à s'accroître.

Depuis 2017, le rôle de centrale d'achat de l'Ucanss pour le compte du régime général se développe. Ainsi, 58 marchés interbranches étaient en cours en 2018, contre 28 en 2015. Néanmoins, l'adhésion des caisses à certains marchés à forts enjeux reste faible<sup>544</sup>. Compte tenu par ailleurs de la contraction des marchés passés par les caisses locales au profit de marchés nationaux, il conviendrait d'accélérer la constitution de pôles régionaux d'achats comme a commencé à le faire la branche maladie, et d'étendre leur mission à un encadrement fonctionnel des gestionnaires de marchés et acheteurs des caisses locales.

Depuis 2018, les opérations immobilières des bâtiments communs aux branches du régime général sont pilotées par une seule branche qui agit pour le compte des autres<sup>545</sup> et les pôles régionaux d'expertise immobilière de la branche maladie (Preci) peuvent être sollicités par les autres branches ; néanmoins, la branche famille a conservé sa propre fonction d'expertise en matière immobilière.

---

<sup>543</sup> Organisme de droit privé créé en 1969, il négocie et conclut en tant que fédération d'employeurs les conventions collectives nationales et assure d'autres missions d'intérêt commun aux organismes du régime général.

<sup>544</sup> Un quart des CPAM et des Caf n'avaient pas adhéré au marché mutualisé de fourniture d'électricité en 2018, ni 16 % des CPAM au marché mutualisé des titres-restaurant (contre 6 % des Caf et aucune Carsat).

<sup>545</sup> La branche maladie finance et suit les opérations concernant l'ensemble des CGSS et 24 unions immobilières. La Cnav fait désormais de même pour les Carsat.

## 2 - La mutualisation de données

De longue date, l'ensemble des organismes sociaux bénéficient des données d'état civil des assurés présentes dans le système national de gestion des identifiants (SNGI) de la Cnav, alimenté par l'Insee.

La mise en place du dispositif ressources mutualisé, en vue d'assurer l'attribution et le calcul des aides au logement en fonction des ressources du dernier trimestre (et non plus des revenus fiscaux de l'année n-2)<sup>546</sup>, doit permettre à la branche famille, mais aussi à l'assurance maladie, de fiabiliser à la source les données prises en compte pour attribuer et calculer un grand nombre de droits et de prestations<sup>547</sup>, et de limiter les demandes de déclarations et de pièces justificatives aux assurés et aux allocataires. L'identification de ces derniers par France Connect<sup>548</sup> a le même objectif.

Ces évolutions doivent aussi améliorer le paiement à bon droit des prestations, en permettant l'automatisation des actes de liquidation à partir d'informations normalisées et fiabilisées et engendrer des gains substantiels de productivité pour les caisses, en réduisant la charge d'activité liée à des activités manuelles de collecte, de traitement et de contrôle des données recueillies.

D'autres évolutions visent à moderniser l'offre de service dans le sens d'un accompagnement plus global et personnalisé. Elles appellent la mise en commun d'informations, mais aussi d'outils et de compétences d'analyse des données collectées (*data literacy*), afin d'appréhender plus finement et de manière transverse les situations de vie ou de droits des assurés (droits connexes, non-recours, etc.).

Le lancement fin 2018 par la Cnaf et la Cnam d'une réflexion conjointe a permis d'identifier des enjeux prioritaires de coopération, notamment l'accueil et l'accès aux droits et le repérage et le suivi des publics fragiles. La traduction de ces orientations est cependant gênée par l'absence d'outil commun de gestion de la relation client.

---

<sup>546</sup> Prévue à l'origine au 1<sup>er</sup> janvier 2019, cette réforme prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

<sup>547</sup> Ensemble des prestations versées par les Caf ; complémentaire santé solidaire, indemnités journalières, pensions d'invalidité et rentes AT-MP pour les CPAM.

<sup>548</sup> À partir d'un seul identifiant et d'un seul mot de passe, l'assuré peut accéder à ses comptes personnels dans les différentes administrations et organismes. Cette solution n'est toutefois pas utilisée par les services en ligne de la Cnaf, fondés sur une identification par foyer. Une évolution est attendue sur ce point courant 2020.

---

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

---

*Le modèle de caisse généraliste, dotée de la personnalité juridique, est ébranlé par la montée en puissance du travail en réseau permis par les progrès informatiques, qui permettent de mettre en œuvre en tout point du territoire une part toujours plus grande des activités. L'assurance maladie a réalisé depuis 2014 un effort très significatif de développement de ce mode d'organisation dans un cadre rigoureux.*

*L'automatisation croissante des tâches de traitement des dossiers permises par la modernisation des systèmes d'information et le développement des outils nationaux de pilotage de ces activités fournissent l'opportunité de repenser l'organisation territoriale des réseaux de caisses, tout en maintenant un ancrage territorial de proximité suffisant, nécessaire à la qualité de la relation avec les bénéficiaires des prestations.*

*Au-delà des mutualisations déjà mises en œuvre, dont l'ensemble des conséquences doivent être tirées quand les transferts d'activité ont un caractère définitif, il convient de redéfinir le périmètre des missions que doivent obligatoirement exercer les caisses d'un même réseau : la gestion d'un nombre plus réduit de processus distincts, incluant la relation de proximité avec les assurés et les allocataires ; la mise en œuvre de partenariats avec les autres branches, les collectivités locales et les associations, afin notamment de favoriser le recours aux droits ; un rôle de force de proposition auprès des caisses nationales au vu des opportunités et des difficultés que fait apparaître la gestion des droits et des prestations.*

*Cette redéfinition doit permettre de redéployer plus largement les activités entre les caisses locales d'un même réseau. Au-delà, il convient de resserrer les réseaux de caisses eux-mêmes, en fusionnant des caisses de petite taille en leur sein, dont la viabilité en tant qu'organismes autonomes est de plus en plus fragilisée par la baisse globale des effectifs des organismes sociaux. Il est par ailleurs nécessaire de traiter les difficultés particulières que suscite l'organisation d'une partie des activités de l'assurance maladie (service médical, service social, prévention et tarification des accidents du travail - maladies professionnelles et service médical).*

*Enfin, il convient de réexaminer les prérogatives des conseils d'administration des caisses locales au vu de la réalité d'un encadrement de plus en plus étroit de l'exercice de leurs missions par les outils, les procédures et les objectifs définis ou mis à leur disposition par les caisses nationales.*

*La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :*

- 25. redéfinir les missions exercées par l'ensemble des caisses de sécurité sociale, en les spécialisant sur la gestion d'un nombre plus limité de processus, la mise en œuvre de partenariats locaux et la proposition d'évolutions des outils et procédures de gestion (ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général) ;*
  - 26. resserrer les réseaux de caisses locales en créant, notamment dans les territoires peu peuplés, des caisses interdépartementales par branche, ou exceptionnellement des caisses départementales interbranches, et redistribuer plus fortement les activités des caisses de grande taille dont la qualité de service est dégradée vers celles affichant des performances satisfaisantes (ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général) ;*
  - 27. mener à leur terme les transferts à d'autres caisses des processus de gestion propres à certains droits et prestations, en transférant également aux caisses délégataires le contrôle, le paiement et la comptabilisation des opérations qui s'y rapportent (ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général) ;*
  - 28. afin d'amplifier les synergies, rattacher le service social de l'assurance maladie à l'ensemble des CPAM et les services de tarification et de prévention des AT-MP à la CPAM du chef-lieu de région, ce qui conduira à faire des Carsat des caisses compétentes uniquement pour la retraite (ministère chargé de la sécurité sociale, Cnam et Cnav) ;*
  - 29. fixer, à l'instar des conseils des CPAM, une liste limitative d'attributions pour les conseils d'administration des Caf, Carsat et CGSS et, pour l'ensemble des conseils, des listes limitatives de commissions (ministère chargé de la sécurité sociale) ;*
  - 30. définir un socle obligatoire de coopérations interbranches nationales et locales, couvrant notamment les fonctions support, la mesure de la productivité et le déploiement d'outils communs de gestion de la relation client afin de promouvoir des parcours communs pour les assurés et allocataires (ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général).*
-