



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Caisse nationale

Le Directeur Général

Madame Véronique HAMAYON
Présidente de la 6^{ème} Chambre
Cour des Comptes
13 rue Cambon
75100 PARIS cedex 01

Date : Paris, le 22 avril 2024

N/Réf : 2024D/3757

Madame la Présidente,

C'est avec beaucoup d'intérêt que j'ai pris connaissance des observations définitives que vous m'avez transmises dans le cadre du contrôle organique de l'établissement de la Cnam.

Ce dernier appelle de ma part les remarques suivantes.

1/ Dans un premier temps, j'aimerais souligner le travail réalisé par la Cour pour tenter d'appréhender la Cnam comme un ensemble homogène. Toutefois, la complexité intrinsèque de son organisation et de ses missions rend cet exercice particulièrement délicat.

L'assimilation dans un même contrôle de la Cnam « établissement » (sièges et sites) ainsi que des DRSM présente une première difficulté. Si le service du contrôle médical est bien, en vertu du code de la sécurité sociale, un service de la Cnam et que les DRSM n'ont pas de personnalité juridique, à la différence des CPAM et des CARSAT, il n'en demeure pas moins que les DRSM – de par leur mission et leur fonctionnement historique – s'apparentent bien plus à des organismes *déconcentrés* qu'à des sites *délocalisés*.

La spécificité des missions et de l'identité de la Cnam « siège et sites » par rapport à celles des DRSM me paraît rendre plus que délicate la recherche d'une cohérence globale et de perspectives stratégiques sur le champ « Cnam siège et sites + DRSM ». Cela explique notamment pourquoi le projet d'établissement de même que les autres documents stratégiques se déclinent sur le seul périmètre de la Cnam « siège et sites », sachant que la Convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'Etat constitue quant à elle le cadre stratégique pour la branche.

C'est pour cette même raison que je ne partage pas la recommandation de la Cour d'élargir le projet d'établissement au périmètre de l'établissement public, pour y inclure les Directions régionales du service médical (DRSM).

En outre, le projet d'établissement 2023-2025 (qui n'a pas vocation à définir les missions et objectifs de l'Assurance maladie ainsi que le fait la Convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'Etat, mais à porter des propositions d'amélioration du fonctionnement interne de la Cnam) a été élaboré au terme d'une procédure collaborative, associant l'ensemble des agents de la Cnam, difficilement conciliable avec une approbation par les tutelles, ainsi que le recommande la Cour.

De même, si la Cnam dispose de marges d'amélioration en matière de contrôle interne, que les travaux menés depuis le mois de mars 2023 dans le cadre de la formalisation du plan de contrôle interne de l'établissement public devraient permettre de mobiliser, l'extension de l'ensemble des mécanismes de contrôle sur le champ « Cnam siège et sites + DRSM » ne serait pas adaptée à la prise en compte des spécificités de ces différentes entités. Associer le Cgéfî à la détermination des lignes directrices des CPG des DRSM, ainsi qu'à l'élaboration et au suivi de leurs indicateurs d'efficience et de performance n'apparaît pas plus adapté : si le regard du Cgéfî est naturellement précieux pour les équipes de la Cnam, sa plus-value réside dans son rôle de contrôle au niveau de la Cnam « sièges et site » où se concentrent les enjeux mais n'a pas vocation à s'inscrire dans le cadre de gestion des entités que sont les DRSM.

2/ Dans un deuxième temps, j'aimerais rappeler que si la Cnam peut encore progresser dans son pilotage stratégique des ressources humaines comme le souligne la Cour, les trajectoires en ETP et en rémunération au sein du siège répondent bien à une politique de recrutement et de rémunération respectueuse d'un cadre de référence.

Premièrement, c'est avant tout la nécessité pour le siège de répondre à un certain nombre de facteurs exogènes qui explique la trajectoire de la Cnam siège. En plus de l'intégration de 249 salariés issus des autres régimes, la période considérée par la Cour fut celle de la crise sanitaire qui a nécessité un renfort des équipes nationales en soutien du réseau (mission contact tracing, mission vaccin covid) en parallèle de la création d'autres missions nouvelles également au service du réseau (pilotage de la RSO, création d'un département du numérique en santé, etc.). Je tiens ici à souligner qu'il me semble que l'explicitation par la Cnam des ressources humaines dont elle a besoin pour accomplir ses tâches n'a pas sa place dans un projet d'établissement, ainsi que le préconise la Cour, mais a plutôt vocation à figurer dans le SDRH de l'établissement public.

Deuxièmement, en ce qui concerne les rémunérations, la DRHEP œuvre au quotidien, en lien avec le Cgéfî, pour déployer une politique de recrutement et de rémunération permettant de préserver la hiérarchie des emplois et des rémunérations ainsi que l'équité. A l'exception d'une minorité de fonctions stratégiques difficiles à trouver sur le marché du travail, les rémunérations sont cohérentes avec ce que permet la grille de la convention collective du personnel de direction de la sécurité sociale exerçant dans des caisses dites « exceptionnelles ».

3/ S'agissant du marché « Accompagnement en santé », si la DDSI aurait certainement pu être encore plus associée qu'elle ne l'a été lors de la passation de ce marché dont le pilotage relevait du secrétariat général, elle a été mobilisée pour travailler sur le sujet dès la phase de l'avant-projet.

Par ailleurs, il me semble important de souligner que la difficulté à proposer une solution commune aux deux dispositifs SOPHIA et PRADO n'a émergée qu'après la notification du marché au prestataire retenu et que la DDSI a été sollicitée pour analyser et procéder au choix des offres, de sorte qu'il ne me semble pas que le choix d'une solution unique lui aurait été « imposée ». Enfin, je tiens ici à souligner que les réflexions menées ces derniers mois entre l'ensemble des directions intéressées de la Cnam – dont la DDSI – ont permis de revoir globalement la stratégie d'achat relative à ces deux dispositifs et ainsi de viser, à terme, leur réinternalisation.

4/ En ce qui concerne l'activité de la DSES, je rejoins la Cour pour considérer que ses missions se sont sensiblement enrichies depuis 5 ans. Parmi les nouvelles activités de la DSES, le pilotage des expérimentations de l'article 51 ainsi que la mise à disposition des données médicales dans le cadre du SNDS occupent effectivement une place plus importante. Les missions plus anciennes de la direction (support statistique, suivi de l'ONDAM, contribution scientifique) demeurent néanmoins la colonne vertébrale de l'action de la direction et n'ont pas été réduites.

S'agissant de la Plateforme des données de santé (PDS), l'absence de définition claire du partage des tâches entre l'Assurance maladie et la plateforme des données de santé, résulte en effet de l'absence d'autorisation de transfert de la base principale du SNDS vers la PDS.

Je tiens ici à préciser que, au-delà de la période du contrôle de la Cour, les serveurs sur lesquels les données du SNDS sont exploitées ont été modernisés au printemps 2023 pour améliorer les performances et réduire les temps de traitement, soumis à des fortes tensions. A ce titre, ce sont 4,2 M€ qui ont été investis sur notre Datacenter dédié au SNDS en 2023.

En revanche, ainsi que le souligne la Cour, il est vrai que l'architecture globale n'a pas été revue et n'est pas dimensionnée pour supporter en rythme de croisière un volume d'activité significativement supérieur à celui supporté aujourd'hui. Cela nécessiterait des investissements importants qui ne semblent à ce jour pas opportuns alors que cette activité a vocation à être transférée au PDS dans les années à venir.

5/ En outre, si je rejoins le constat de la Cour concernant les difficultés engendrées par la rareté de la ressource médicale, je souhaite préciser que les constats de la Cour interviennent dans une phase de changement pour le service du contrôle médical.

La Cour souligne à juste titre les travaux menés par la Cnam pour tenir compte de la raréfaction de la ressource médicale, les actions destinées à remédier à l'attractivité des métiers se concentrant en premier lieu vers les médecins. La rareté de la ressource médicale conduit aujourd'hui l'Assurance maladie à réfléchir à la place des autres professions de santé au sein du service du contrôle médical. La Cnam rejoint ainsi la remarque de la Cour sur l'intérêt de recruter des pharmaciens-conseils, notamment afin de développer leur activité en matière de contrôle contentieux / lutte contre la fraude ou s'agissant de l'accompagnement des offreurs de soins et la maîtrise médicalisée des produits de santé, etc.

Cette diversification des métiers au sein du service médical rend d'ailleurs délicate l'interprétation de certains indicateurs historiques. Ainsi, s'agissant du processus IJ, trois des quatre indicateurs utilisés par la Cour pour examiner les performances du service du contrôle médical font référence aux contrôles sur personne ou vues au service médical.

Or, avec l'activité grandissante des infirmiers du service médical (ISM) et, bientôt, la délégation de certains avis du service médical sur le fondement des dispositions de la LFSS pour 2024, ces indicateurs perdent de leur sens : la préparation des dossiers par les ISM avec l'assuré optimise le recours à la convocation qui est réservée aux situations complexes ou lorsqu'un examen clinique par le médecin conseil est nécessaire.

Dans ces conditions, ces résultats ne traduisent pas une baisse de performance mais bien plus une évolution du fonctionnement du service du contrôle médical.

Voilà les principaux éléments de réaction que je souhaitais porter à votre connaissance.

Je vous prie de croire, Madame la Présidente, à l'assurance de ma considération distinguée.



Thomas FATÔME