

ANNEXE 2

OBJECTIFS ET MOYENS DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Les conventions d'objectifs et de gestion

Instituées par les ordonnances du 24 avril 1996, les conventions d'objectifs et de gestion (COG) sont conclues entre l'État et les caisses nationales des principaux régimes de sécurité sociale. Identiques dans leurs principes généraux, les COG diffèrent selon chaque branche ou régime en fonction des axes stratégiques qui lui sont propres.

Elles formalisent dans un document contractuel la délégation de gestion du service public de la sécurité sociale aux organismes gestionnaires. Ces conventions sont signées pour une durée généralement de quatre ans par le président et le directeur de la caisse concernée ainsi que par les ministres de tutelle. Elles sont ensuite déclinées en contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre la caisse nationale et les caisses locales.

Les conventions d'objectifs et de gestion sont un mode de gestion du service public qui permet la clarification des responsabilités respectives et la prise d'engagements réciproques.

Elles ont été un outil doublement précurseur : d'une part, en définissant un nouveau mode de relations entre pouvoirs publics et partenaires sociaux dans les rapports entretenus entre l'État et la sécurité sociale, d'autre part, en introduisant une démarche objectifs/résultats.

La réalisation des engagements contenus dans les COG fait l'objet d'un suivi régulier et d'une évaluation périodique par les autorités de tutelle, en cours et en fin de convention.

Ces suivis et évaluations, corollaires d'une démarche objectifs/résultats, permettent d'enrichir les échanges entre l'État et les caisses, notamment pour apprécier les résultats obtenus et faciliter la négociation des conventions ultérieures. Ils permettent enfin d'assurer une information transparente, en particulier auprès du Parlement, sur le fonctionnement des organismes de sécurité sociale.

Elles constituent donc un levier majeur de modernisation et d'amélioration de la performance de la sécurité sociale.

Le processus de négociation et de conclusion des COG comprend deux grandes étapes :

Bilan de la précédente COG

Les négociations d'une nouvelle convention d'objectifs et de gestion débutent au cours de l'année N-1, une fois le bilan de la COG en cours effectué.

Négociation de la nouvelle COG

La négociation d'une nouvelle COG est menée par les services de l'État concernés sur la base d'un mandat préalablement validé par le Cabinet du Ministre chargé de la sécurité sociale. La direction de la Sécurité sociale, avec la direction du budget et le contrôle général économique et financier, mène le processus de négociation avec la caisse nationale concernée.

Le processus de contractualisation est aujourd'hui engagé avec l'ensemble des régimes.

Pour le régime général, les COG État - CNAV et État - CNAF de quatrième génération qui couvriront la période 2009 - 2012 sont en cours de négociation.

Les COG État - CNAMTS et État - ACOSS ont été renégociées en 2006 pour couvrir la période 2006-2009. Par ailleurs, une COG a été conclue le 25 février 2005 avec la branche AT/MP pour une durée de 3 ans (2004-2006). Cette convention a été prolongée de deux ans par un avenant signé le 3 mai 2007. La prochaine COG qui couvrira la période 2009 2012 est en cours de négociation.

Pour le régime agricole, la troisième COG État-MSA, couvrant la période 2006-2010, a été signée le 26 septembre 2006.

S'agissant des régimes des travailleurs non salariés, suite à la constitution du Régime Social des Indépendants (RSI) la COG État - RSI couvrant la période 2007-2011 a été signée le 2 mai 2007.

Enfin le processus de contractualisation avec les régimes spéciaux s'amplifie permettant d'inscrire ces régimes dans la dynamique des conventions d'objectifs et de gestion :

- Deux COG ont ainsi été signées en 2007 : Avec la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) le 18 janvier pour quatre ans et avec la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) le 15 mai pour trois ans ;
- Deux l'ont été au premier semestre 2008 : Avec la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) le 24 janvier et avec la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (CRPCEN) le 17 avril ;
- La COG État caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) est en cours de signature.

La négociation de nouvelles COG est également prévue pour quatre autres régimes avant la fin de l'année 2008.

L'extension des COG à l'ensemble des régimes permet de définir des objectifs communs et de renforcer les transversalités. Dans cette même logique, un mouvement de rapprochement des indicateurs des différentes caisses de sécurité sociale a été initié. Cette expérience de parangonnage entre les branches et les régimes a abouti en juin 2004 à la publication d'un premier catalogue d'indicateurs communs, revu en 2006 et 2008. Par ailleurs, les résultats de ces indicateurs communs sont publiés chaque année par l'intermédiaire d'un rapport intitulé « rapport annuel sur la performance du service public de la sécurité sociale ».

La présente annexe fournit dans une première partie un bilan annuel de la mise en œuvre des engagements des COG du régime général, du régime social des indépendants et du régime agricole.

Une deuxième partie décrit pour le dernier exercice clos, les résultats chiffrés des caisses du régime général et les moyens de gestion utilisés par celles-ci.

Une troisième partie présente, pour le régime général, les objectifs chiffrés pluriannuels de gestion et les moyens de gestion qui seront mobilisés pour les atteindre.

Première partie : Bilan annuel de la mise en œuvre des engagements des COG

1. La CNAMTS – Bilan de l'année 2007

La COG de la CNAMTS fixe comme première ambition de placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie. La branche maladie a continué en 2007 à déployer des actions de prévention. Un accent tout particulier a été mis sur la santé bucco-dentaire des jeunes. Dans ce cadre, la CNAMTS s'est attachée à négocier avec les chirurgiens-dentistes et à mettre en place pour la date du 1^{er} janvier 2007 un dispositif destiné notamment à atteindre l'objectif fixé par la Loi de santé publique du 9 août 2004, visant à réduire de 30 % dans le délai de 5 ans l'indice carieux des enfants de 6 et 12 ans. Intitulé « M'T' Dents », ce dispositif lancé en janvier 2007, est monté en charge progressivement tout au long de l'année. Il permet la prise en charge à 100 % d'un examen bucco-dentaire (EBO) et de soins dentaires pour les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Il repose sur une démarche de ciblage innovante – mailing de populations cibles définies en fonction de leur profil de consommation - et campagne de communication de grande ampleur. À fin novembre 2007, le niveau de recours des enfants de 6 ans à l'EBD atteignait l'objectif visé de 25 % et pour l'ensemble des tranches d'âge, la hausse de la participation à ce dispositif des enfants qui n'avaient pas consulté de chirurgien-dentiste l'année précédant leur anniversaire s'avérait très satisfaisante.

L'année 2007 a aussi été marquée par des actions de l'assurance maladie visant à améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire.

Ainsi, un avenant conventionnel a été finalisé le 7 février 2007 pour favoriser une meilleure répartition des médecins en accompagnant les généralistes libéraux installés ou s'installant en zone déficitaire. Outre les aides financières prévues, la CNAMTS s'est engagée sur une offre de service (accueil, soutien et suivi personnalisé, informations consultables en ligne tels que c@rtosanté ou c@rtosanté pro). En contrepartie, le praticien s'engage à assurer la continuité des soins, à organiser l'activité de son cabinet en recherchant des coopérations avec d'autres professionnels de santé libéraux, et à exercer au moins trois ans dans la zone où il se trouve.

Concernant l'accès aux soins pour les publics en situation de fragilité sociale, différentes mesures ont été mises en œuvre pour favoriser la promotion du dispositif de l'aide à la complémentaire santé (ACS). Il a ainsi été procédé à la formalisation d'une nouvelle attestation de droit à l'ACS, complétée par une partie basse constituée d'un chèque édité en couleur, afin de permettre la visualisation immédiate de l'avantage financier de cette aide ainsi que d'une nouvelle lettre d'accompagnement visant à mieux expliquer le dispositif et la procédure à suivre par les bénéficiaires.

Fin 2007, 469 000 attestations avaient été délivrées aux bénéficiaires, contre 360 000 en 2006 soit une progression de plus de 30 %.

Par ailleurs, début 2007, la maîtrise médicalisée à l'hôpital a été élargie aux établissements sous tarification à l'activité (T2A). Ce plan s'appuie sur la communication d'indicateurs portant sur la chirurgie ambulatoire, l'externalisation des médicaments et dispositifs médicaux en ville (théoriquement compris dans les GHS), l'internalisation en hospitalisation de jour de prises en charge réalisables en ville ou en soins externes, les prestations T2A qui évoluent les plus rapidement (GHS les plus dynamiques). Ce sont les directeurs de CPAM et les médecins chefs d'échelons locaux qui ont rencontré l'équipe de direction de chaque établissement avec présentation du profil. 85 % d'établissements ciblés ont été visités.

Ces différentes actions ont contribué à l'atteinte de l'objectif de réduction de l'évolution des dépenses hospitalières et des dépenses prescrites et exécutées en ville (baisse des statines, des indemnités journalières), de réduction de l'hospitalisation de jour et de l'augmentation de la chirurgie ambulatoire...). L'économie est estimée à environ 137 Millions d'euros pour la seule année 2007.

Les actions de maîtrise médicalisée en ville, lancées en 2005, se sont poursuivies avec deux nouveaux thèmes portant sur les antihypertenseurs (64 M€ d'économies réalisées en 2007) et les lits médicalisés.

Le bilan de la politique de lutte contre la fraude de l'Assurance Maladie en 2007 montre une très nette augmentation du montant des fraudes détectées et stoppées (+22 %) et de celui des économies réalisées (+ 38 %) par rapport à l'année précédente.

Le montant des fraudes, fautes et abus détectés, qui ont conduit à des sanctions, s'est élevé à près de 144 millions d'euros. Ces actions ont abouti à obtenir plus de 125 millions d'euros d'économies réalisées sous forme de préjudice évité, indus notifiés, transactions signées, pénalités financières ou condamnations judiciaires prononcées.

Sur la qualité de l'offre de service, l'Assurance Maladie a consolidé en 2007 ses performances sur des éléments essentiels du service de base.

L'optimisation des délais et de la qualité des règlements a été poursuivie : le délai de traitement moyen des remboursements à partir d'une FSE est de 7 jours.

La qualité des données du fichier assurés est maintenue avec un taux de certification des ayants droit de 98,5 %.

L'accessibilité des plates-formes de service a été renforcée : elles ont reçu 28 millions d'appels qui ont abouti dans 90 % des cas.

Les services en ligne mis en place en direction des professionnels de santé rencontrent une forte adhésion. Au 31 décembre 2007, près de 100 000 professionnels de santé sont d'ores et déjà utilisateurs du service « mon compte ameli », tandis que 17 000 médecins disposent désormais de l'accès à l'historique des remboursements sur leur poste de travail.

Le service « compte Assuré » est également ouvert depuis le mois de décembre 2007. Il fournit à tout moment à l'assuré une information sur les paiements réalisés (information identique à celle qui figure sur le relevé de prestation, avec une profondeur d'historique de 6 mois disponible en ligne et sur sa situation au regard de la déclaration d'un médecin traitant.

L'assuré peut également entrer en contact avec sa caisse d'Assurance Maladie par courrier électronique.

La mise en oeuvre de services attentionnés et dédiés à chaque catégorie de public, notamment le dispositif Infosoins, issu de la mise en application de l'article 18 de la loi du 13 août 2004, a été déployé par l'Assurance Maladie au cours du 4^e trimestre 2006.

Pour mémoire, ce dispositif, qui s'appuie prioritairement sur le canal téléphonique, offre aux assurés sociaux la possibilité d'obtenir des informations facilitant leur orientation dans le système de santé. Ainsi, le service Infosoins a été généralisé sur l'ensemble du territoire à compter de janvier 2007 :

- Contacts Bénéficiaires (MEDIALOG) en 2007 : 58 120 (1 100 en moyenne par semaine) ;
- Contacts PS (MEDIALOG) en 2007 : 4 042.

À noter également la poursuite du déploiement des guichets automatiques de l'Assurance Maladie (GAAM) qui ont porté le nombre total de GAAM à 1237 sur l'ensemble du territoire. La fréquentation de ces GAAM a atteint une moyenne de 40 visiteurs/jour sur l'ensemble de l'année 2007, soit une relative stabilité par rapport à 2006 (41 visiteurs /jour).

Le respect par la branche des engagements prévus par la COG en matière de diminution des effectifs a eu pour incidence une baisse des charges de personnel. L'effectif diminue de 1889 en 2007.

S'agissant de l'efficacité du réseau, les charges de gestion des CPAM évoluent de - 0,1 % entre 2006 et 2007. Dans le même temps, le nombre de bénéficiaires consommateurs augmente de

0,8 % ce qui entraîne une baisse du coût de gestion par bénéficiaire passant au niveau national de 71,57 € à 70,89 € (- 1,0 %).

Compte tenu de la baisse de ces effectifs, le nombre de bénéficiaires consommateurs traité par ETP augmente très sensiblement (+ 3,3 %) passant de 809,77 à 836,38 ce qui traduit ainsi une amélioration notable de la productivité de l'Assurance Maladie, déjà constatée en 2006. Cette amélioration de la productivité se retrouve d'ailleurs dans l'indicateur COG qui prend en compte l'ensemble des personnels relevant du FNGA et FNCM (le ratio évoqué ci-dessus passe en effet de 608 en 2006 à 631 en 2007.

2. La CNAF – Bilan de l'année 2007

L'année 2007 a été marquée une hausse d'activité qui est restée globalement modérée. Après une baisse en 2006, le nombre d'allocataires a augmenté en 2007 de 53 000 ce qui s'explique par l'intégration de nouveaux bénéficiaires relevant du dispositif des contrats aidés ou du dispositif de retour à l'emploi. Toutefois les Caf ont connu un pic activité pendant l'été en raison principalement du décalage de calendrier dans la campagne des ressources et de la réforme fiscale dont les barèmes ont été réactualisés. En ce sens, l'année 2007 est atypique. La mise en œuvre de délais de prévenance et de processus d'implantation de la réglementation mieux maîtrisés devrait concourir à résorber ces variations d'activité.

Les objectifs de qualité de service ont été atteints. L'enquête de satisfaction menée en 2007 confirme les bons résultats obtenus sur les indicateurs de gestion avec, toutefois, des écarts de performance entre les caisses. Une identification de ces facteurs a été réalisée afin de les diffuser aux caisses n'ayant pas atteints leurs objectifs.

Les indicateurs montrent globalement un accroissement de la productivité du travail réel qui se traduit par une baisse des volumes des effectifs réels et des heures travaillées. En 2007 comme en 2006, la branche famille a su maîtriser ses dépenses de gestion. 122 CAF sur 123 ont respecté leurs enveloppes budgétaires. Les écarts de coût ont également été réduits.

Concernant la maîtrise des risques, l'analyse des indicateurs mis en place montre que les objectifs fixés par la COG ont été atteints en ce qui concerne le taux de contrôle des « faits générateurs » liés au traitement des prestations légales et la couverture du référentiel de risques qui a été de 90 % en 2006 et de 94 % en 2007. Les objectifs de maîtrise des risques concernant les aides financières et individuelles ainsi que ceux concernant les aides financières et collectives d'actions sociales ont été atteints. Le déploiement du Répertoire National des Bénéficiaires a été reporté en 2008. La CNAF a renforcé son équipe d'auditeurs comptables et un meilleur suivi des fraudes et des indus va être engagé par la mise en place d'un tableau bord prestation par prestation.

En 2007, la maîtrise des dépenses en matière d'action sociale a été confirmée, elle devrait se poursuivre en 2008. Elle a même donné des marges de manœuvre pour mieux accompagner les contrats enfance jeunesse et pour améliorer les interventions en faveur des jeunes et de la petite enfance, notamment dans les zones urbaines sensibles. Dans le domaine de l'accueil des jeunes, outre la mise en place du contrat enfance et jeunesse, la généralisation de la prestation de service unique, les expérimentations relatives à l'offre de service « petite enfance », le développement des micro-crèches, la diversification du partenariat avec l'ouverture du financement institutionnel aux crèches de personnel et aux entreprises de crèche ont permis de poursuivre les développements engagés. Par ailleurs, un avenant à la COG a été signé pour la création de 4 000 places de crèches supplémentaires en 2007. Les quatre précédents fonds ont permis de financer, au 31 juillet 2007, 117 179 places en accueil collectif dont 75 049 nouvelles. Le nombre de places d'accueil des jeunes enfants en structures agréées financées par le budget d'action sociale de la CNAF est passé de 308 000 en 2004 à 332 000 en 2007. Globalement les objectifs ont été atteints, l'ensemble des réformes budgétées (création de la prestation de service médiation familiale, réforme du financement des foyers jeunes travailleurs et de l'aide à domicile, intégration

des fonctionnaires) ont été mises en œuvre afin d'adapter les interventions sociales aux besoins des familles.

Sur l'organisation du réseau, les deux sujets « départementalisation » et « mutualisation » sont un peu en retrait par rapport aux objectifs initialement prévus. Le conseil d'administration de la CNAF s'est en effet prononcé tardivement sur ces deux sujets. La départementalisation des CAF à l'horizon 2011 a fait l'objet d'une décision du CA le 12 juin 2007. Le principe d'une CAF par département est affirmé par l'ensemble des départements concernés. Cette évolution du réseau concerne 14 départements et 36 CAF. La prochaine échéance est l'élaboration d'un schéma de la caisse cible pour novembre 2008.

L'approbation du schéma directeur de la mutualisation de fonctions et d'activités a fait l'objet d'une décision du CA en septembre 2007. La COG a cité 6 domaines de mutualisation qui font l'objet d'études. Une expérimentation est en cours, elle concerne les impressions.

Parmi les enjeux de la future COG 2009-2102, le droit à la garde d'enfant et la mise en place du RSA vont impacter la branche famille. Il s'agit de deux évolutions très fortes de la branche famille qui témoignent d'une dimension « service » accru par rapport à la dimension guichet prestation et d'une amplification de la mission relative à la politique d'insertion.

3. La CNAV – Bilan de l'année 2007

En 2007, les organismes de la branche retraite devaient poursuivre leurs efforts pour mieux informer les assurés. La COG avait fixé pour objectif à la branche de délivrer une estimation individuelle et globale (EIG) et un relevé de situation individuelle (RIS) aux assurés atteignant respectivement l'âge de 58 ans et de 50 ans en 2007. Cet objectif a été réalisé par l'envoi en octobre et novembre de 321 498 RIS et de 307 728 EIG. Par ailleurs, 25 000 documents ont été envoyés en décembre pour les mêmes générations. Pour accompagner cette démarche, un centre d'appel téléphonique (CAT) externe dédié a été mis en place du 1^{er} octobre au 31 mars, avec un numéro d'appel unique (0821 10 20 30). Ainsi, le CAT a reçu, pendant les heures d'ouverture (entre 8 h et 18 h), 58.489 appels avec un taux d'appels décrochés de 96,43 %, soit 56.401 appels décrochés. Sur l'ensemble des appels décrochés, 47.467 appels (soit 84,16 %) concernaient le droit à l'information. 70 % des appels étaient dits de niveau 1. Pour les 30 % des appels nécessitant un traitement de niveau 2, 75 % étaient à destination du régime général et 25 % pour les autres régimes.

En ce qui concerne l'offre de service et plus spécifiquement le développement de la relation téléphonique et des services en ligne, une nouvelle infrastructure technique a été généralisée pour les appels entrants en mai 2007. Un nouvel outil de gestion de la relation au client a également été déployé. Le taux de satisfaction des assurés sur la relation téléphonique est de 92 %.

La part des dossiers de droits propres payés dans le mois suivant l'échéance due est de 95,2 % (objectif COG 94 %).

En matière de simplification des démarches administratives des entreprises et d'amélioration de la qualité des informations transmises, la norme DADSU (déclaration automatisée des données sociales unifiées) a été généralisée. Au 31 mars 2007, 98,6 % des lignes de salaires de la campagne 2006 ont été traitées et transmises aux partenaires. De nouveaux services ont également été offerts aux entreprises, grâce au portail commun aux grands organismes de sécurité sociale «e-vantail», où ces dernières peuvent notamment procéder à l'inscription en ligne permettant la saisie en ligne de DADS net, au suivi du traitement de leur DADS (reçue, non reçue, acceptée, reportée) et disposer d'un bilan d'identification en ligne de leurs salariés pour lesquels les salaires non pas été reportés.

La branche retraite a également su améliorer sa productivité. Si l'on se réfère au ratio « indicateur composite/effectif », la productivité s'est encore améliorée en 2007. Ce résultat a été atteint grâce notamment aux performances du nouvel outil permettant d'effectuer les régularisations

de carrière et de traiter les dossiers retraite (OR), à la dématérialisation des Données Sociales, au lancement du schéma directeur de contrôle de gestion, au développement d'un nouveau système de comptabilité analytique mensuel généralisé fin juin 2007 et à la poursuite de travaux sur la mutualisation des achats avec la création de 5 « centres d'expertises ». Les effectifs de la branche ont connu une baisse.

La démarche d'audit interne a été renforcée. Ainsi, au premier semestre 2007, suite au rapport de la cour de comptes, la CNAV a lancé un audit du dispositif de contrôle interne dans toutes les caisses régionales et les CGSS. Un mode procédural a été élaboré et formalisé après un travail conjoint Cnav-Cram et le cabinet KPMG. Par ailleurs au cours de l'année 2007, les travaux de lutte contre les fraudes ont été intensifiés par la mise en place d'une structure de pilotage au niveau de la branche retraite avec un ou deux référents fraudes par caisse ainsi qu'une structure spécifique en Ile de France.

Pour la branche, l'année 2007 marque la montée en régime des dispositifs d'évaluation et des plans d'action personnalisés (PAP), centrés sur le maintien et l'autonomie des retraités. Les circulaires relatives aux dispositifs d'évaluation et aux PAP ont été diffusées. Un guide pratique de l'évaluation a également été diffusé aux caisses régionales. En 2007, 50 % des dossiers de demande ont conduit à une évaluation. Avec les plans PAP, un panier de 11 familles de services est proposé aux retraités couvrant les dimensions les plus importantes de leur bien-être personnel, de leur vie sociale à l'entretien et à l'adaptation de leur logement.

Si on constate une diminution de la consommation du budget d'action sociale en 2007, celle-ci s'explique par l'importance des reports des années précédentes. La consommation d'heures ménagères s'élève à 19,05 millions d'heures et est en légère baisse par rapport à 2006. S'agissant des PAP et des partenariats locaux, les dépenses augmentent de 12 % par rapport à 2006, après une hausse de 11 % l'année précédente.

4. L'ACOSS – Bilan de l'année 2007

Les objectifs 2007 en matière de qualité de service sont atteints. Deux types de travaux préparatoires ont été conduits en 2007 afin de permettre leur entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2008 en application des objectifs fixés dans les COG. Les entreprises dont l'effectif dépasse deux mille salariés disposeront désormais d'un organisme comme interlocuteur exclusif (8 URSSAF dans le réseau ont été désignées pour assurer cette gestion des très grandes entreprises). Les travailleurs indépendants de l'industrie, du commerce et de l'artisanat bénéficient d'un interlocuteur social unique pour le recouvrement des cotisations et contributions dont ils sont personnellement redevables, ce projet étant mis en œuvre conjointement par les réseaux des URSSAF et celui des caisses du RSI. Sur un autre plan, la qualité de la relation téléphonique avec les usagers du chèque emploi service universel (CESU) a été sensiblement améliorée, en multipliant le nombre de points de contacts, par le basculement d'une partie des appels reçus par le centre national CESU vers l'ensemble des URSSAF.

La dématérialisation des procédures continue de progresser tant de la part des entreprises quelle que soit leur taille, que de la part des particuliers employeurs. Seul le taux de dématérialisation du chèque emploi service universel (CESU) reste en deçà de la valeur cible figurant dans la COG.

Le taux de restes à recouvrer des entreprises continue à baisser en s'établissant à 0,61 % tandis qu'on observe une dégradation du taux de restes à recouvrer des travailleurs indépendants qui passe à 4,37 % au lieu de 3,56 % en 2007. La cible COG n'est ainsi pas atteinte. Les difficultés sur ce segment de cotisants se confirment. Elles s'expliquent notamment par le ralentissement de la croissance des revenus et un turn-over plus important de cette population.

Le coût d'un euro recouvré reste stable par rapport à 2007 soit 0,34 %.

La branche a atteint ses objectifs en matière de contrôle et de lutte contre le travail dissimulé. Le

taux de redressement des personnes progresse fortement, passant de 40,8 % en 2006 à 52,44 % en 2007. Conformément aux engagements conventionnels, ces moyens conventionnels sont en cours de renforcement. La première promotion des nouveaux contrôleurs du recouvrement est entrée en formation fin 2007 pour prendre ses fonctions en 2008. Enfin, le réseau des référents « lutte contre le travail illégal » a été totalement déployé courant 2007. La mobilisation de la branche dans le cadre de la lutte contre les fraudes s'est ainsi traduite par une amélioration des performances : les montants redressés dans le cadre de la lutte contre le travail illégal ont ainsi doublé entre 2005 et 2007.

5. Le RSI – Bilan de l'année 2007

L'année 2007, la première de la nouvelle COG qui court jusqu'en 2011, a été marquée par la création des caisses régionales RSI et par la préparation de la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU). La restructuration du réseau du RSI a engendré de nombreux travaux liés à la mise en place d'une organisation nouvelle (organigrammes, gestion de la contrainte multi-sites, adaptation au fur et à mesure des mouvements des salariés et notamment de l'équipe de direction) et à la conduite du changement. Parallèlement, la perspective de la mise en place de l'ISU au 1^{er} janvier 2008, a conduit le réseau à se mobiliser fortement en accomplissant les travaux nécessaires à sa mise en route : fiabilisation des fichiers rencontres avec les URSSAF pour formaliser leurs relations.

La situation du recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse et d'assurance maladie au sein du Régime Social des Indépendants s'est globalement détériorée en 2007 alors que les objectifs 2007 de la COG prévoyaient le maintien du meilleur des résultats atteints entre 2005 et 2006. Ainsi le taux de restes à recouvrer en 2007 (hors DOM) est pour les cotisations maladie, de 4,85 % soit une baisse de 1,6 points. Les taux de restes à recouvrer de l'année en cours des cotisations retraite est de 8,86 % pour les commerçants et de 5,04 % pour les artisans. Le taux de prélèvement automatique mensuel a été en 2007 de 78,06 % pour les artisans et de 55,73 % pour les commerçants.

La répercussion des difficultés du recouvrement, la réorganisation des caisses, la gestion de l'activité sur plusieurs sites et dans deux applications distinctes, sont autant de facteurs perturbateurs qui n'ont pas permis d'optimiser la performance en matière de liquidation des prestations vieillesse. Ainsi le taux de liquidation des droits des titulaires à 60 jours de la branche commerçants se dégrade de - 3,75 points (hors DOM), passant à 85,55 %. Le taux de liquidations à 60 jours des droits des titulaires artisans baisse de 12,62 points, passant à 82,14 %. La situation est encore préoccupante s'agissant des droits dérivés. L'indicateur chute dans les deux branches pour l'ensemble des caisses, passant à 46,42 % pour les commerçants et à 37,55 % pour les artisans.

Dans le domaine de la santé, les objectifs de la COG sont atteints puisque le taux de réalisation des contrôles ciblés des IJ est de 80 % de l'effectif cible. Par ailleurs 86 % des dossiers d'indemnités journalières sont traités dans un délai de 15 jours.

6. La MSA – Bilan de l'année 2007

La convention d'objectifs et de gestion de la MSA, couvrant la période 2006-2010, a été signée le 26 septembre 2006. Après une année 2006 de transition en raison de cette signature tardive, une évaluation interne au réseau de la MSA a été conduite sur l'année 2007. L'évaluation porte sur les 46 organismes de MSA en activité au 1^{er} janvier 2008. En effet, conformément aux résolutions du plan d'action stratégique pour la période 2006/2010 adopté le 22 juin 2006 par l'assemblée générale centrale de la Mutualité sociale agricole qui coïncide avec la mise en oeuvre de l'actuelle convention d'objectifs et de gestion et avec le mandat des administrateurs élus en 2005, la MSA

procède à la restructuration de son réseau en vue de l'adapter aux évolutions démographiques des professions agricoles. Son plan d'action stratégique a prévu qu'en 2010, le réseau sera composé de 35 caisses au lieu de 78 en 2002.

L'évaluation concerne 142 indicateurs sur les 156 de la COG (91,1 %). Les objectifs ont été atteints pour 68 % d'entre elles, dont le taux de régularité des prestations vieillesse salariés et non salariés, la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie et l'amélioration de l'accueil par la réduction des taux d'attente, 18 % sont en progrès et en cours de réalisation dont par exemple la consolidation des délais de paiement des prestations familiales et vieillesse; enfin, 14 % n'ont pas atteint leur cible, il s'agit notamment du taux global de participation des plus de 24 ans aux examens de santé et le taux d'implication des CSA dans le plan de maîtrise des dépenses de santé. Il reste à apporter des améliorations sur les engagements non atteints, la poursuite de l'appropriation des outils de suivi et la professionnalisation des organismes sur les méthodes d'évaluation et de pilotage.

Concernant le suivi des engagements financiers, les dépenses 2007 (personnel/fonctionnement et techniques) s'élèvent à 1 485,6 M€ contre 1 547,4 M€ prévu dans la COG (après inflation). La marge dégagée est de 61,6 M€ soit 3,98 %.

S'agissant des charges de fonctionnement, elles représentent 1 306,8 M€ contre 1 302,6 M€ en 2006 et une autorisation de 1 354,4 M€. La marge dégagée par rapport à l'autorisation budgétaire est de 47,6 M€ soit 3,51 %.

Les charges de personnel représentent en 2007 985,6 M€, soit + 1,4 % par rapport à la réalisation 2006 alors que l'engagement COG y compris inflation prévoyait + 1,9 %.

En ce qui concerne les autres charges de fonctionnement, les réalisations 2007 sont de 169,9 M€ contre 180,2 M€ en 2006, soit une baisse de -5,7 %.

La gestion administrative représente 1 128,6M€ en évolution de +0,6 % par rapport à 2006 et à une réalisation inférieure de 3,28 % à l'autorisation COG.

Pour l'action sanitaire et sociale (ASS), les charges ASS représentent 285,5 M€ en évolution de + 6,7 % par rapport à 2006 et une réalisation inférieure de 5,4 % à l'autorisation de la COG.

Enfin s'agissant des taux de recouvrement des cotisations sociales, le bilan final de la précédente COG avait établi que les taux cibles nationaux, fixés à 98 % pour les cotisations sur salaires et 93 % pour les cotisations exploitants, n'avaient pas été atteints, puisqu'ils s'établissaient respectivement à 97,4 % et 92,5 %, avec toutefois une progression tendancielle sur la durée de la COG surtout pour les exploitants. Sur 2007, cette évolution positive se confirme, tant pour les salariés que pour les non salariés. Les taux cibles de reste à recouvrer sur la seule année 2007 fixés à 1,31 % pour les cotisations légales sur salaires et à 4 % pour les cotisations des non salariés sont atteints et même dépassés, ils s'établissent respectivement à 1,16 % et 3,41 %. L'amélioration du revenu agricole après plusieurs années orientées à la baisse, ainsi qu'une plus grande réactivité dans la mise en œuvre des procédures précontentieuses peuvent expliquer ce phénomène.

Deuxième partie : Objectifs résultats et moyens du dernier exercice clos

La présentation des résultats du dernier exercice clos et des objectifs pour les années à venir est structurée autour de deux grands objectifs communs à l'ensemble des conventions d'objectifs et de gestion du régime général : l'amélioration de la performance des organismes et la qualité du service offert aux usagers.

Ces deux objectifs sont déclinés en sous-objectifs auxquels sont associés des indicateurs contenus dans chacune des conventions d'objectifs et de gestion.

1. Améliorer la performance des organismes

1.1. Maîtriser les coûts de gestion et développer la productivité

• Maîtriser les coûts de gestion

	Indicateur issu des travaux du groupe benchmarking ^(1/2)	Résultats 2006	Résultats 2007
CNAMTS ⁽³⁾	Coût de gestion global brut en % des prestations ou cotisations	4,31 %	4,18 %
CNAF		3,00 %	2,92 %
CNAV		1,19 %	1,18 %
ACOSS		0,34 %	0,34 %

• Réduire les écarts de coûts entre organismes

Augmenter la productivité

	Indicateur issu des travaux du groupe benchmarking ⁽⁴⁾	Résultats 2006	Résultats 2007
CNAMTS (CPAM)	Dispersion des coûts de gestion des organismes locaux autour de la moyenne nationale (en %)	13,63 %	12,58 %
CNAF		9,36 %	8,90 %
CNAV (Hors CGSS)		13,83 %	9,28 %
ACOSS		12,20 %	12,61 %

(1) Initié par la direction de la sécurité sociale et piloté par la caisse nationale d'assurance vieillesse un groupe de benchmarking a été mis en place en 2003. Sa mission est de fournir les outils permettant une comparaison solide et fiable des organismes de sécurité sociale. Ce groupe est aujourd'hui composé de représentants de 13 organismes de sécurité sociale et des services de l'État. Certaines données 2006 dont la valeur définitive a été connue après la rédaction du texte 2008 ont été rectifiées.

(2) Afin de favoriser les comparaisons, l'indicateur issu des travaux benchmarking a été préféré aux indicateurs COG propres à chaque branche.

(3) Pour la seule branche maladie.

(4) Afin de favoriser les comparaisons, l'indicateur issu des travaux benchmarking a été préféré aux indicateurs COG propres à chaque branche. Dans le cadre du benchmarking la dispersion est calculée par le rapport écart-type / moyenne. Plus l'écart-type est élevé plus la série est dispersée et plus le rapport écart-type / moyenne est élevé plus cet écart est important. La mesure du coût de gestion est spécifique à chacune des branches :

- CNAMTS : Coût par bénéficiaire actif pondéré ;
- CNAF : Coût global de gestion par allocataire ;
- CNAV : Coûts de gestion des unités d'œuvre des CRAM ;
- ACOSS : Coût unitaire d'un compte actif corrigé.

	Indicateurs COG	Résultats 2006	Résultats 2007	Objectifs 2007
CNAMTS	Nombre de bénéficiaires consommant / nombre d'ETP	608	631	625 fin 2009
CNAF	Nombre d'allocataires pondérés / nombre d'ETP	753	758	nc
CNAV	Indicateur composite d'activité ⁽⁵⁾ / nombre d'ETP	12 765	13 455	10 965
ACOSS	Nombre de comptes actifs / nombre d'ETP	429	436	446

• Réduire les effectifs

ETP CDI+CDD au 31/12	2006	2007	2007/2006	2003*/2007
CNAMTS (Avec CGSS ⁽⁶⁾ , UGECAM et œuvres)	100 033	98 172	- 1,86 %	- 7,70
<i>CNAMTS - Champ COG Maladie (FNGA+FNCM)</i>	78 999	77 110	- 2,26 %	<i>nd</i>
CNAF	32 966	32 730	- 0,72 %	4,94 %
CNAV (Hors CGSS)	13 732	13 681	- 0,36 %	1,90 %
ACOSS (Hors CGSS)	14 258	14 183	- 0,53 %	0,20 %
Régime général	160 989	158 766	- 1,38 %	-5,71 %

L'année 2007 est marquée par une progression de la performance de gestion de toutes les branches du régime général.

Cette progression de la performance s'explique notamment par la diminution des effectifs des caisses de sécurité sociale conformément aux objectifs des nouvelles conventions d'objectifs et de gestion. De plus, à l'exception de l'ACOSS, la dispersion des coûts de gestion des organismes locaux se réduit dans toutes les branches du régime général et de façon plus marquée pour la branche vieillesse au cours de l'exercice.

1.2. Maîtriser les risques, développer le contrôle et lutter contre la fraude

Ces indicateurs visent à mesurer les efforts fournis en matière de maîtrise des risques et de contrôle. Il convient de préciser qu'en raison de la nature des contrôles et des périmètres sur lesquels ils sont exercés, les taux de contrôles des branches du régime général ne sont pas comparables.

(5) Cet indicateur permet de ramener les effectifs à l'activité mesurée par un indicateur composite. Défini au cours de la précédente période conventionnelle, cet indicateur composite d'activité comprend 17 unités d'œuvres et couvre les principaux processus de la branche : données sociales, régularisation du compte, instruction des demandes, calcul des droits, service et paiement de la prestation.

(6) Par convention, les effectifs de la branche maladie intègrent la totalité des effectifs des CGSS, quelle que soit la branche d'activité (branches maladie des régimes salarié et agricole, recouvrement et retraite).

	Indicateurs COG	Résultats 2006	Résultats 2007	Objectifs 2007
CNAMTS	Taux de contrôle des établissements en T2A ciblés	98,9 %	91,1 %	90 %
	Taux de contrôle des arrêts de travail prescrits et indemnisés de plus de 60 jours	95,0 %	96,4 %	97 %
CNAF	Taux de contrôle a priori et de sécurisation a posteriori des saisies dans le logiciel de traitement des prestations	39,0 %	35,4 %	30 %
CNAV	% de dossiers non impactés par une erreur à incidence financière avant contrôle	90,1 %	91,8 %	92 %
	Pourcentage de contrôles effectués chaque année, auprès des structures non éligibles au complément qualité de l'action sociale	57,2 %	58,5 %	50 %
ACOSS	Taux de redressement des personnes dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé	40,8 %	52,44 %	30 %

Le régime général a intensifié ses actions dans le domaine de la lutte contre la fraude en 2007.

L'ensemble des organismes a, durant l'année 2007, participé aux travaux engagés dans le cadre du Comité national de lutte contre la fraude. Ces travaux ont d'abord permis de définir le cadre d'une collaboration active entre organismes de sécurité sociale et d'exprimer les besoins en termes d'échanges d'informations en vue de mieux prévenir, détecter et réprimer la fraude sociale.

Ces travaux ont également débouché, notamment dans le cadre de la LFSS 2008, sur une nouvelle adaptation de la réglementation notamment avec la mise en place d'une procédure de redressement forfaitaire en cas de travail dissimulé, de la mise en œuvre effective d'une procédure d'évaluation des ressources selon les éléments de train de vie pour le bénéfice des prestations sociale et de l'extension du droit de communication des organismes de sécurité sociale d'obtenir des informations de la part des organismes tiers (banques, fournisseurs d'énergie, opérateurs de téléphonie, etc.).

Enfin, il convient de souligner la mise en place d'un partenariat entre les organismes nationaux de sécurité sociale et d'une part les services du ministère de l'intérieur avec l'identification d'actions visant à prévenir et détecter la fraude à l'identité et la fraude documentaire et d'autre part avec la direction générale des impôts sur les échanges d'informations notamment sur le contrôle des ressources et de la condition de résidence.

Au-delà de ces travaux communs, chacune des branches a engagé des actions spécifiques.

Pour la branche maladie les programmes initiés en 2005 et 2006, ont été poursuivis et renforcés en 2007. C'est notamment le cas du contrôle de la tarification à l'activité des établissements qui a permis d'économiser 79 millions d'euros en deux ans ou de celui des fraudes à la consommation de médicaments. Enfin le contrôle du respect des règles de prise en charge à 100 % (ordonnancier bizonne) a été élargi aux établissements hospitaliers et a permis d'économiser 25,5 millions d'euros en 2 ans. C'est aussi en 2007 que le contrôle de la chirurgie esthétique a pris de l'ampleur et permis d'économiser 11 millions d'euros.

La lutte contre les arrêts de travail injustifiés reste un thème prioritaire. L'Assurance Maladie a renforcé ses actions dans ce domaine en 2007 : elle contrôle désormais plus tôt les arrêts de longue durée, à partir du 45^e jour au lieu du 60^e auparavant.

Les nouveaux outils introduits en 2004 ont fait la preuve de leur efficacité. Sur l'ensemble des thèmes de contrôle, les résultats 2007 montrent que les dispositifs mis en place, comme les mises sous accord préalable, fonctionnent bien. Les mises sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'indemnités journalières ont permis d'économiser 34,4 millions d'euros sur 2 ans, correspondant à la mise sous accord préalable de seulement 152 médecins.

Deux ans après le lancement du programme national de lutte contre les abus et les fraudes, la dynamique enclenchée par l'Assurance Maladie ne se dément pas : 125,5 millions d'euros économisés en 2007, plus de 215 millions d'euros en deux ans, et des changements de comportements. Les résultats ont progressé et le montant des fraudes et abus détectés par l'Assurance Maladie atteint des niveaux comparables à ceux d'autres pays européens

Pour la branche famille, l'année 2007 a constitué une étape importante dans une meilleure prise en compte de la fraude aux prestations servies par les CAF avec notamment les actions suivantes :

- la constitution d'un réseau de référents fraude avec la désignation dans chacune des 123 CAF de 2 référents fraudes ;
- la mise en place des commissions des pénalités chargées de prononcer des sanctions administratives en application de l'article L.114-17 du code de la sécurité sociale ; chaque Caisse d'allocations familiales a, depuis 2007, la possibilité de sanctionner les allocataires par le biais de pénalités proportionnelles à la gravité des manquements constatés ;
- la création du répertoire national des bénéficiaires (RNB) qui se substitue aux fichiers individualisés des 123 Caf et aux contrôles régionaux de doubles affiliations en évitant celles-ci, notamment celles à caractère frauduleux, sur l'ensemble du territoire. Il permet, en outre, des échanges sécurisés entre les différents organismes de protection sociale avec le même identifiant (le NIR) ;
- le renforcement des opérations de contrôle : la mission fraudes de la CNAF a réalisé un cahier des charges pour intégrer toute information de soupçon de fraude et automatiser la gestion des affaires dans une chaîne continue des systèmes d'information. La branche poursuit la recherche d'information systématique de l'ensemble du réseau des Caf des fraudes, notamment des fraudes multiples ou en réseau.

La politique de contrôle s'est centrée depuis 2006 sur la fraude identitaire et documentaire. Les opérations de contrôle des numéros d'identification au répertoire (NIR), garantissant l'existence physique des personnes, s'intensifient et permettent de réaliser de réels progrès dans la détection des fraudeurs.

Par ailleurs, les travaux ont porté sur la détection des faux documents : ils ont donné lieu, d'une part, à la réalisation d'un référentiel de contrôle et, d'autre part, à la définition d'une procédure plus sécurisée de contrôle de l'identification des personnes.

Pour la branche retraite, deux ans après la mise en place du programme national de lutte contre les fraudes, le montant des préjudices constatés pour la branche retraite se maintient à un million d'euro par an. La stabilité du montant de la fraude détectée au sein de la branche retraite s'explique en partie par l'organisation de son système d'information qui est national, structuré sur un identifiant unique et par l'existence, depuis plusieurs dizaines d'années, de nombreux échanges d'informations avec des partenaires (organismes de la sphère sociale, services fiscaux, employeurs, ...).

En outre, pour la première année, la branche retraite a valorisé, en 2007, les actions préventives de lutte contre la fraude menées par son réseau, celles-ci ayant permis d'économiser deux millions d'euros.

En 2007, la branche retraite a généralisé la procédure de fiabilisation des reports de trimestres et renforcé ses contrôles lors d'échanges automatisés. Cette mesure a permis d'économiser plus d'un million d'euros.

La vigilance accrue contre les fraudes à la résidence a dégagé plus d'un demi-million d'euros d'économie sur le montant des prestations dites non exportables. Un montant qui sera plus important lorsque des croisements d'informations en cours seront mis en place.

La surveillance accrue sur les activités de paiement a permis d'économiser près d'un million d'euros.

Enfin, la branche retraite a défini en 2007 la procédure de sanctions administratives, permettant à son réseau de sanctionner les assurés proportionnellement aux faits constatés.

En conclusion, l'année 2007 constitue pour la branche retraite, le début de la mise en œuvre des plans d'actions préventifs et curatifs de la lutte contre la fraude.

En matière de lutte contre le travail illégal, le réseau des URSSAF a dépassé les résultats de l'année 2006. Ce résultat est la marque d'un investissement important des Urssaf sur le sujet et des progrès réalisés en matière de ciblage et d'investigation.

À titre d'illustration, en 2007, plus de 44 100 entreprises (39 500 en 2006) ont été contrôlées dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé. De nombreuses opérations de contrôle ont été réalisées en partenariat notamment avec l'Inspection du travail et les forces de police et de gendarmerie, acteurs incontournables pour les affaires importantes.

En ce qui concerne les prérogatives spécifiques des Urssaf, à savoir le chiffrage et la mise en recouvrement des cotisations dues par les contrevenants, les résultats sont très nettement à la hausse, puisque les redressements ont doublé en deux ans passant de 59 millions d'euros à fin 2005 à 118 millions d'euros fin 2007.

1.3. Développer la dématérialisation

	Indicateurs COG	Résultats 2006	Résultats 2007	Objectifs 2007
CNAMTS	Taux de Feuilles de soins électroniques (FSE) + échanges de données informatisés	81,1 %	82,8 %	81 %
CNAF	Taux de progression des formalités effectuées sur Internet	Demande d'aide au logement étudiant : + 19 % Déclaration de ressources en ligne : + 133 %	Demande d'aide au logement étudiant : +20 % Déclaration de ressources en ligne : + 49, %	nd
CNAV	% de déclarations annuelles des données sociales (DADS) dématérialisées	73,8 %	83,3 %	65 %
ACOSS	Taux de déclarations (BRC) dématérialisées en nombre de comptes – entreprises du secteur privé	23,6 %	31,5 %	25,6 %
	Part des volets sociaux de la PAJEMPLOI dématérialisés	62 %	75 %	57,9 %

Vecteur de l'amélioration de la qualité du service offert aux usagers, en rendant le service plus accessible, plus fiable et plus rapide, et de l'accroissement de la productivité, la dématérialisation des échanges et des flux de production se développent de nouveau grâce à la poursuite des efforts des organismes.

Dans la branche maladie, l'indicateur FSE + EDI, d'un résultat de 82,8 % traduit la poursuite des efforts entrepris pour développer la dématérialisation, ce résultat étant supérieur à l'objectif national fixé à 81 %.

Dans la branche famille, l'année 2007 a également été marquée par une forte progression de l'administration électronique puisque plus de 3 millions d'allocataires ont rempli leur déclaration de ressources sur Internet soit 35 % des déclarations de ressources. Ils étaient presque dix fois moins en 2004.

La branche recouvrement a également atteint ses objectifs de développement des services dématérialisés. Le taux de déclarations dématérialisées (BRC) progresse de près de 8 points entre 2006 et 2007 et la part des volets sociaux de la PAJEMPLOI dématérialisés augmente fortement (plus de 9 points). Seul l'objectif relatif à la dématérialisation des volets sociaux du CESU n'a pu être atteint. Fin 2007, la part des volets sociaux du CESU dématérialisés s'élevait à 22,40 % alors que l'objectif COG prévoyait un taux de 24,4 %. Cette situation s'explique notamment par l'âge moyen des utilisateurs du CESU; ces derniers préférant utiliser des documents papier.

La CNAV a mis en place dès 2005 l'enrichissement de son offre de services sécurisés accessible par le portail « Assurés » de la branche retraite, qui permet de visualiser sa carrière au régime général, d'effectuer une régularisation de carrière, de déterminer l'âge du taux plein, de faire une simulation du coût d'un versement pour la retraite, de faire une demande de retraite et de suivre l'état d'avancement de son instruction de droit, de modifier son adresse ou encore de recevoir une attestation de paiement ou fiscale.

Il convient aussi d'ajouter la mise en place d'un portail « partenaires » à destination des agents des autres organismes avec des services sécurisés (accès à la carrière, à la demande unique de retraite et aux notifications de retraite numérisées,...) et d'un portail « action sociale ». Ce dernier offre tous les informations utiles aux bénéficiaires,, permet le téléchargement de formulaires de demandes d'aide ainsi que les échanges dématérialisés avec les structures partenaires (prestations d'aides ménagères, structures d'évaluation des besoins. En 2007 l'architecture de sécurité du portail e-ventail a été mise en place pour permettre l'ouverture de services en ligne personnalisés pour les entreprises.

1.4. Améliorer le pilotage du réseau

• **Les actions de la CNAMTS en vue d'améliorer le pilotage de son réseau concernent 4 axes :**

- Le recensement de propositions de mutualisation au sein du réseau
350 projets de mutualisation ont été retenus pour un suivi national en 2007 et 2008 et ont été intégrés dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) signés entre la caisse nationale et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). 60 % des projets concernent des processus métier et 40 % des processus support. Un dispositif d'accompagnement du réseau dans la démarche de mutualisation a été mis en place. Il prévoit la création de groupes de travail et d'un observatoire de la mutualisation pour diffuser rapidement les expériences les plus pertinentes ;
- L'enrichissement des missions du directeur coordonnateur de la gestion du risque. Il est chargé en région, de missions d'animation qui portent sur la mutualisation des compétences, tant pour le contrôle que pour la lutte contre la fraude ;
- Le rapprochement d'équipes de direction et d'organismes
À ce jour, il existe 15 opérations de directions communes, concernant 30 organismes (8 CPAM/URCAM, 5 CPAM/CPAM et 2 UGECAM).
Fin 2007, 12 agents comptables étaient également en charge de plusieurs organismes.
Pour le rapprochement d'organismes, le Conseil de la CNAMTS a précisé ses orientations par deux grands principes d'action :
 - Le cadre territorial choisi pour l'implantation des moyens doit préserver et faciliter la proximité.
Cette exigence conduit à s'appuyer prioritairement sur l'échelon départemental,

- La répartition des moyens doit respecter une taille utile d'organisme. Ainsi la taille minimale pour permettre à une CPAM d'assurer pleinement et efficacement les missions de l'Assurance Maladie suppose qu'elle compte de 200 à 250 000 bénéficiaires.

À ce jour, les Conseils de 8 caisses primaires ont voté le principe de leur fusion (Rouen-Elbeuf, Laon-Saint Quentin, Brest-Quimper, Annonay-Privas). En outre, la Commission du conseil de la CNAMTS s'est prononcée en faveur d'un regroupement des caisses primaires du Nord-Pas-de-Calais pour un passage de 13 à 6 caisses ;

- La professionnalisation des délégués de l'assurance maladie (DAM) avec la mise en place d'un dispositif de certification professionnelle (337 DAM certifiés au 31 décembre 2007). Leur professionnalisation est complétée par des formations régulières accompagnant les programmes de maîtrise médicalisée, en lien et avec la collaboration des praticiens conseils. Une formation à la visite accompagnée a été organisée pour l'encadrement des délégués.

• **Les actions de la CNAF en vue d'améliorer le pilotage de son réseau :**

Elles ont été déterminées à partir des axes forts de la COG déclinés en programme d'action institutionnel :

- La branche a ainsi défini douze projets prioritaires axés sur les changements les plus structurants portés par la COG.

- Elle a mis en place des structures de pilotage resserré autour d'instances de gouvernance du système d'information.

- Après l'établissement d'un schéma directeur de la mutualisation dans le cadre d'un plan d'action institutionnel en septembre 2007, des expérimentations de mutualisation sur les fonctions logistique et support ont été menées avec examen des conditions de généralisation progressive jusqu'à fin 2008.

- Enfin le conseil d'administration de la CNAF a adopté en mai 2007 le principe de la départementalisation des Caf à horizon 2011, ce qui constitue une décision majeure en termes de structuration du réseau pour la prochaine période conventionnelle.

• **Les actions de la CNAV en vue d'améliorer le pilotage de son réseau :**

- Amélioration de la diffusion d'informations dans le réseau par l'intégration de données relatives au processus Ressources Humaines dans la base de référence nationale ;

- Production d'un tableau de bord du Directeur de la branche retraite de suivi des engagements contractuels à partir des données conservées dans le référentiel national (suivi des CPG retraite ;

- Généralisation à l'ensemble des CRAM en juin 2007 d'un nouveau système de comptabilité analytique permettant une production mensuelle des coûts unitaires des principaux processus ;

- Enrichissement de la démarche d'audit des organismes. Désormais les missions d'audit sont élargies à l'ensemble des objectifs des CPG. En 2007, les 16 organismes métropolitains ainsi que la CGSS de la Réunion, ont fait l'objet d'un audit au titre du contrôle interne.

• **Les actions de l'ACOSS en vue d'améliorer le pilotage de son réseau**

Au sein de la branche, la mutualisation de certaines fonctions, telles que les achats, les marchés, la paye et la déclaration unique d'embauche (DUE), est désormais bien engagée ; les premiers résultats observés sont très encourageants en termes d'économies générées sur les coûts de gestion des achats (20 %) ou ceux de la paye (19 %).

3 fusions importantes ont été menées en 2007 et 4 ont été engagées. La branche a mis en œuvre une politique d'accompagnement auprès des équipes de direction du réseau.

La branche a développé la mesure des coûts pour évaluer l'impact des projets de simplification sur la gestion administrative de certains dispositifs tels que l'ISU ou l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (ACCRE)

2. Consolider la qualité du service offert aux usagers

2.1. Renforcer l'accessibilité du service

Ces indicateurs visent à mesurer les efforts fournis dans le renforcement de deux piliers de l'accessibilité du service : l'accueil téléphonique et l'accueil physique.

	Indicateurs COG	Résultats 2006	Résultats 2007	Objectifs 2007
CNAMTS	% de personnes reçues dans un délai d'attente inférieur à 20 minutes	93,5 %	93,4 %	90 %
	Taux de traitement des appels destinés à un agent	86,6 %	90,0 %	90,0 %
CNAF	Taux de traitement des appels destinés à un agent	90,2 %	89,6 %	88,0 %
	% de caisses dans lesquelles le temps d'attente est inférieur à 20 minutes dans au moins 85 % des cas	98,0 % des Caf	98,0 %	100 %
	% de points d'accueil permanents accessibles aux personnes en situation de handicap (sites de gestion administrative)	ND	87,4 %	100 % en 2008
CNAV	Taux de satisfaction des assurés eu égard à la relation téléphonique	93,0 %	92,0 %	90,0 %
	Part des agences retraites accessibles aux personnes handicapées	91,0 % (à fin juin 2007. Prise en compte des nouvelles agences retraite)	91,0 % (hors CGSS)	100% en 2008
ACOSS	Taux de traitement des appels destinés à un agent	88,4 %	88,2 %	86,6 %

Depuis plusieurs années, les organismes de sécurité sociale ont entrepris un important travail de modernisation et d'amélioration de leurs modes de contact avec les usagers.

Les résultats de la qualité de l'accueil connaissent une stabilisation en 2007 et les objectifs des COG en la matière ont été atteints. Le service public de la sécurité sociale a aujourd'hui atteint un niveau de qualité d'accueil tant physique que téléphonique relativement élevé et satisfaisant.

2.2. Maîtriser les délais de traitement

Les délais de traitement sont au cœur de la qualité du service rendu à l'utilisateur. Il appartient maintenant aux organismes de sécurité sociale de consolider les résultats acquis, notamment en renforçant l'homogénéité territoriale.

	Indicateurs COG	Résultats 2006	Résultats 2007	Objectifs 2007
CNAMTS	Part des feuilles de soins électroniques aux assurés remboursés dans un délai de 7 jours	91 %	90 %	90 %
CNAF	% de caisses dans lesquelles 85 % des pièces sont traitées dans un délai maximum de 15 jours	92 % des caf	84,5 %	100 %
CNAV	% de pensions (droits propres) payées dans le mois suivant l'échéance due	95,6 %	95,2 %	94 %
ACOSS	Taux d'intégration des débits à 10 jours	98,4 %	99,1 %	98,4 %

En ce qui concerne la branche famille le moindre résultat de l'année 2007 semble conjoncturel.

S'agissant de la branche retraite, les délais de traitement des pensions (droits propres) sont stabilisés depuis 2005 après une légère baisse en 2003 et 2004 en raison de la réforme des retraites.

3. Les moyens de gestion

Les budgets de gestion (Fonds National de Gestion Administrative + Fonds National du Contrôle Médical pour la CNAMTS) sont ici présentés tels qu'ils sont arrêtés dans les conventions d'objectifs et de gestion. Leurs exécutions ne sont pas totalement comparables avec les données strictement comptables qui sont diffusées par la Commission des comptes de la sécurité sociale. À titre d'exemple, les budgets de gestion administrative intègrent les dépenses d'investissement alors que seuls les amortissements sont inscrits en charge dans les comptes présentés par la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Il est rappelé que les crédits budgétaires de personnel arrêtés dans les conventions d'objectifs et de gestion sont revalorisés chaque année par le taux d'inflation hors tabac. De plus, une partie des crédits non consommés au cours d'une année peut être reportée sur l'exercice suivant.

En M€	Exécuté FNGA + FNCM CNAMTS		Exécuté FNGA CNAF		Exécuté FNGA CNAV		Exécuté FNGA ACOSS	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Personnel	4 172,7	4 153,5	1 229,1	1 250,8	722,4	738,2	796,9	814,6
Autres dépenses de fonctionnement	1219,3	1 237,2	254,9	261,2	150,6	154,4	219,3	229,7
Réserve nationale					1,7	2,3		
Investissement	177,0	174,4	183,4	200,6	37,1	42,8	56,1	70,0
Total des dépenses à caractère limitatif	5 569,0	5 565,0	1 667,4	1 712,6	911,8	937,7	1 072,3	1 114,2
Dépenses évaluatives	311,5	331,7	111,0	111,4	87,2	68,0	148,6	178,9
Total des dépenses brutes	5 880,4	5 896,6	1 778,4	1 824,0	998,9	1 005,7	1 220,9	1 293,1
Recettes propres et atténuées	624,8	533,4	156,6	180,1	180,1	135,1	293,6	304,9
Total des dépenses nettes	5 255,6	5 363,4	1 621,8	1 643,9	818,8	870,6	927,3	988,2

Les dépenses de gestion brutes du Régime général se sont élevées en 2007 à 9,983 Md€, soit une progression de +1,06 % par rapport à 2006 (9,878 Md €). Cette progression maîtrisée des dépenses en 2007, sous le niveau de l'inflation, s'explique par l'effort demandé aux organismes dans le cadre des nouvelles conventions d'objectifs et de gestion.

Les dépenses de personnel, qui représentent 70 % des dépenses brutes de gestion administrative ont augmenté de + 0,52 % en 2007. Cette hausse modérée résulte des gains de productivité réalisés par les organismes de sécurité sociale et rendus possible par l'accélération du nombre de départs à la retraite.

Les autres dépenses de fonctionnement ont progressé de + 2,08 %. Malgré la mise en œuvre des réformes de l'assurance maladie qui ont conduit à une augmentation de certaines dépenses telles que celles d'affranchissement et de communication, cette hausse a été particulièrement modérée dans la branche maladie (+ 1,47 %).

Troisième partie : Les objectifs chiffrés et les moyens du régime général pour les années à venir

Les colonnes grisées correspondent aux périodes des COG de quatrième génération qui ne sont pas encore signées : soit 2009 et 2010 pour la CAF et la CNAV dont la COG est renégociée en 2008 et 2010 pour l'ACOSS et la CNAMTS dont la COG sera renégociée en 2009.

1. Améliorer la performance des organismes

1.1. Maîtriser les coûts de gestion et développer la productivité

	Indicateurs COG	2008	2009	2010
CNAMTS	Nombre de bénéficiaires consommateurs / nombre d'ETP	625 en 2009 soit+ 6 % sur la période conventionnelle		
CNAF	Nombre d'allocataires / effectifs budgétaires de gestion administrative	433		
CNAV	indicateur composite d'activité ⁽⁷⁾ / nombre d'ETP ⁽⁷⁾	11 568		
ACOSS ⁽⁸⁾	Nombre de comptes actifs / ETP ⁽⁸⁾	471	488	

CNAMTS – Nombre de bénéficiaires consommateurs / nombre d'ETP : la branche maladie s'engage à améliorer son efficacité de 6 % sur la période de la COG.

ACOSS – Nombre de comptes actifs / nombre d'ETP : La réforme de l'allocation des moyens menée par l'ACOSS devrait contribuer à améliorer la productivité du réseau des URSSAF et conduire à une augmentation de 22 % entre 2004 et 2009 du nombre de compte par ETP.

1.2. Maîtriser les risques et développer le contrôle

Le renforcement des politiques de maîtrise des risques et de contrôle est un axe important des nouvelles conventions d'objectifs et de gestion signées en 2005 et 2006. Il convient de préciser qu'en raison de la nature des contrôles et des périmètres sur lesquels ils sont exercés, les taux de contrôles des branches du régime général ne sont pas comparables.

(7) Cet indicateur permet de ramener les effectifs à l'activité mesurée par un indicateur composite. Défini au cours de la précédente période conventionnelle, cet indicateur composite d'activité comprend 17 unités d'œuvres et couvre les principaux processus de la branche : données sociales, régularisation du compte, instruction des demandes, calcul des droits, service et paiement de la prestation.

(8) La COG 2006-2009 de l'ACOSS ne fixe que des objectifs à atteindre en 2009. Les objectifs annuels intermédiaires ont été calculés sur la base d'une progression linéaire des résultats 2005 pour atteindre les cibles.

	Indicateurs COG	2008	2009	2010
CNAMTS	Taux de contrôle des établissements ciblés	90 %	90 %	
	Nombre de médecins généralistes prescrivant plus de cinq fois la moyenne de jours d'arrêts de travail maladie	Objectifs 2008 et 2009 à fixer fin 2007		
CNAF	Taux de contrôle a priori et de sécurisation a posteriori des saisies dans le logiciel de traitement des prestations	30 %		
	Taux de contrôle des aides financières collectives	30 % des dépenses		
CNAV	% de dossiers non impactés par une erreur à incidence financière avant contrôle	94 %		
	Pourcentage de contrôles effectués chaque année, auprès des structures non éligibles au complément qualité de l'action sociale	70 %		
ACOSS ⁽⁹⁾	Taux de couverture du fichier (Nb d'actions de contrôle et de prévention / population à contrôler)	10,7 %	11,5 %	
	Taux de redressement des personnes dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé	30 %	30 %	

1.3. Développer la dématérialisation

	Indicateurs COG	2007	2008	2009
CNAMTS	Taux de Feuilles de soins électroniques (FSE) + Échanges de données informatisées (EDI)	82,8 %	83 %	85 %
CNAF	Taux de progression des formalités effectuées sur Internet	Non défini		
CNAV	% de déclarations annuelles des données sociales dématérialisées	65 %	70 %	
ACOSS ⁽⁹⁾	Taux de déclarations (BRC) dématérialisées en nombre	25,6 %	29,8 %	34 %
	Part des volets sociaux de la PAJE dématérialisés	57,9 %	63,9 %	70 %

1.4. Améliorer le pilotage du réseau

Objectifs de la CNAMTS en vue d'améliorer le pilotage de son réseau :

- Développer le travail collectif pour faire progresser l'efficacité :

La mise en œuvre de la mutualisation a été construite dans un cadre structurant. Des propositions sont intégrées par avenant annuel aux CPG. Les rapprochements d'organismes sont encouragés et accompagnés par la CNAMTS dans la mesure où ils apportent une réponse pertinente à

(9) La COG 2006-2009 de l'ACOSS ne fixe que des objectifs à atteindre en 2009. Les objectifs annuels intermédiaires ont été calculés sur la base d'une progression linéaire des résultats 2005 pour atteindre les cibles.

une situation locale. Un cadrage général a été présenté à la commission ad hoc du Conseil au 4^e trimestre 2006. Depuis, des projets se sont concrétisés et 12 % des organismes partagent une direction commune. Dans le domaine de la gestion du risque, la fonction de directeur coordonnateur permet de fédérer les efforts du régime général au niveau régional, de mutualiser des moyens et de mettre en œuvre des plans d'accompagnement complémentaire ;

- Définir une politique RH harmonisée et clairement affichée permettant de réussir les changements (Accompagnement de l'évolution des réseaux, anticipation des évolutions et des changements de métier de l'Assurance Maladie) :
 - élaboration d'un schéma directeur des RH,
 - professionnalisation des RH et animation de la fonction RH,
 - réalisation un bilan social annuel consolidé au plan national,
 - création de filières professionnelles homogènes et définition des nouveaux métiers,
 - définition d'une politique de formation,
 - détection des potentiels,
 - rénovation et développement d'un système d'information RH,
 - élaboration d'une politique de communication « Employeur ».

- **Objectifs de la CNAF** en vue d'améliorer le pilotage de son réseau :

La nouvelle COG précisera les objectifs en la matière.

- **Objectifs de la CNAV** en vue d'améliorer le pilotage de son réseau :

La nouvelle COG précisera les objectifs en la matière.

- **Objectifs de l'ACOSS** en vue d'améliorer le pilotage de son réseau :

- Renover les instances de gouvernance de la branche, par l'ACOSS, avec la création d'un conseil du réseau associant les chefs de file et chefs de file adjoints de chaque région ;
- Renforcer l'efficacité du réseau du recouvrement :
 - Généralisation de la mutualisation des fonctions supports (2008),
 - Fusion d'URSSAF infra-départementales (2008 et 2009),
 - Engagement de la branche dans une démarche de développement durable :
- Définir une politique des ressources humaines accompagnant les évolutions du métier et du réseau :
 - Détermination des orientations de la branche en matière de santé au travail et de gestion des secondes parties de carrière (2008).

2. Consolider la qualité du service offert aux usagers

2.1. Renforcer l'accessibilité du service

	Indicateurs COG	2008	2009	2010
CNAMTS	Taux de traitement des appels destinés à un agent	90 % sur l'ensemble des plates-formes	90 % sur l'ensemble des plates-formes	
CNAF	Taux de traitement des appels destinés à un agent	90 %		
	% de caisses dans lesquelles le temps d'attente est inférieur à 20 minutes dans au moins 85 % des cas	100 % des Caf		
	% de points d'accueil permanents accessibles aux personnes en situation de handicap	100 %		
CNAV	Taux de satisfaction des assurés eu égard à la relation téléphonique	90 %		
	Part des agences retraites accessibles aux personnes handicapées	100 %		
ACOSS ⁽¹⁰⁾	Taux de traitement des appels destinés à un agent	89,3 %	90 %	

2.2. Maîtriser les délais de traitement

	Indicateurs COG	2008	2009	2010
CNAMTS	Part des feuilles de soins électroniques aux assurés remboursées dans un délai de 7 jours	90 %	90 %	
	Délai de versement de la première indemnité journalière non subrogée inférieur ou égal à 30 jours	Pour 80 % des dossiers	Pour 90 % des dossiers	
CNAF	% de caisses dans lesquelles 85 % des pièces sont traitées dans un délai maximum de 15 jours	100 % des Caf		
CNAV	% de pensions (droits propres) payées dans le mois suivant l'échéance due	96 %		
ACOSS ⁽¹¹⁾	Taux d'intégration des débits à 10 jours	98,4 %	98,5 %	

(10) La COG 2006-2009 de l'ACOSS ne fixe que des objectifs à atteindre en 2009. Les objectifs annuels intermédiaires ont été calculés sur la base d'une progression linéaire des résultats 2005 pour atteindre les cibles.

(11) La COG 2006-2009 de l'ACOSS ne fixe que des objectifs à atteindre en 2009. Les objectifs annuels intermédiaires ont été calculés sur la base d'une progression linéaire des résultats 2005 pour atteindre les cibles.

3. Les moyens de gestion

Avertissement : Les budgets sont ici présentés tels qu'ils sont arrêtés dans les conventions d'objectifs et de gestion.

Il est rappelé que les crédits budgétaires de personnel arrêtés dans les conventions d'objectifs et de gestion sont revalorisés chaque année par le taux d'inflation hors tabac. De plus, une partie des crédits non consommés au cours d'une année peut être reportée sur l'exercice suivant.

En M€

CNAMTS - FNGA + FNCM	2008 Budget COG dernier budget voté	2009 Budget COG
Personnel	4 461,71	4 114,27
Autres dépenses de fonctionnement	1 534,79	1 336,42
Réserve nationale ⁽¹²⁾	10,00	10,00
Investissement	498,57	268,60
Total des dépenses à caractère limitatif	6 505,07	5 709,29
Amortissement	273,30	277,50
Autres contributions	41,60	85,50
Total des dépenses brutes	6 809,97	6 092,29
Recettes propres et atténuatives	512,7	514,91
Total des dépenses nettes	6 297,26	5 577,38

En M€

CNAF - FNGA	2008 dernier budget voté
Personnel	1 311,61
Autres dépenses de fonctionnement	269,10
Réserve nationale	6,10
Investissement	287,60
Total des dépenses à caractère limitatif	1 874,41
Amortissement	104,00
Autres contributions	25,00
Total des dépenses brutes	1 874,41
Recettes propres et atténuatives	137,80
Total des dépenses nettes	1 865,61

(12) Selon les règles budgétaires de la CNAM, la réserve nationale est une dépense évaluative ; afin de faciliter la comparaison entre organismes, la réserve nationale figure ici dans les dépenses à caractère limitatif.

En M€

CNAV - FNGA	2008 dernier budget voté
Personnel	774,5
Autres dépenses de fonctionnement	187,9
Réserve nationale	6,1
Investissement	76,8
Total des dépenses à caractère limitatif	1 045,3
Amortissement	34,3
Autres contributions	11,0
Total des dépenses brutes	1 088,9
Recettes propres et atténuatives	128,0
Total des dépenses nettes	948,8

En M€

ACOSS - FNGA	2008 dernier budget voté	2009 Budget COG
Personnel	861,86	816,03
Autres dépenses de fonctionnement	244,47	230,53
Réserve nationale	5,00	5,00
Investissement	51,37	52,95
Total des dépenses à caractère limitatif	1 187,70	1 104,51
Amortissement	73,48	55,00
Autres contributions	101,77	116,28
Total des dépenses brutes	1 356,95	1 275,79
Recettes propres et atténuatives	281,50	217,80
Total des dépenses nettes	1 076,45	1 057,99

Documents techniques

Les conventions d'objectif et de gestion de 3^e génération

Après les deux premières générations de COG, qui ont permis d'atteindre un niveau de qualité de service important, même si naturellement celle-ci est toujours perfectible, et de développer les systèmes internes de production nécessaires, la troisième génération de COG permettra de poursuivre la démarche objectifs/résultats en visant une amélioration de la performance économique, une consolidation de la qualité de service et un renforcement de la lutte contre les abus et les fraudes.

La 3^e génération de COG incite les branches à tirer parti du potentiel offert par l'importance des départs à la retraite grâce au développement :

- de l'administration électronique (dématérialisation des DADS, formulaires de déclaration de ressources sur Internet pour les prestations familiales, télétransmission des feuilles de soins) ;
- de la rationalisation de fonctions support et de production ;
- de la mutualisation de fonctions et de services entre organismes.

Par ailleurs, la réduction des écarts de coûts de gestion entre les caisses d'une même branche constitue un vecteur de la baisse globale des coûts. Des objectifs de réduction des écarts de coûts sont prévus dans les nouvelles COG conclues entre l'État et les caisses nationales.

Les objectifs de qualité du service et d'amélioration de la gestion du risque continueront également de constituer des axes majeurs sur lesquels devront s'engager les organismes afin d'améliorer leur performance globale.

Une attention particulière est portée à la notion d'accessibilité du service public des organismes de sécurité sociale, dont la proximité constitue un élément important, parmi d'autres (accueil téléphonique, développement des télé-procédures). Un effort soutenu sera mené afin de renforcer l'accessibilité du service de la sécurité sociale aux personnes handicapées. Les branches devront également inscrire leurs actions dans une logique de développement durable.

Enfin, dans un souci de bonne gestion des ressources, les branches renforceront leurs politiques de lutte contre les abus et les fraudes. À cet effet, les contrôles et les actions de prévention seront développés.

CNAMTS 2006-2009

La **COG État/CNAMTS 2006-2009**, signée le 7 août 2006, s'articule autour de trois priorités : placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie, s'engager sur une offre de service homogène, modernisée et diversifiée et renforcer la performance et l'efficacité globale de la branche.

> Placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie

La CNAMTS s'est engagée à placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'ensemble de son réseau et à utiliser l'ensemble des nouveaux outils dont elle dispose pour développer une véritable régulation des dépenses.

L'État et la CNAMTS se sont engagés conjointement à lancer rapidement des actions permettant d'infléchir durablement les comportements de l'ensemble des acteurs du système de santé, qu'ils soient professionnels de santé en ville ou à l'hôpital, ou assurés, afin de sauvegarder l'équilibre financier de l'assurance maladie tout en garantissant à tous des soins de qualité.

Cette politique de gestion du risque se décline dans six domaines : la prévention et l'information des assurés, la lutte contre la précarité et les inégalités en matière de santé, l'amélioration de

l'efficacité des soins, l'offre de soins, le périmètre de prise en charge et la tarification, ainsi que les contrôles.

En matière de prévention, cette politique sera déclinée au niveau national et régional, conformément aux orientations des plans régionaux de santé publique (PRSP) et dans le cadre des groupements régionaux de santé publique (GRSP).

Il s'agira également de recentrer l'action sanitaire et sociale de l'assurance maladie sur ses missions fondamentales, à savoir l'accès aux soins, la prévention de la précarisation, le retour et le maintien à domicile, notamment en faveur des personnes handicapées.

L'État et la CNAMTS soulignent leur volonté commune d'améliorer l'efficacité des dispositifs de contrôle envers les professionnels de santé, les établissements de santé mais aussi les assurés. Les dispositifs juridiques existants seront modifiés si nécessaire et la CNAMTS s'engage à mobiliser son réseau sur des actions de contrôle.

Les effectifs consacrés à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et au contrôle augmenteront fortement, par redéploiement, d'ici à 2009 (+ 1 000 emplois, soit +10,9 %).

> S'engager sur une offre de service homogène, modernisée et diversifiée

La nouvelle convention fixe comme priorités l'accroissement de la performance du service de base et le développement de l'offre en ligne tout en étant attentif aux publics en difficulté et en simplifiant les démarches administratives, notamment pour les professionnels de santé.

En matière de services sur Internet, la branche maladie développe les fonctionnalités des comptes en ligne. Le compte ligne assurés permettra notamment la consultation du dossier personnel d'assurance maladie, les remboursements de soins, demande d'attestations, déclaration de perte ou de vol de carte Vitale... Le compte en ligne à destination des professionnels de santé permettra de consulter les flux de paiement des actes, de consulter, avec l'accord du patient, l'historique des remboursements, d'effectuer les démarches liées à la désignation du médecin traitant... Enfin, un compte employeur sera proposé aux entreprises. La convention prévoit également le déploiement de la carte Vitale 2 à partir de fin 2006.

Pour atteindre ces objectifs, les équipes de la gestion des e-mails, des téléservices, de l'accompagnement des assurés et de la gestion des réclamations seront renforcées par redéploiement des gains obtenus en matière de professionnalisation de leur gestion.

> Renforcer la performance et l'efficacité globale de la branche

La nouvelle convention d'objectifs et de gestion fixe un objectif de renforcement de la performance globale, grâce aux gains de productivité (1,5 % par an) obtenus notamment par la mutualisation de fonctions de production et de logistique entre caisses, la poursuite de l'informatisation et le développement des téléservices.

Des gains de productivité seront obtenus par le non-remplacement de 4 500 départs à la retraite.

Enfin, la CNAMTS mettra à disposition de différents utilisateurs des informations de nature statistique obtenues à partir de ses bases de données.

CNAF 2005-2008

La **COG État/CNAF 2005-2008** a été signée le 2 août 2005 est structurée autour de deux grands objectifs : être acteur de la politique familiale et accroître les performances de la branche.

> Être acteur de la politique familiale

La branche famille, traditionnellement très active dans le domaine des politiques d'action sociale familiale, a la volonté d'agir dans le champ des prestations légales. À cet effet, la CNAF engage une réflexion prospective sur les grands facteurs de transformation des politiques familiales.

La branche et l'État s'engagent à mettre en œuvre un nouveau programme de simplification de la législation et de la réglementation. Des travaux seront notamment menés en matière d'unification des bases ressources servant au calcul des prestations, de transmission des données fiscales a priori, de prise en compte des situations de chômage et de simplification des aides personnelles au logement.

La période conventionnelle sera marquée par un élargissement des missions de la branche, avec le versement des prestations légales des fonctionnaires.

La branche famille s'engage dans la décentralisation des politiques sociales. Dans ce cadre, les CAF proposeront leur savoir-faire et leur expertise aux collectivités locales. Elles pourront par exemple effectuer des services complémentaires à la gestion des minima sociaux, apporter leur connaissance des besoins sociaux des populations locales ou partager les données sociales utiles à la gestion des interventions.

Les ressources consacrées à l'action sociale de la branche augmenteront de 7,5 % par an en moyenne sur la période, permettant le respect des engagements déjà pris par la branche notamment auprès des collectivités locales et des centres sociaux et la création de 15 000 places de crèche supplémentaires.

Les financements seront orientés en priorité vers les territoires dont les besoins sociaux sont les plus importants, notamment ceux qui souffrent d'un retard en matière d'équipements pour la petite enfance.

> Accroître les performances de la branche

Tout en consolidant le niveau de qualité de service obtenu lors de la précédente COG et en recherchant une plus grande homogénéité de cette qualité de service sur l'ensemble du territoire, la branche développe une politique active de maîtrise des risques et de lutte contre les fraudes et recherche une performance économique accrue.

À ce titre, des indicateurs de mesure de cette performance sont élaborés et des actions porteuses d'amélioration de la performance seront privilégiées. Une politique de réduction des écarts de coûts entre les caisses ainsi qu'une analyse des retours sur investissement des évolutions du système d'information contribuent à l'objectif global de performance.

La branche s'engage à ce niveau à rendre le fonctionnement de son réseau plus efficace, notamment en adaptant sa configuration (structuration des organismes infra-départementaux, développement de la mutualisation de certaines fonctions et activités) et en agissant tant sur la politique de ressources humaines (développement de la gestion des emplois et des compétences) que sur le système d'information (élaboration d'un nouveau schéma directeur des systèmes d'information).

Au regard de l'évolution de la charge de travail prévisionnelle et de l'évolution des effectifs, les gains de productivité escomptés, calculés à partir du ratio allocataires/effectifs budgétaires, seraient d'au moins 10 % sur la période de la COG.

L'organisation de la CNAF sera aménagée avec notamment la création d'un pôle d'audit et de diffusion des bonnes pratiques et la structuration d'une fonction d'évaluation des politiques.

CNAV 2005-2008

La **COG État/CNAV 2005-2008**, signée le 24 mai 2005, est structurée autour de quatre enjeux majeurs : réussir la réforme des retraites, faire de la CNAV et des organismes régionaux des acteurs reconnus dans le domaine de la retraite et de la vie à la retraite, s'engager sur une offre de services renouvelée et diversifiée tant pour les assurés que pour les entreprises, renforcer l'efficacité globale de la branche et recentrer l'action sociale sur le maintien de l'autonomie des retraités.

> Réussir la réforme des retraites, faire de la CNAV et des organismes régionaux des acteurs reconnus dans le domaine de la retraite et de la vie à la retraite

L'objectif de mise en œuvre des dispositions de la réforme des retraites est mis en avant dans la convention d'objectifs et de gestion au travers notamment du développement du droit à l'information par l'abaissement de l'âge auquel est effectuée la régularisation de carrière, le déploiement de la fonction conseil en direction des actifs et surtout, de la coordination avec les partenaires dans le cadre du GIP « Info retraite ».

Afin d'assurer le suivi de la réforme, La CNAV renforcera sa capacité d'expertise en matière statistique et réglementaire. Elle finalisera son outil de projection de long terme et participera au nouvel exercice de projection à long terme de l'équilibre financier des régimes de retraite inscrit par le Conseil d'orientation des retraites à son programme de travail. Parallèlement la CNAV développera son expertise en matière de suivi infra-annuel et de prévision de court terme, dans le but d'appréhender la montée en charge de la réforme de 2003 et les inflexions démographiques induites par l'arrivée à l'âge de la retraite des générations d'après-guerre.

> S'engager sur une offre de services renouvelée et diversifiée tant pour les assurés que pour les entreprises

Qualité de service assurés

Les principaux objectifs portaient sur la diversité des modes de contact avec les assurés en privilégiant la relation téléphonique et les services en ligne pour fournir une information personnalisée aux assurés.

Dans le même temps, l'activité des agences retraite a été recentrée sur les régularisations de carrière, le conseil pour les assurés proches de la retraite et le traitement des demandes de retraite afin de garantir la continuité des ressources des assurés.

Qualité de service entreprises

La branche retraite s'est engagée à généraliser la norme DADS U tout en garantissant aux partenaires TDS le respect des délais dans le traitement des DADS.

Elle s'est également engagée à intensifier la fiabilisation des informations transmises afin d'améliorer encore la qualité du compte individuel des assurés.

Enfin, elle a eu pour objectif d'accélérer la dématérialisation des supports et d'offrir de nouveaux services aux entreprises, notamment sur internet.

> Renforcer l'efficacité globale de la branche

Pour répondre à la forte augmentation de la charge de travail sur la période 2005-2008 en raison du départ à la retraite des générations nées après-guerre et de la réforme des retraites de 2003, la CNAV s'est engagée à fournir un effort important de productivité. Sur la période conventionnelle, la productivité devrait progresser de 18 à 19 %.

La CNAV, dont le réseau est déjà resserré, s'est également engagée à rationaliser les processus transversaux qui recouvrent la gestion des ressources humaines, l'administration, ainsi que la gestion des services généraux, des immeubles, des matériels et des approvisionnements, de l'impression, la reprographie, la comptabilité et les budgets.

En matière informatique, les priorités portent sur la mutualisation de l'expertise des caisses grâce à la création de centres d'expertise et au regroupement des centres de production.

Enfin, un effort particulièrement marqué sera consenti en matière de dématérialisation des données sociales, de pilotage et d'animation du réseau (poursuite des audits conjoints avec la CNAMTS) et de maîtrise des risques (lutte contre la fraude).

> Recentrer l'action sociale sur le maintien de l'autonomie des retraités

Au-delà de la poursuite et du développement d'une bonne articulation avec les conseils généraux à qui la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a conféré un rôle de pilotage des actions menées en direction des retraités, la branche retraite souhaite renforcer son action en faveur de l'autonomie des retraités relevant des groupes iso ressources (GIR) 5 et 6 (GIR n'ouvrant pas droit à l'APA).

Cette politique de prévention et d'accompagnement des retraités fragilisés relevant des GIR 5 et 6 se concrétise par :

- Un développement d'actions d'information, de conseil et d'orientation ;
- Une meilleure connaissance des attentes et des besoins de cette population cible ;
- La conception et mise en place de plans d'actions personnalisés à domicile dans une dynamique de prévention de la perte d'autonomie ;
- La définition et la mise en place d'une gamme de lieux de vie collectifs.

ACOSS 2006-2009

La **COG État/ACOSS 2006-2009**, signée le 31 mai 2006, est structurée autour de quatre grands objectifs : mobiliser la branche au service des cotisants, renforcer le contrôle et la lutte contre le travail dissimulé, optimiser la gestion de la trésorerie et renforcer l'expertise sur le financement de la sécurité sociale, renforcer le pilotage et l'efficacité du réseau.

> Mobiliser la branche au service des cotisants

Il s'agit d'améliorer la relation de service avec les cotisants à travers, notamment, le développement de procédures et services dématérialisés (paiement, déclarations) et le renforcement de la cohérence des services téléphoniques.

Par ailleurs, la branche renforcera l'accompagnement des cotisants avec, notamment, leur sécurisation juridique et le développement d'une information plus personnalisée en fonction des attentes spécifiques des différentes catégories de cotisants. Elle s'efforcera de détecter le plus en amont possible les difficultés des entreprises.

Enfin, l'adaptation des services aux différentes catégories de public sera poursuivie à travers, notamment, le développement de l'interlocuteur unique pour les grandes entreprises et les entreprises multi-établissements, la mise en œuvre de l'interlocuteur social unique pour les artisans et commerçants et la poursuite de la simplification des formalités pour les particuliers employeurs.

> Renforcer le contrôle et la lutte contre le travail dissimulé

La sécurisation du financement de la sécurité sociale et l'égalité des cotisants devant le prélèvement social constituent des enjeux majeurs.

Pour y répondre, la branche s'engage à optimiser les méthodes et moyens de contrôle. Elle renforcera sa présence auprès des très petites entreprises grâce au développement du contrôle sur pièces accompagné de la création d'un nouveau métier de contrôleur du recouvrement. Elle mettra ses compétences en matière de lutte contre l'évasion sociale au service d'autres organismes (Unedic, GIE AGIRC-ARRCO, RSI notamment) et renforcera sa coopération avec les autres branches du régime général. Une priorité est donnée à la lutte contre le travail dissimulé en renforçant les moyens consacrés et l'efficacité de leurs actions. Dans ce cadre, les partenariats avec les administrations compétentes et les offices interministériels spécialisés, notamment l'office central de lutte contre le travail illégal (OCLTI) seront développés. La communication en matière de travail dissimulé sera également renforcée. Afin de renforcer l'expertise de la branche sur l'évasion sociale et les montages juridiques frauduleux, une cellule nationale de veille sera créée. Enfin, des études seront menées afin d'évaluer l'assiette dissimulée et l'impact des actions menées.

Dans ce contexte, la branche s'attachera à maintenir un haut niveau de recouvrement et à identifier et généraliser les procédures les plus efficaces. L'objectif est de maintenir les performances réalisées en 2005 avec un taux des restes à recouvrer inférieur ou égal à 0,75 % en moyenne sur la période conventionnelle.

> Optimiser la gestion de la trésorerie et renforcer l'expertise sur le financement de la sécurité sociale

Afin d'améliorer la prévisibilité à plusieurs mois des flux financiers et d'optimiser le coût de la gestion financière du régime général, l'ACOSS renforcera le pilotage de la trésorerie des caisses locales de sécurité sociale, améliorera la gestion des flux financiers échangés au siège de l'ACOSS et proposera des prestations de conseil en matière de gestion de trésorerie aux tiers avec lesquels elle est en relation.

Dans le souci d'accroître sa contribution à l'analyse des comptes de la sécurité sociale, la branche renforcera le suivi et l'analyse des assiettes du financement de la sécurité sociale. Elle poursuivra également ses travaux de fiabilisation de ses comptes, dans la perspective de leur certification par la Cour des Comptes.

Enfin, elle développera son expertise sur les prélèvements sociaux afin de mieux éclairer les choix relatifs aux mesures nouvelles de financement de la sécurité sociale et de mesurer leur impact.

> Renforcer le pilotage et l'efficacité du réseau

Pour atteindre ses objectifs tout en maîtrisant ses coûts de gestion, la branche renforcera l'efficacité de chaque niveau territorial : elle s'appuiera sur le niveau départemental pour consolider la relation de proximité avec les cotisants et partenaires, elle privilégiera le niveau régional ou interrégional pour le pilotage et la mutualisation de certaines fonctions support, et elle renforcera, au niveau national, sa capacité de pilotage et d'accompagnement de son réseau.

Par ailleurs, la procédure d'allocation budgétaire sera refondue et la politique immobilière rationalisée. Le système d'information évoluera afin d'accompagner les évolutions du métier et de renforcer l'efficacité du réseau.

Enfin, la politique de ressources humaines accompagnera les évolutions des métiers et du réseau, et notamment la priorité donnée à la qualité de service, au contrôle, et à la lutte contre le travail dissimulé.

Les efforts de productivité nécessaires au renforcement de l'efficacité du réseau impliquent de tirer profit des départs à la retraite. Parallèlement, par redéploiement, les emplois consacrés à la lutte contre le travail dissimulé seront renforcés d'au moins 100 emplois supplémentaires d'inspecteurs.

Régime Social des Indépendants 2007-2011

La COG État/RSI 2007-2011 a été signée le 2 mai 2007.

Cette convention doit permettre la restructuration du RSI et l'amélioration du service public de la sécurité sociale au service du travailleur indépendant. Elle s'articule autour de trois priorités : réussir la construction du RSI et la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU) au service des travailleurs indépendants, mettre en œuvre les politiques publiques en matière de santé, de retraite et de recouvrement pour l'ensemble des branches et régimes du RSI, piloter le réseau et faire du RSI une institution moderne et efficace au service des professions indépendantes.

La période 2007-2011 doit permettre de dégager tous les gains que l'on peut attendre de la création du RSI. Toutefois, pour la période 2007-2008, il a été convenu, compte tenu de la restructuration du réseau du RSI, que les objectifs de performance seront au minimum de maintenir les meilleurs niveaux observés en 2005 et 2006.

En matière de protection sociale maladie, le RSI contribuera à la poursuite de la mise en œuvre de la réforme d'assurance maladie et des différents plans et programmes décidés par l'État et l'UNCAM. Il renforcera l'information des bénéficiaires pour une meilleure prise en charge de leurs problèmes de santé et pour les sensibiliser aux enjeux de la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Le RSI étudiera également les possibilités d'amélioration de la prise en charge de la couverture sociale des professions indépendantes.

S'agissant de la politique de retraite, le RSI s'engage à préparer puis à mettre en œuvre la réforme à venir en 2008. Il profitera de la restructuration de son réseau pour optimiser la performance du service des retraites. Enfin, il poursuivra la mise en œuvre des dispositifs issus de la réforme de 2003, notamment ceux liés au droit à l'information.

En matière de recouvrement, la mise en place de l'ISU constitue naturellement le principal enjeu de cette convention. Par ailleurs le RSI s'engage à maintenir des taux de recouvrement élevés et à promouvoir une offre de service adaptée. Le RSI s'engage également à une forte montée en puissance du prélèvement mensuel. La qualité de service sera améliorée grâce au recours à l'administration électronique et à la suppression à terme de la DCR. Le RSI renforcera également sa politique de contrôle et de lutte contre les fraudes, notamment en luttant contre les phénomènes de désaffiliation.

Enfin, la caisse nationale du RSI renforcera ses moyens de pilotage afin de garantir une coordination forte et efficace nécessaire à la conduite de ce projet essentiel pour la modernisation du service public de la sécurité sociale.

CCMSA 2006-2010

La COG État/MSA 2006-2010 a été signée le 26 septembre 2006.

Cette troisième génération de convention met l'accent sur l'amélioration de la productivité tout en maintenant les efforts déjà largement engagés dans le domaine de la qualité du service et de l'action sanitaire et sociale.

La précédente COG 2002-2005 correspondait à une génération de conventions très orientée vers la qualité du service rendu à l'utilisateur. Cet aspect demeure, mais il s'agit plutôt de consolider les acquis en matière de qualité de service et de les homogénéiser dans l'ensemble du réseau.

Une importance accrue est donnée à la productivité et à la maîtrise des coûts de gestion.

Le rôle de la CCMSA comme tête de réseau sort renforcé de la nouvelle convention tant en matière de démarche qualité, de mise en œuvre d'outils de pilotage communs que de budget.

Le document conforte tout d'abord les caractéristiques essentielles de la MSA que sont l'esprit mutualiste, le guichet unique et les actions de proximité sur les territoires ruraux.

Par son guichet unique la MSA offre, en effet, une couverture sociale complète pour tous les risques sociaux à plus de 4 millions de personnes.

La gestion de l'ensemble des branches permet d'appréhender globalement les assurés sociaux, d'éviter les ruptures de droits et de répondre aux besoins des assurés y compris en matière d'assurance complémentaire. Le guichet unique est donc un élément essentiel de simplification des relations avec les assurés et de qualité du service public que la COG a mis au centre de ses préoccupations.

La COG comporte 107 articles qui répertorient les engagements, une vingtaine d'objectifs ciblés véritablement stratégiques et environ 60 indicateurs de suivi.

Elle est articulée autour des thèmes suivants :

- L'innovation. (mutualiser les initiatives locales pour faire émerger des politiques institutionnelles ; accompagner l'évolution des besoins des assurés tout au long de leur vie...);
- La qualité. La qualité d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil pour un juste accès aux droits en fonction des publics et des territoires ;
- La sécurité. Il s'agit de sécuriser les données, les flux, les processus par un contrôle interne opérationnel et la validation des comptes, maîtriser les risques financiers et se prémunir des éventuelles fraudes ;
- La simplification. (simplification des procédures, dématérialisation des formulaires...);
- Le pilotage. Ce point concerne la maîtrise des coûts de gestion, la poursuite de la restructuration du réseau, la mise en œuvre des procédures dématérialisées et la gestion des ressources humaines, l'amélioration de la restitution des données du régime et le renforcement des outils de pilotage de la MSA.

Par ailleurs, la COG 2006-2010 comporte des objectifs cohérents avec le plan d'action stratégique adopté par l'assemblée générale centrale de la MSA du 22 juin 2006.

Le plan d'action stratégique a pour ambition de concilier la restructuration du réseau de la MSA rendue nécessaire par les contraintes financières et les évolutions démographiques des populations agricoles avec le maintien d'un lien solide de proximité avec les assurés et le développement des services aux personnes dans les territoires de vie. Il vise également à concilier un pilotage institutionnel plus centralisé avec l'autonomie de gestion des caisses et les valeurs mutualistes et participatives de la MSA.

Ce plan a donné lieu à quatre résolutions. La première concerne l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale qui doit être accessible à tous et de qualité sur les territoires de vie. Elle souligne la nécessité de mettre en œuvre la maîtrise médicalisée et la gestion du risque. La deuxième résolution a trait à la politique de développement de l'offre de services sur les territoires de vie, fondée sur l'innovation sociale. La troisième résolution promeut le fonctionnement mutualiste de la MSA en faisant des 27 000 élus de la MSA des acteurs du service public, en impliquant le personnel et les assurés, en développant la démocratie sociale et l'échelon local. Quant à la quatrième résolution, elle précise que la MSA doit clore en 2010 la restructuration du réseau et fixe le nombre de caisses de chaque région administrative avec un total national de 35 caisses.

La nouvelle COG comporte pour la première fois, une annexe fixant les moyens financiers de gestion et d'action sanitaire et sociale du régime pour les cinq prochaines années.

Le calibrage de ces moyens (1 479 M€ en 2006) a permis de retenir les options suivantes jusqu'en 2010 :

- baisse de la masse salariale de 4,07 % en euros constants ;
- baisse des autres dépenses de fonctionnement de gestion administrative de 3,75 % en euros constants non compris les dépenses évaluatives que la MSA ne maîtrise pas ;
- augmentation des dépenses techniques d'action sanitaire et sociale de 10,76 % en euros constants non compris 15 M€ par an au titre de la prise en charge des cotisations des agriculteurs en difficulté.