

2010

SÉCURITÉ SOCIALE



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale - PLFSS

ANNEXE 2

Objectifs et moyens des organismes de sécurité sociale



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES,
DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA VILLE

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA RÉFORME
DE L'ÉTAT

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

www.travail-solidarite.gouv.fr
www.budget.gouv.fr
www.sante-sports.gouv.fr

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 2009-2013 et État - CNAF 2009-2012 de quatrième génération ont été négociées cette année. Les troisièmes COG État - CNAMTS et État - ACOSS ont été renégociés en 2006 pour couvrir la période 2006-2009. La deuxième COG État – CNAMTS Accidents du travail – maladies professionnelles a été signée le 29 décembre 2008.

Par ailleurs, suite aux modifications du code de la sécurité sociale introduites en 2008, la première COG État – UCANSS a été signée le 1^{er} juillet 2009.

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. Elle a fait l'objet de trois avenants depuis.

Enfin le processus de contractualisation avec les régimes spéciaux s'amplifie, permettant d'inscrire pleinement 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, prorogée d'une année ;
- 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) a été signée le 16 février 2009. Les conventions État - Régie autonome des transports parisiens (RATP) et Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC) sont sur le point d'être signées.

L'extension des COG à l'ensemble des régimes permet de progresser sur 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, dont les progrès et l'actualisation se poursuivent. 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.

Enfin, une annexe technique offre un éclairage synthétique sur les enjeux de chacune des COG signées.

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

1. La CNAMTS maladie – Bilan de l'année 2008

La COG de la CNAMTS fixe comme orientation structurante prioritaire de placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie tout en s'engageant sur une offre de services homogène dans le cadre du renforcement de la performance de la branche. Ainsi, en 2008 des actions sur les thèmes prioritaires de la COG (obésité, cardiovasculaire, grossesse, cancer du sein et iatrogénie) ont été réalisées. La CNAMTS a également développé des programmes relatifs à l'asthme, à la grippe et au cancer colorectal.

De plus, la CNAMTS a développé des systèmes d'information à destination de ses assurés afin de les aider à mieux utiliser le système de santé. Elle a mis à disposition par internet sur Ameli.fr et via les plateformes téléphoniques les tarifs des consultations, actes techniques et soins dentaires.

Des actions spécifiques d'information pour les personnes en précarité ont également été mises en place (ex : actions de conciliation en cas de dépassement, élaboration d'une charte avec les associations représentant les personnes en précarité en cours au niveau régional ou local).

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). À ce titre ont été lancées des actions de communication sur les sites internet des organismes, dans la presse locale, par voie d'affiches et brochures aux guichets et un formulaire spécifique de demande d'ACS a été élaboré. Ces efforts ont été renforcés par des actions plus ciblées vers les bénéficiaires potentiels, notamment grâce à des échanges avec les CAF. Il a aussi 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.

L'ensemble de ces actions, mises en œuvre avec le concours de tous les partenaires du dispositif, de manière soutenue et prolongée, commence à produire ses effets puisque l'on observe à présent une augmentation significative du nombre de bénéficiaires. Le nombre de personnes ayant utilisé leur attestation s'élève à 382 000 au 31 mai 2008, en augmentation de 39 % par rapport à mai 2007. 549 141 attestations ont été délivrées à la fin de l'année, soit 17,12 % de plus qu'à fin 2007, ce qui se situe au-delà des projections.

Concernant la maîtrise médicalisée en ville, la CNAMTS a réalisé 370 000 visites de délégués de l'assurance maladie (DAM) (environ 50 % chez les généralistes et 50 % en officine) et 68 000 échanges confraternels (généralistes et chirurgiens-dentistes).

Il faut souligner le succès à ce jour des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) (8 000 CAPI signés à août 2009 alors que l'objectif fin 2009 était de 5 000). La CNAMTS estime qu'il faut encore renforcer les outils mais que la base des médecins est prête à s'engager sur des objectifs d'efficience.

Concernant la maîtrise médicalisée à l'hôpital, 3 500 visites des praticiens-conseils dans les établissements de santé ont eu lieu principalement sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville et sur les prescriptions de transports en sortie d'hospitalisation. Le dispositif de mise sous accord préalable a été utilisé pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire. La CNAMTS souligne la difficulté d'individualisation du prescripteur dans les établissements publics en l'attente de la mise en œuvre effective du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et de la facturation individuelle à l'hôpital.

Les économies réalisées en 2008 grâce à l'ensemble des actions de Maîtrise médicalisée s'élèvent à 435 millions d'euros en 2008.

Les actions conventionnelles menées en 2008 avec les professionnels de santé ont abouti à la signature en septembre et à la parution au Journal officiel le 18 octobre 2008 de l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières. Cet avenant permet la mise en place d'un système de régulation visant à rééquilibrer l'offre de soins infirmiers sur le territoire par le biais d'une option conventionnelle appelée « contrat santé solidarité » dans les zones « très sous dotées » et la limitation des installations au seul remplacement des infirmières libérales conventionnées qui cessent leur activité dans les zones « sur dotées ».

En conclusion, la CNAMTS a su développer une large palette d'actions : actions sur les prix, mais aussi actions d'accompagnement des professionnels sur des thèmes de maîtrise médicalisée, accords préalables, programmes de contrôle, actions en direction des assurés qui ont joué sur la pertinence de la prescription et le bon usage des soins.

Des actions de fond ont aussi été entreprises pour changer des éléments structurels du système et continuer à engranger des gains d'efficacité dans le futur : médecin traitant/parcours de soins, socle du médecin traitant, disease management, démographie des infirmiers, information des assurés

En matière de lutte contre la fraude, les fautes et les abus au cours de l'année 2008, les actions de l'assurance maladie ont généré plus de 130 millions d'euros d'économie, soit un montant légèrement supérieur à l'an dernier (125,5 millions d'euros en 2007).

Sur la qualité de l'offre de service, l'Assurance Maladie a maintenu en 2008 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 feuille de soins électronique est de 6,9 jours ;
- la qualité des données du fichier assurés est maintenue avec un taux de certification des ayants droit de 98,6 %.

En revanche, concernant l'accessibilité des plates-formes de service, le taux d'appels ayant abouti a baissé (87,3 % en 2008 contre 90 % en 2007). Les organismes ont éprouvé des difficultés à faire face à la forte augmentation du volume d'appels (jusqu'à 750 000 appels/semaine et +19 % d'appels sur l'année en 2008 par rapport à 2007) concernant en particulier les franchises, la carte Vitale, le compte assuré. Les contacts internet augmentent également.

Les services en ligne mis en place rencontrent une forte adhésion. Ainsi, au 31 décembre 2008, 200 000 professionnels de santé sont utilisateurs du service « mon compte ameli » et 3 millions d'assurés ont ouvert leur « compte Assuré » qui 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).

À noter également la poursuite du déploiement des guichets automatiques de l'Assurance Maladie (GAAM) qui ont porté à 1 328 leur nombre total à l'intérieur des CPAM fin 2008 (contre 1 237 fin 2007). Le taux d'utilisation des guichets automatiques est de 107 par jour et par guichet, en forte augmentation par rapport à 2007 (33 utilisations).

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 1 655 ETP en 2008.

S'agissant de l'efficacité du réseau, entre 2007 et 2008, on peut noter que les dépenses de gestion ont progressé de 0,3 % et que le nombre de bénéficiaires consommateurs a augmenté de 0,82 %, ce qui a pour conséquence de diminuer le coût de gestion unitaire d'un bénéficiaire de 0,5 %. Le coût moyen national est ainsi passé de 72,9 € en 2007 à 72,5 € en 2008.

Cette amélioration de la productivité se retrouve d'ailleurs dans l'indicateur COG « Nombre de bénéficiaires consommateurs/Nombre d'ETP » dont le résultat est de + 2,12 % en 2008.

2. La CNAMTS AT-MP – Bilan de l'année 2008

Sur la dernière année de la COG, la branche AT-MP a renforcé son analyse statistique afin de disposer d'une approche plus fine des différents risques pour mieux élaborer des axes différenciés de prévention et de réparation des risques professionnels.

La branche a aussi élaboré en 2008 son plan national d'actions coordonnées (PNAC) qui sera mis en œuvre sur la période 2009-2012, portant sur les axes suivants: réduction des troubles musculo-squelettiques, de l'exposition aux agents cancérigènes, prévention du risque routier professionnel, prévention des risques psychosociaux, ciblage sur la baisse de la sinistralité dans les trois domaines du bâtiment travaux publics, de la grande distribution et de l'intérim. Parallèlement, en 2008, les neuf comités techniques nationaux ont dégagé les axes prioritaires de prévention pour chacune des branches professionnelles qu'ils représentent.

Pour ce faire, la branche s'est appuyée sur une communication ciblée: par exemple sur la prévention des risques de cancer professionnel, les fiches d'aide au repérage du risque (FAR) et les fiches d'aide à la substitution (FAS) ont été largement diffusées, avant tout aux PME de secteurs d'activité ciblés. Elle a aussi signé en 2008 des conventions de partenariat avec les fédérations patronales des peintures, de la chimie et de la métallurgie.

Dans cette même idée d'accompagnement, la branche AT-MP a construit en 2008 cinq référentiels nationaux de compétence sur la formation à la prévention et a développé les partenariats avec les organismes de formation pour mieux les diffuser.

En matière de réparation, en septembre 2008, une première série d'instructions a été adressée aux caisses afin d'appeler leur attention sur le traitement homogène des dossiers sur le territoire. Cette démarche d'harmonisation se poursuit, appuyée par des supports d'informations, des formations et la mise en place d'outils nationaux favorisant un traitement identique.

Une même démarche d'harmonisation a été lancée en 2008 concernant la tarification. Pour aider plus efficacement les PME et TPE à investir dans le champ de la prévention, la branche a lancé l'expérimentation de dispositifs simplifiés d'incitations à la prévention spécialement dédiés à ces entreprises.

Enfin, depuis le 1^{er} septembre 2008, la branche a mis en place la télé-déclaration d'accidents du travail. Au 31 décembre, 40 038 déclarations avaient déjà été réalisées en ligne.

3. La CNAF – Bilan de l'année 2008

L'année 2008 a été marquée par une hausse du nombre d'allocataires (+2,4 % par rapport à 2007) et une diminution du nombre de courriers arrivés (-13,2 % par rapport à 2007, soit -4,6 % par rapport à 2004). Cette baisse relativement importante de 2008 par rapport à 2007 s'explique en grande partie par le fait que les Caf avaient connu une année 2007 atypique caractérisée par un pic d'activité en raison principalement du décalage de calendrier dans la campagne des ressources avant la première collecte automatisée des données ressources auprès des impôts en 2008.

Ces résultats ne traduisent cependant qu'imparfaitement la situation des charges de travail qui a pesé sur les Caf durant la période. La charge liée au traitement des prestations a notamment fortement augmenté: le nombre de « faits générateurs » (unité d'œuvre dans l'outil informatique de gestion des prestations légales) gérés a ainsi progressé de plus de 76 % entre 2004 et 2008. Enfin, à partir de juillet 2007, la branche famille s'est engagée dans les expérimentations du revenu de solidarité active initiées par une quarantaine de départements.

Alors que les résultats de qualité de service s'étaient dégradés de façon importante en 2007, la branche Famille a mieux rempli les objectifs de qualité de service fixés par la Cog en 2008 malgré une situation tendue sur la fin de l'année 2008: on observe un résultat de 97,60 % des

Caf qui atteignent l'objectif Cog concernant le temps d'attente à l'accueil ; 90,6 % des Caf pour le taux d'appels traités par agents et 87 % des Caf pour les délais de traitement. L'enquête de satisfaction menée en 2007 confirme les bons résultats obtenus sur les indicateurs de gestion. Toutefois, il existe des écarts de performance entre les caisses que la situation de charge importante de 2007 a notamment révélés.

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 2008 comme en 2007, la branche famille a su maîtriser ses dépenses de gestion. Les écarts de coût entre caisses continuent à se réduire. Une CAF n'a cependant pas été en mesure de respecter son enveloppe budgétaire.

Concernant la maîtrise des risques, l'analyse des indicateurs 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 (45,7 % en 2008), le taux de couverture du référentiel de risques tel que prescrit par la CNAF (99,8 % des CAF en 2008) et la maîtrise des risques concernant les aides financières individuelles et collectives d'action sociale. Le déploiement du Répertoire National des Bénéficiaires a été mis en œuvre en 2008. La CNAF a renforcé son équipe d'auditeurs et structuré un réseau de référents fraude de 233 personnes.

En 2007 et 2008, la maîtrise des dépenses en matière d'action sociale a été confirmée. Elle a même donné des marges de manœuvre pour mieux accompagner les contrats enfance jeunesse et pour améliorer les interventions en faveur des jeunes.

Sur l'organisation du réseau, les deux sujets « départementalisation » et « mutualisation » sont restés 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 conseil d'administration le 12 juin 2007. Le principe d'une CAF par département est affirmé. Une série d'étapes à franchir a été fixée aux Caf par la Cnaf et présentée en conseil d'administration : élaboration d'une charte de rapprochement, schéma de la caisse cible, diagnostic social, comparaison des processus et signature d'une convention de rapprochement. Par ailleurs, un certain nombre d'outils ont été mis à disposition des Caf pour faciliter la démarche : base informatique dédiée au pilotage administratif de la départementalisation et forum facilitant l'échange des directeurs des CAF infra départementales sur l'avancement des travaux, depuis septembre 2008. Les CAF peuvent en outre bénéficier d'un soutien méthodologique national. Une convention passée entre la CNAF et l'EN3S permet aux caisses qui le souhaitent d'être appuyées dans leur démarche par un cabinet conseil. La Cnaf a également mis en place des groupes de travail relatifs au système d'information. Un groupe de travail Cnaf-Caf se mettra prochainement en place sur l'unification des comptabilités.

Même si les travaux engagés par les Caf infra départementales témoignent de stades de rapprochements inégaux en fonction des spécificités locales, la démarche est aujourd'hui concrètement enclenchée dans la majorité des Caf : signature de la charte de rapprochement, mise en place d'une structure de pilotage et désignation de chefs de projets, analyse des processus et préparation de leur convergence, édition d'un journal commun à destination du personnel des Caf, préparation du projet de Caf cible, mutualisation de certaines fonctions, etc.

L'approbation du schéma directeur de la mutualisation de fonctions et d'activités a, quant à elle, fait l'objet d'une décision du conseil d'administration en septembre 2007, la COG déclinant 6 domaines de mutualisation. Suite à cette décision, la Cnaf s'est engagée dans la déclinaison du schéma directeur et dans l'accompagnement des démarches sur la base des principes suivants : capitaliser sur les études et expériences conduites, permettre l'externalisation ou mettre en place des services à vocation nationale, dès lors que cela est possible, choisir les caisses support des services mutualisés et proposer aux caisses d'une région de rejoindre les Caf supports pour bénéficier des services mutualisés.

4. La CNAV – Bilan de l'année 2008

La COG État/CNAV 2005-2008, signée le 24 mai 2005, est structurée autour de trois enjeux majeurs : réussir la réforme des retraites, renforcer l'efficacité globale de la branche et recentrer l'action sociale.

En 2008, les organismes de la branche retraite ont poursuivi leurs efforts pour informer les assurés. La branche vieillesse a délivré une estimation individuelle et globale (EIG) et un relevé de situation individuelle (RIS) aux assurés atteignant respectivement l'âge de 56 et 57 ans et de 44 et 45 ans en 2008 (EIG 1,2 million – RIS 1,7 million).

Le faible retour enregistré en 2007 et 2008 suite à l'envoi des RIS et des EIG (environ 15 %) ne permet pas de tirer des enseignements significatifs quant aux impacts de la mise en œuvre du droit à l'information sur la branche retraite. Toutefois, la CNAV envisage d'adapter sa stratégie en matière de régularisation de carrières systématiques à 54 ans pour des assurés qui auront reçu un RIS à 50 ans et qui recevront une EIG à 55 ans. À terme, comme cela est mentionné par la nouvelle COG, la CNAV envisage d'abandonner les régularisations de carrière systématiques au profit de régularisations ciblées sur les comptes individuels présentant des périodes lacunaires ou des anomalies, pour les assurés ne se manifestant pas spontanément dans le cadre du droit à l'information et notamment après réception d'une EIG.

En ce qui concerne l'offre de service et plus spécifiquement le développement de la relation téléphonique et des services en ligne, les objectifs atteints en 2007 ont été consolidés en 2008. Le taux de satisfaction des assurés sur la relation téléphonique est de 90,3 %.

La part des dossiers de droits propres payés dans le mois suivant l'échéance due est de 96,7 % (objectif Cog 96 %).

L'enjeu pour la branche vieillesse lors de la prochaine COG est de proposer une offre de services « multicanal » cohérente et articulée pour être ainsi toujours plus proche de l'assuré.

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 2008, 98,2 % des lignes de salaires de la campagne 2007 ont été traitées et transmises aux partenaires.

La branche retraite a également su améliorer sa productivité grâce au déploiement de l'outil retraite, à la campagne systématique de régularisation de carrière, au pilotage du réseau, à la responsabilisation accrue des agents de production et à la politique de proximité. Ainsi, elle a pu concilier durant la période de la COG une importante augmentation de sa charge de travail avec une maîtrise et même une légère diminution de ses effectifs. Pour la nouvelle COG, la réduction des écarts de productivité entre caisses régionales par l'amélioration des caisses les moins performantes constitue une importante source d'amélioration de la productivité de la branche. En cumulé jusqu'en 2008, la branche vieillesse a rendu 550 ETP.

La démarche d'audit interne a été renforcée. S'agissant de la liquidation des pensions, une instruction nationale de contrôle des dossiers retraite a été adressée en juin 2008. Les actions de fiabilisation de la mesure des erreurs ont été poursuivies et les procédures ont été mises à jour. Des conventions juridiques ont été conclues notamment avec Pôle emploi en octobre 2008 afin de fiabiliser les données échangées. Le renforcement de la maîtrise des risques forme un des axes forts de la nouvelle COG.

Pour la branche, l'année 2008 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. L'enjeu de la nouvelle COG est d'amplifier la politique de la branche en matière de prévention de perte d'autonomie.

L'année 2008 a été marquée par la négociation de la nouvelle COG État CNAV. Les trois principaux enjeux seront repris avec un nouvel axe fort concernant la maîtrise des risques.

5. L'ACOSS – Bilan de l'année 2008

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 consolider l'expertise sur le financement de la sécurité sociale et enfin renforcer le pilotage et l'efficacité du réseau.

Les objectifs 2008 en matière de qualité de service sont atteints. Les deux réformes prévues au 1^{er} janvier 2008 ont été mises en place : le dispositif de gestion des entreprises de plus de 2000 salariés dans 8 URSSAF et l'Interlocuteur social unique (ISU) pour les travailleurs indépendants. Concernant les particuliers employeurs, comme il avait été procédé en 2007 pour le CESU, les appels téléphoniques reçus par le centre national PAJEMPLOI ont été basculés vers l'ensemble des URSSAF. La multiplication du nombre de points de contact pour les usagers a ainsi permis d'améliorer la qualité de l'accueil téléphonique.

La dématérialisation des procédures continue de progresser tant de la part des entreprises que de la part des particuliers employeurs. Seul le taux de dématérialisation du chèque emploi service unique (CESU) reste en deçà de la valeur cible figurant dans la COG. Depuis octobre 2008, il est possible d'adhérer au CESU directement sur internet.

Le taux de restes à recouvrer des entreprises s'est légèrement dégradé passant de 0,61 % en 2007 à 0,73 % en 2008, se rapprochant ainsi de la cible maximale sur la période COG de 0,75 %. Cette évolution s'explique par les effets de la crise économique dès le quatrième trimestre 2008 et par les difficultés liées à la mise en place de l'ISU. Le taux de restes à recouvrer des travailleurs indépendants a fortement augmenté passant de 4,37 % en 2007 à près de 9 % en 2008, essentiellement à cause des difficultés de mise en place de l'ISU. La cible COG n'est ainsi pas atteinte. Les difficultés sur ce segment de cotisants se confirment mais devraient s'atténuer en 2009 où la stabilisation de l'ISU est prioritaire.

Le coût d'un euro recouvré baisse et passe de 0,34 centime en 2007 à 0,32 centime en 2008.

Conformément à la COG, les effectifs dédiés au contrôle ont été renforcés en 2008. 80 postes d'inspecteurs ont été créés ainsi que 220 nouveaux contrôleurs du recouvrement. La branche a par ailleurs dépassé ses objectifs en matière de lutte contre le travail dissimulé puisque le taux de redressement des personnes augmente de 52,44 % en 2007 à 60 % en 2008, largement au-dessus de la cible de 30 %, grâce notamment à un meilleur ciblage et à l'implication de davantage de partenaires.

S'agissant de la gestion de la trésorerie, les performances s'améliorent selon la tendance fixée par la COG. 2008 a bénéficié de la mise en œuvre en 2007 d'une nouvelle convention avec la Caisse des dépôts et des consignations, ainsi que du développement d'un programme d'émission de billets de trésorerie permettant à l'Acoss d'emprunter directement et à un meilleur coût sur les marchés financiers. Au niveau local, des marchés mutualisés régionaux pour la gestion des opérations bancaires ont fait évoluer les relations entre les Urssaf et les banques en instaurant une rémunération au coût unitaire. Cette évolution devrait se traduire par des économies à compter de 2009.

Lors de la signature de la COG, il avait été prévu que les effectifs diminueraient à fin 2008 à hauteur de 398 ETP (115 en 2006, 120 en 2007 et 163 en 2008). L'évolution des ETP de la branche pour les seuls CDI pour les années 2006, 2007 et 2008 présente une baisse de 379 ETP, dans le cadre de l'objectif COG d'une diminution de 600 postes au 31/12/2009.

Enfin, 2008 a vu la généralisation de la mutualisation des 4 fonctions support mutualisables identifiées (gestion de la paie, de la DUE, fonction achats/marchés et assistance à la gestion locale du système informatique SNV2) et le démarrage d'expérimentations pour d'autres fonctions support. 3 fusions d'Urssaf infra départementales ont été réalisées en 2008, année qui a aussi vu la préparation des 6 projets menés à terme au cours de l'année 2009.

6. Le RSI – Bilan de l'année 2008

2008, deuxième année de la nouvelle COG qui court jusqu'en 2011, a été marquée par la mise en place au 1^{er} janvier de l'interlocuteur social unique (ISU) pour les artisans et les commerçants. La réforme a bien atteint son but pour la grande majorité des cotisants, soit près de 95 % d'entre eux. Mais malgré la très forte mobilisation du réseau RSI et des URSSAF, elle a engendré des dysfonctionnements pour certaines catégories de cotisants.

Une mission IGAS d'audit et d'appui au RSI a été lancée en avril 2008 et a permis de mettre en œuvre tout au long de l'année 2008 des actions prioritaires concernant notamment la résorption de ces difficultés.

Pour accompagner le redressement du régime, l'État a mis à sa disposition des moyens complémentaires. Un avenant à la COG a ainsi été signé début 2009 et a permis la mise en place de moyens exceptionnels sur les années 2008 et 2009, notamment par l'embauche d'effectifs supplémentaires en CDD. Ces moyens permettront d'assurer la réalisation du plan de résorption des retards dans le traitement des dossiers, engendrés par les difficultés de mise en place de l'ISU. Ce plan fixe l'objectif d'une résorption des retards fin 2009 et fait l'objet d'un dispositif de pilotage renforcé et d'un suivi très attentif de la Caisse nationale du RSI et des services de l'État.

Ces difficultés de gestion ont provoqué la dégradation d'un certain nombre d'indicateurs en 2008.

En matière de recouvrement, le taux de restes à recouvrer sur le champ ISU est de 12,4 % fin 2008 (10,2 % pour les artisans et 14,5 % pour les commerçants). Même si ce taux est difficile à comparer avec les taux du recouvrement 2007, avant la mise en place de l'ISU, il reflète de moins bonnes performances. 82,3 % des encaissements sont dématérialisés.

La répercussion des difficultés de la mise en place de l'ISU et la gestion dans deux applications distinctes n'ont pas permis d'optimiser la performance en matière de liquidation des prestations vieillesse. Ainsi, de 2007 à 2008, le taux de liquidation des droits des titulaires à 60 jours de la branche commerçants passe de 85,55 % à 82,92 %, celui pour les artisans passe de 82,14 % à 78,52 %. La situation est encore préoccupante s'agissant des droits dérivés. L'indicateur est de 48,48 % pour les commerçants (46,42 % en 2007) et de 38,36 % pour les artisans (37,55 % en 2007).

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.

7. La MSA – Bilan de l'année 2008

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 1^{re} 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 œuvre 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 151 indicateurs sur les 196 de la COG (77 %). 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 et 28 % 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 CMSA dans le plan de maîtrise des dépenses de santé. Parmi ces objectifs non atteints, il est à noter que certains indicateurs sont néanmoins en progrès et sont susceptibles d'atteindre leur cible en 2010, comme par exemple la consolidation des délais de paiement des prestations familiales et vieillesse salariés. 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 2008 de personnel/fonctionnement et techniques (fonctions OA ASS CM PRP MT) s'élèvent à 1 503,1 M€ contre 1 590,4 M€ prévu dans la COG (après inflation). La marge dégagée est de 87,3 M€ soit 5,5 %.

S'agissant des charges de fonctionnement, elles représentent 1 301,5 M€ contre 1 306,8 M€ en 2007 et une autorisation de 1 385,8 M€. La marge dégagée par rapport à l'autorisation budgétaire est de 84,2 M€ soit 6,1 %.

Les charges de personnel représentent en 2008 982,1 M€, soit - 0,4 % par rapport à la réalisation 2007 alors que l'engagement COG y compris inflation prévoyait + 2,2 %.

En ce qui concerne les autres charges de fonctionnement, les réalisations 2008 sont de 221,6 M€ contre 220,7 M€ en 2007, soit une augmentation de 0,4 %.

La gestion administrative représente 1 121,7M€ en 2008, soit une évolution de -0,6 % par rapport à 2007 et à une réalisation inférieure de 6,0 % à l'autorisation COG.

Pour l'action sanitaire et sociale (ASS), les charges ASS représentent 305,9 M€ en 2008, soit une évolution de + 7,15 % par rapport à 2007 et une réalisation inférieure de 2,9 % 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. Si en 2007 cette évolution positive se confirmait tant pour les salariés que les non salariés, en 2008 les taux de reste à recouvrer sont en augmentation (1,26 % en 2008 contre 1,16 % en 2007 pour les salariés et 3,41 % en 2008 contre 3,41 % en 2007 pour les non salariés). Néanmoins pour les non salariés, l'objectif reste atteint (3,68 %).

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 2007	Résultats 2008
CNAMTS ⁽³⁾	Coût de gestion global brut en % des prestations ou cotisations	4,18 %	3,97 %
CNAF		2,92 %	2,87 %
CNAV		1,18 %	1,15 %
ACOSS		0,34 %	0,32 %

• Réduire les écarts de coûts entre organismes

Augmenter la productivité

	Indicateur issu des travaux du groupe benchmarking	Résultats 2007	Résultats 2008
CNAMTS (CPAM)	Dispersion des coûts de gestion des organismes locaux ⁽⁴⁾ autour de la moyenne nationale (en %)	12,58 %	12,99 %
CNAF		8,90 %	8,86 %
CNAV (Hors CGSS)		9,28 %	9,64 %
ACOSS		12,61 %	11,01 %

(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 17 organismes de sécurité sociale et des services de l'Etat.

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

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.

(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.

	Indicateurs COG	Résultats 2007	Résultats 2008	Objectifs 2008
CNAMTS	Nombre de bénéficiaires consommateurs/ nombre d'ETP	631	645	625 fin 2009
CNAF	Nombre d'allocataires pondérés/ nombre d'ETP	758	720	ND ⁽⁵⁾
CNAV	Indicateur composite d'activité ⁽⁶⁾ / nombre d'ETP	13 455	13 878	11 568
ACOSS	Nombre de comptes actifs/ nombre d'ETP	436	460,1	467

• Réduire les effectifs

ETP MOYEN ANNUEL CDI + CDD - source Commission interministérielle d'audit salarial du secteur public- (CIASSP)	2007	2008	2007/2008	2004/2008
CNAMTS ⁽⁶⁾	97 717	96 349	- 1,40 %	-6,82 %
CNAF	29 924	29 669	- 0,85 %	- 13,48 %
CNAV ⁽⁶⁾	14 149	14 083	- 0,47 %	- 1,10 %
ACOSS ⁽⁶⁾	14 183	14 303	0,85 %	- 2,80 %
Régime général	155 973	154 404	- 1,01 %	- 7,34 %

L'année 2008 est marquée par une progression de la productivité dans toutes les branches. En revanche, la progression de la convergence des organismes de chaque branche vers la moyenne nationale se dégrade très légèrement, sauf pour la CNAF.

En termes d'usagers par équivalent temps plein, on note une amélioration pour chaque branche, hormis la branche famille. Cette dernière a cependant vu une baisse des allocataires pondérés entre 2007 et 2008 ce qui a influé mécaniquement sur l'indicateur malgré une baisse parallèle des effectifs.

L'effort tendanciel de baisse des effectifs se poursuit à - 1,01 %, contre - 1,38 % entre 2006 et 2007.

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) Indicateur de suivi de la COG, qui n'a pas fait l'objet d'un objectif cible déterminé.

(6) 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.

(7) Les effectifs des branches maladie, retraite et recouvrement intègrent les effectifs des CGSS au moyen de la clé de répartition de liquidation de la prime d'intéressement (source CIASSP).

	Indicateurs COG	Résultats 2007	Résultats 2008	Objectifs 2008
CNAMTS	Taux de contrôle des établissements en T2A ciblés	91,1 %	59,1 %*	90 %
	Taux de contrôle des arrêts de travail prescrits et indemnisés de plus de 60 jours	96,4 %	90,6 % ⁽⁸⁾	97 %
CNAF	Taux de contrôle a priori et de sécurisation a posteriori des saisies dans le logiciel de traitement des prestations	35,4 %	45,70 %	30 %
CNAV	de dossiers non impactés par une erreur à incidence financière avant contrôle	91,8 %	92,80 %	94 %
	Pourcentage de contrôles effectués chaque année, auprès des structures non éligibles au complément qualité de l'action sociale	58,5 %	55,73 %	50 %
ACOSS	Taux de redressement des personnes dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé	52,44 %	58,27 %	30,0 %

* La base de calcul de ce taux est l'année civile alors que les contrôles n'ont démarré en 2008 qu'au second semestre de l'année. Ce n'est qu'après deux années civiles que ce taux approchera les 100 %.

Les organismes de sécurité sociale ont intensifié leurs efforts en 2008 autour des actions suivantes.

Une coopération renforcée entre organismes de sécurité sociale et les services de l'État:

- une convention nationale a été signée en avril 2008 entre la DSS, la DGFiP et les organismes de protection sociale, destinée à améliorer les échanges de données;
- les Comités locaux de lutte contre la fraude, structures locales de concertation, réunissent autour des problématiques communes les organismes de protection sociale et les administrations d'État;
- la mise en place d'une procédure de transmission par les URSSAF aux caisses prestataires des procès-verbaux de travail dissimulé afin d'en tirer les conséquences sur les droits aux prestations.

Un recours à des outils nouveaux prévus par des dispositions adoptées en LFSS:

En matière de travail dissimulé, la procédure de redressement forfaitaire a permis aux URSSAF de rendre plus efficaces les sanctions consécutives au constat d'infraction en cas de travail dissimulé.

Les modalités d'application du droit de communication des organismes de sécurité sociale pour obtenir des informations auprès de tiers (établissements bancaires, fournisseurs d'énergie; cf. article L.114-19 et suivants) ont par ailleurs été précisées par voie de circulaire.

Les conditions d'ouverture et de contrôle de droits aux prestations ont également été précisées et renforcées: sur les modalités de contrôle de la condition de résidence stable et effective pour le bénéfice de certaines prestations, sur la procédure d'évaluation du « train de vie » pour les bénéficiaires de minima sociaux, sur les conditions d'ouverture à l'AME, etc.

Enfin, le dispositif expérimental consistant à ne plus permettre à des fraudeurs de bénéficier pendant une période maximale d'un an de certaines prestations logement a fait l'objet d'une lettre ministérielle.

(8) L'application en année pleine pour l'exercice 2008 du contrôle des arrêts de travail à compter du 45^e jour et non pas seulement du 60^e jour entraîne mécaniquement une dégradation de l'indicateur, qui continue de porter sur les arrêts supérieurs à 60 jours uniquement.

Chacune des branches de la sécurité sociale a engagé des actions spécifiques en 2008 dont il est permis de dresser le bilan suivant :

Pour la branche maladie

L'assurance maladie a poursuivi ses efforts de contrôle dans quatre domaines principaux : les établissements, les indemnités journalières, les médicaments (respect de l'ordonnancier bizona, traitements de substitution aux opiacés et méga-consommant) et autres prestations en nature (transports sanitaires, actes de masso-kinésithérapie, chirurgie esthétique).

Concernant les établissements de santé, 112 millions d'euros ont été économisés depuis 2005 ; sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EPHAD), un programme national de contrôle exhaustif a été lancé en 2008.

S'agissant du thème toujours prioritaire de la lutte contre les abus et fraudes aux arrêts de travail, 2008 est la première année d'application en année pleine du dispositif de contrôle de tous les arrêts de travail à partir du 45^e jour au lieu du 60^e jour auparavant : plus d'1,5 million d'arrêts maladie (contre 900 000 en 2007 et 700 000 en 2006) ont été contrôlés dont plus d'1,3 million de longue durée. Les mises sous accord préalable de médecins prescripteurs excessifs d'arrêts de travail ont concerné 107 médecins généralistes en 2008 et permis d'économiser 13,3 millions d'euros.

S'agissant du contrôle des médicaments, les résultats financiers des contrôles portant sur l'ordonnancier bizona en termes de montants détectés sont en très nette diminution par rapport à 2007 (1,3 million d'euros de fraudes détectées en 2008 contre 7,5 en 2007), ce qui semble traduire un meilleur respect des règles de prise en charge. Toutefois, sur les 521 pénalités financières prononcées en 2008 par l'assurance maladie (contre 201 en 2007, soit un réel progrès), 169 l'ont été pour non-respect de l'ordonnancier bizona.

Mérite aussi d'être soulignée la mise en place en 2008 d'un programme national de contrôle des transports sanitaires : plus de 400 sociétés de transports ont été contrôlées de manière détaillée. Dans ce secteur d'activité, le dispositif de mise sous accord préalable a pour la première fois pu s'appliquer à des médecins prescripteurs excessifs de transports sanitaires (140 professionnels ont été concernés) et non plus seulement à des prescripteurs excessifs d'indemnités journalières (la procédure de mise sous accord préalable a, en effet, été étendue en 2008 à l'ensemble des actes et des produits prescrits par les médecins).

Au final, au cours de l'année 2008, les actions de l'assurance maladie en matière de lutte contre les fraudes, les fautes et les abus ont généré plus de 130 millions d'économie, soit un montant légèrement supérieur à l'an dernier (125,5 millions en 2007).

Pour la branche famille

Sur les différents axes COG, la branche famille a, en 2008, enregistré des avancées significatives :

Elle a pu affiner sa connaissance de la fraude à partir de l'exploitation et de l'analyse d'un échantillon significatif de 1 000 cas. Il en est ressorti 4 grands types de fraude (les déclarations de ressources, la situation familiale de l'allocataire, les fausses déclarations en matière d'aides au logement et les fraudes relatives à la situation professionnelle).

Quant aux échanges de données avec les partenaires (avec le Pôle Emploi et la DGFIP), ils se sont nettement développés et représentent désormais un moyen important de lutte contre la fraude.

La branche famille a également mis en place en 2008 un espace d'information sur la fraude destiné à ses partenaires. Il s'agit d'un outil de communication dédié à la mutualisation et au partage d'informations en matière de prévention et de lutte contre la fraude.

Par ailleurs, le droit de communication auprès de tiers (banques, fournisseur d'énergie, opérateurs de téléphonie) institué par l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, a été utilisé par 79 CAF.

Autre réalisation d'importance permettant d'éviter les doubles affiliations : le répertoire national des bénéficiaires (RNB). Depuis janvier 2008 cet outil est désormais déployé dans toutes les Caf et est utilisé pour toutes les nouvelles affiliations. Pour 2008, les contrôles opérés à partir du RNB ont permis de déceler 251 indus frauduleux représentant un préjudice financier de 1,8 million d'euros.

Au final, les actions de la branche Famille ont porté leurs fruits : on relève en effet, en 2008, une augmentation sensible des fraudes détectées tant en nombre qu'en montant par rapport à 2007 (+ 49 % en nombre et + 37 % en montant).

Pour la branche retraite

Dans cette branche, deux principaux axes d'actions ont été poursuivis en 2008.

Sur la prévention et la lutte contre les fraudes, une cartographie des risques a été élaborée en 2008 permettant notamment de lister, par grand domaine de fraude, les typologies de fraude externe ou les prestations impactées. Une bibliothèque nationale des requêtes a également été mise en place et mise à disposition de tous les référents fraude au sein de la branche.

Sur la mutualisation avec les partenaires, des actions de partage d'information ont été engagées en 2008 d'une part, en permettant d'accéder à distance aux systèmes d'information existants des différents partenaires et d'autre part, en expérimentant des échanges d'informations avec la CNAM-TS pour détecter des décès non déclarés et des changements de résidence non signalés. Par ailleurs, des fiches de signalement des fraudes entre organismes de sécurité sociale ont été harmonisées afin de faciliter le traitement homogène en région ou département.

Au final, l'ensemble des actions de lutte contre la fraude menées par la branche Vieillesse a permis en 2008 d'obtenir de bien meilleurs résultats qu'en 2007 : ainsi, le montant du préjudice constaté s'élève à 2,5 millions d'euros contre 1 million d'euros en 2007 et le montant total du préjudice évité s'établit à 14,6 millions d'euros en 2008 contre 2 millions d'euros en 2007.

Branche recouvrement

En 2008, la branche recouvrement a continué à intensifier ses efforts dans la lutte contre le travail dissimulé par un recours aux dispositifs destinés à renforcer l'efficacité des contrôles.

À cet effet, la branche a pu compter sur les nouvelles dispositions mises en place ou étendues en 2008, en particulier la procédure de redressement forfaitaire (322 cas sur le second semestre 2008 pour 2,4 millions d'euros) et l'annulation des réductions et exonérations de cotisations en cas de dissimulation d'emploi et, depuis 2008, en cas de dissimulation d'activité (ce dispositif a permis à la branche de procéder au redressement de 3,7 millions d'euros de cotisations sociales en 2008).

Au titre du travail dissimulé, les Urssaf avaient réalisé 118 millions de redressements de cotisations sociales en 2007, soit une progression très importante sur deux ans (59 millions à fin 2005) ; cette tendance à la hausse devrait être confirmée pour 2008.

Il est à noter que d'ores et déjà les nouvelles COG CNAF et CNAV ont permis d'inscrire des objectifs ambitieux dans le domaine de la maîtrise des risques et de la lutte contre la fraude.

1.3. Développer la dématérialisation

	Indicateurs COG	Résultats 2007	Résultats 2008	Objectifs 2008
CNAMTS	Taux de Feuilles de soins électroniques (FSE) + échanges de données informatisés (EDI)	82,8 %	84,2 %	83 %
CNAF	Taux de progression des formalités effectuées sur Internet	Demande d'aide au logement étudiant : + 20 % Déclaration de ressources en ligne : + 49 %	Non disponible	ND
CNAV	% de déclarations annuelles des données sociales (DADS) dématérialisées	83,3 %	88,41 %	70 %
ACOSS	Taux bordereaux récapitulatifs des cotisations (BRC) dématérialisées en nombre de comptes – entreprises du secteur privé	31,5 %	39,0 %	29,8 %
	Part des volets sociaux de la PAJEMPLOI dématérialisés	75 %	79 %	64 %

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 continuent de se développer grâce aux efforts des organismes.

Dans la branche maladie, l'indicateur FSE + EDI, d'un résultat de 84,2 % traduit la poursuite des efforts entrepris pour développer la dématérialisation, ce résultat étant supérieur à l'objectif national fixé à 83 %.

La branche famille a été marquée en 2008 par la première campagne d'acquisition de ressources des allocataires directement auprès de l'administration fiscale et qui s'est substituée à l'habituelle campagne de collecte auprès des allocataires. Pour mémoire, 65 % des allocataires établissaient encore une déclaration de ressources papier en 2007.

Le constat est tout autant satisfaisant pour les DADS dématérialisées, les déclarations de cotisations et les volets sociaux PAJEMPLOI en ligne. Dans tous ces cas, l'objectif est largement dépassé.

Ce constat illustre aussi que ces services répondent à une attente forte des usagers mais aussi, compte tenu de la rapide montée en charge, que l'offre présentée par les organismes est de qualité.

1.4. Améliorer le pilotage du réseau

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

Dans le domaine des fusions de CPAM la démarche porte sur 48 CPAM, sur 18 départements. 22 fusions sont prévues au total, sachant que dans quelques départements le principe de la fusion n'a pas été retenu.

Pour les organismes concernés, et bien que la fusion effective soit prévue à effet de janvier 2010, trois décisions sont parues au journal officiel dès 2008.

En matière de ressources humaines, la CNAMTS s'est par ailleurs inscrite dans les orientations qu'elle souhaitait développer pour favoriser l'adaptation et l'accompagnement de son réseau au changement (professionnalisation et animation de la fonction ressources humaines, réalisation d'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 ».)

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

Dans le but de mieux remplir son rôle de tête de réseau, la CNAF a procédé en 2008 à la réorganisation de plusieurs directions et structuré ses fonctions d'audit et de pilotage de la maîtrise des risques. La CNAF a mis en place une structure d'audit de gestion, un comité d'audit et créé un comité de l'audit et de l'évaluation présidé par le directeur général. Elle a également décidé de réorganiser l'agence comptable en séparant le service des normes comptables de celui de l'audit comptable et restructuré, de façon à dépasser le découpage traditionnel entre prestations légales et action sociale, sa direction des politiques. Le pilotage de la maîtrise des risques a été conforté conformément aux recommandations de la Cour des comptes (133 référents fraude ayant été nommés dans le réseau). Enfin, la restructuration de la direction en charge du réseau, amorcée début 2009 devrait permettre à la CNAF de mieux piloter les chantiers prioritaires que sont la départementalisation et la mutualisation, la maîtrise des risques et la gestion des ressources humaines.

En matière de restructuration du réseau, des avancées concrètes de mutualisation et de départementalisation sont aujourd'hui observables dans la majorité des CAF. Ainsi, après l'approbation du schéma directeur de la mutualisation de fonctions et d'activités par le conseil d'administration en septembre 2007, la CNAF s'est engagée dans la déclinaison du schéma directeur et dans l'accompagnement des démarches de mutualisation. Les études concernant les 6 fonctions à mutualiser (les achats, l'édition, la numérisation, la gestion de la paye, le contentieux et le traitement des prestations aux travailleurs migrants) ont été présentées en conseil de réseau en novembre 2008 et en commission d'administration générale pour être mises en œuvre. Afin d'atteindre l'objectif de départementalisation des CAF en 2011, la CNAF a, en 2008, créé au sein du réseau des structures de suivi des opérations, mis à disposition des CAF des outils pour faciliter la démarche (mise en ligne d'une base informatique dédiée au pilotage administratif de la départementalisation) et mis en place des groupes de travail, en particulier sur les systèmes d'information. La démarche a donc bien été enclenchée dans la majorité des CAF même si les travaux engagés par les CAF infra départementales témoignent de stades de rapprochements inégaux en fonction des spécificités locales.

Par ailleurs, la CNAF souhaite diffuser une culture du pilotage dans le réseau en donnant aux caisses locales les outils permettant la structuration et la généralisation de la fonction contrôle de gestion dans la branche. À cet effet, un référentiel du pilotage CAF est en cours d'élaboration.

Enfin, la CNAF a poursuivi ses efforts pour structurer les maîtrises d'ouvrages et rationaliser la conduite des projets institutionnels, par des actions d'accompagnement telles que la formation de toutes les directions techniques à la maîtrise d'ouvrage et à la conduite de projet et par la constitution d'un réseau de référents maîtrise d'ouvrage. C'est ainsi qu'en 2008 la CNAF a, lors de la mise en place du RSA, professionnalisé sa conduite de projet au moyen d'un pilotage national fort et d'une méthodologie rigoureuse.

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

La CNAV a développé trois outils de pilotage sur l'année 2008.

Tout d'abord elle a mis en place un tableau de bord du directeur, qui permet dans chaque caisse de retrouver de manière synthétique, les indicateurs tels que prévus au CPG de l'organisme vis-à-vis des trois branches dont il relève, ses indicateurs de production mais aussi les indicateurs relevant des projets locaux ou régionaux.

La CNAV a aussi travaillé sur l'évolution de sa comptabilité analytique avant de disposer d'un reporting sous forme de coûts mensuels exprimés en unités d'œuvre.

Enfin, la Caisse nationale a perfectionné son système d'évaluation des charges de travail et de mesure des effectifs. Cet outil permet à la Caisse nationale aussi bien qu'à la CRAM de disposer d'une connaissance plus fine de ses données pour adapter son pilotage.

• **Actions de l'ACOSS** en vue d'améliorer le pilotage de son réseau :

Afin d'améliorer le pilotage de la branche, l'ACOSS s'est engagée dans une politique de fusion des URSSAF infra-départementales sur la période de la COG. En 2008, les URSSAF du Maine-et-Loire, de l'Hérault (01/01/2008), du Pas-de-Calais (01/06/2008) ont atteint cet objectif. L'exercice 2008 a aussi permis de finaliser la préparation des fusions départementales en Isère, Rhône, Loire, Seine Maritime (01/01/2009).

Dans le même ordre d'idées, 8 postes de directeurs et 17 postes d'agents comptables ont été mutualisés depuis 2006, ce qui porte à 51 le nombre d'emplois mutualisés dans la branche.

L'ACOSS a par ailleurs développé la vie du réseau à l'échelon régional. Après la réalisation de plans d'actions régionaux (2007), un bilan-type régional a été établi dans chaque région en 2008. Il a permis à chacun de prendre la mesure des actions coordonnées régionales et facilité une consolidation par l'ACOSS à ce titre.

Quant à la démarche de mutualisation, elle a terminé sa montée en charge au cours de l'année 2008 s'agissant de la gestion de la paie, de l'harmonisation de la planification de l'outil informatique V2, du traitement de la DUE et de la fonction achats/marchés. Cette politique de mutualisation se poursuit en 2009 sur d'autres sujets.

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 2007	Résultats 2008	Objectifs 2008
CNAME	% de personnes reçues dans un délai d'attente inférieur à 20 minutes	93,4 %	91,5 %	90,0 %
	Taux de traitement des appels destinés à un agent	90,0 %	87,3 %	90,0 %
CNAF	Taux de traitement des appels destinés à un agent	89,6 %	90,60 %	90 %
	% de caisses dans lesquelles le temps d'attente est inférieur à 20 minutes dans au moins 85 % des cas	98,0 %	97,60 %	100 %
	% de points d'accueil permanents accessibles aux personnes en situation de handicap (sites de gestion administrative)	87,4 %	90 %	100 %
CNAV	Taux de satisfaction des assurés eut égard à la relation téléphonique	92,0 %	90,29 %	90 %
	Part des agences retraites accessibles aux personnes handicapées	91,0 % (hors CGSS)	91,75 %	100 %
ACOSS	Taux de traitement des appels destinés à un agent	88,2 %	87,2 %	89,3 %

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 ont connu une stabilisation en 2007 et les objectifs des COG en la matière ont été atteints. On note en revanche en 2008 un léger recul par rapport aux résultats antérieurs.

À titre d'exemple, les CAF ont dû faire face à une forte hausse des flux de contacts en 2008 (accueils physique et téléphonique) et ont eu des difficultés à s'ajuster pour faire face à ces pics d'activité.

Plus généralement, ce léger retrait en 2008, en dessous de l'objectif COG, témoigne du niveau d'exigence élevé défini pour l'accueil de l'utilisateur par le service public de la sécurité et de l'engagement permanent des organismes nécessaire pour répondre à ces standards.

Ces objectifs restent bien évidemment au centre des COG récemment renouvelées.

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 2007	Résultats 2008	Objectifs 2008
CNAMTS	Part des feuilles de soins électroniques remboursées aux assurés dans un délai de 7 jours	90 %	90 %	90 %
CNAF	% de caisses dans lesquelles 85 % des pièces sont traitées dans un délai maximum de 15 jours	84,5 %	87 %	100 %
CNAV	% de pensions (droits propres) payées dans le mois suivant l'échéance due	95,2 %	96,67 %	96 %
ACOSS	Taux d'intégration des débits à 10 jours	99,1 %	99,23 %	98,46 %

En ce qui concerne la branche famille le résultat en dessous de l'objectif marque la difficulté de garantir ce niveau de qualité de service, notamment suite à l'accroissement des flux de contacts en 2008 qui ont aussi mobilisé les ressources humaines chargées du traitement des dossiers. L'objectif est reconduit sur la période 2009-2012. On note que la branche mesure cependant que 91 % des courriers sont traités en moins de 15 jours.

S'agissant des autres branches, les délais de traitement sont conformes ou meilleurs que l'objectif fixé.

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 FNG CNAMTS		Exécuté FNGA CNAF		Exécuté FNGA CNAV		Exécuté FNGA ACOSS	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Personnel	4 153,5	4 144,7	1 250,8	1 277,3	738,2	753,1	814,6	837,3
Autres dépenses de fonctionnement	1 237,2	1 232,8	261,2	274,9	154,4	163,1	229,5	237,9
Réserve nationale					2,3	2		
Investissement	174,4	258	200,6	259,3	42,8	58,4	70,0	57,0
Total des dépenses à caractère limitatif	5 565,1	5 635,5	1 712,6	1 811,4	937,7	976,7	1 114,2	1 132,2
Dépenses évaluatives	331,7	293,7	111,4	88	95,0	82,7	178,9	154,7
Total des dépenses brutes	5 896,8	5 929,2	1 824,0	1 899,4	1 032,7	1 059,3	1 293,1	1 286,9
Recettes propres et atténuatives	533,4	486,1	180,1	149,4	187,8	186,1	304,9	360,8
Total des dépenses nettes	5 363,4	5 443,1	1 643,9	1 750,0	844,9	873,2	988,2	926,1

Les dépenses de gestion brutes du Régime général se sont élevées en 2008 à 10,174 Md€, soit une progression de +1,28 % par rapport à 2007. Cette progression maîtrisée des dépenses illustre la continuité de l'effort demandé aux organismes dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion.

Les dépenses de personnel, qui représentent 69 % des dépenses brutes de gestion administrative ont augmenté de + 0,79 % en 2008. Cette hausse modérée, plus rapide que l'année précédente, résulte des gains de productivité réalisés par les organismes de sécurité sociale liés notamment à l'accélération du nombre de départs à la retraite, légèrement contrebalancée par les mesures salariales prises dans les organismes.

Les autres dépenses de fonctionnement ont progressé seulement de + 1,4 % contre + 2,08 % l'année précédente. Cette évolution globale résulte de la progression extrêmement contenue de chaque branche et même d'un léger recul pour la CNAMTS. Les progrès de la dématérialisation, notamment en matière d'affranchissement et les efforts en matière de mutualisation expliquent notamment cette tendance.

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

Les zones grisées correspondent principalement aux COG de quatrième génération qui ne sont pas encore signées: la CNAMTS et l'ACOSS au-delà de 2009. La COG CNAF ne court que jusqu'en 2012 à la différence de la CNAV dont on examine les objectifs cibles sur cinq ans.

1. Améliorer la performance des organismes

1.1. Maîtriser les coûts de gestion et développer la productivité

	Indicateurs COG	2009	2010	2011	2012	2013
CNAMTS	Nombre de bénéficiaires consommateurs/nombre d'ETP	625 en 2009 soit + 6 % sur la période conventionnelle				
CNAF ⁽⁹⁾	Ecart entre le crédit de référence et le coût d'objectif pour l'exercice donné	< 2 %	0	0	0	
	Ratio allocataires pondérés/agent	Indicateur de suivi ⁽¹⁰⁾				
CNAV	Indicateur composite d'activité/ nombre d'ETP	1,5 %	3 %	4 %	4,72 %	5 %
ACOSS	Nombre de comptes actifs/ETP ⁽⁸⁾	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 qui s'achève en 2009 (2006-2009)

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 comptes 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 de toutes les conventions d'objectifs et de gestion, et constitue une garantie indispensable pour une bonne qualité de service et de gestion. 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.

(9) L'indicateur nombre d'allocataires rapporté au nombre des emplois temps plein en gestion administrative est devenu un indicateur de suivi dans la COG 2009-2012. Il n'est pas plus un objectif opposable d'où la mention d'un nouvel indicateur dans le tableau.

(10) Le ratio présenté les années antérieures demeure mais ne fait pas l'objet d'un objectif opposable. Il est cependant maintenu comme indicateur de suivi et présenté ici car comparable à l'indicateur des autres branches.

	Indicateurs COG	2009	2010	2011	2012	2013
CNAMTS	Taux de contrôle des établissements ciblés	90 %				
	Nombre de médecins généralistes prescrivant plus de cinq fois la moyenne de jours d'arrêts de travail maladie	NON DÉTERMINÉ				
CNAF	Taux de contrôle et de sécurisation des faits générateurs	30 %	À définir	À définir	À définir	
	Taux de faits générateurs ciblés fraudes contrôlés	8,5 %	À définir	À définir	À définir	
CNAV	Améliorer la qualité des dossiers validés	Résultat 2008 + 0,25 point	Résultat 2008 + 0,50 point	Résultat 2008 + 0,75 point	Résultat 2008 + 1 point	Résultat 2008 + 1,25 point
	Taux d'incidence financière des erreurs	Résultat 2008 - 0,25 point	Résultat 2008 - 0,05 point	Résultat 2008 + 0,1 point	Résultat 2008 - 0,15 point	Résultat 2008 - 0,2 point
ACOSS	Taux de couverture du fichier (Nb d'actions de contrôle et de prévention/population à contrôler)	11,5 %				
	Taux de redressement des personnes dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé	30 %				

1.3. Développer la dématérialisation

	Indicateurs COG	2009	2010	2011	2012	2013
CNAMTS	Taux de Feuilles de soins électroniques (FSE) + Echanges de données informatisées (EDI)	85 %				
CNAF	Taux de progression de l'acquisition des ressources de façon dématérialisée	En cours de fixation ⁽¹¹⁾				
CNAV	Taux de satisfaction des internautes	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
	% d'évolution des inscrits au site « assurance retraite »	+ 12,50 % par rapport à 2008	+ 25 %	+ 37,50 %	+ 50 %	+ 70 %
ACOSS	Taux de déclarations (BRC) dématérialisées en nombre	34 %				
	Part des volets sociaux de la PAJE dématérialisés	70 %				

(11) Données en cours de traitement pour fixation de l'objectif 2009. À définir pour la période postérieure.

1.4. Améliorer le pilotage du réseau

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

La nouvelle COG précisera les objectifs en la matière.

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

La nouvelle COG prévoit l'adaptation du fonctionnement et de l'organisation de l'organisme national à ses missions pour qu'il joue mieux son rôle d'orientation et d'appui vis-à-vis des CAF. Il renforcera les fonctions de maîtrise d'ouvrage et de conduite de projets exercées par les différentes directions « métiers » ; en développant les fonctions de pilotage notamment en matière d'audit, d'animation du réseau, de mutualisation, de sécurisation et d'optimisation des processus, en répondant à la nécessité d'une gestion des dirigeants plus exigeante et en améliorant la qualité des données nécessaires au pilotage de la branche.

La CNAF souhaite également expérimenter l'organisation d'une présence déconcentrée au niveau régional avec pour objectif d'assurer :

- une fonction de relais des politiques nationales ;
- l'animation de la mutualisation ;
- l'appui aux caisses avec la mise en commun d'expertises ;
- la solidarité et la coopération vis-à-vis des organismes ayant des difficultés dans l'écoulement de leur charge de travail.

Elle déploiera la mutualisation des fonctions et des activités. Au cours de la période 2010-2011, six fonctions et activités sont prioritaires : les achats, l'éditique, la numérisation, la gestion de la paye, le contentieux et le traitement des prestations aux travailleurs migrants. Dans le même temps les CAF poursuivront des expérimentations d'autres fonctions et activités. La généralisation de certaines d'entre elles par la CNAF pourra être envisagée avant la fin de la COG.

Enfin, la Caisse nationale accompagnera les organismes dans le projet de départementalisation du réseau avec comme échéance fin 2011 notamment pour harmoniser les systèmes d'information et garantir des solutions aux personnes concernées par des modifications de lieu de travail ou de qualification professionnelle.

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

La nouvelle COG prévoit la création d'une direction maîtrise d'ouvrage au sein de la Caisse nationale afin de renforcer la coordination sur les projets, notamment en matière d'évolutions du système d'informations. Cette création doit s'associer avec un renforcement des liens avec la maîtrise d'œuvre, qui passera notamment par une reconfiguration de la direction des systèmes d'information.

La CNAV prévoit aussi l'élaboration d'un schéma directeur des ressources humaines, dès 2010, afin de structurer avec le réseau et l'UCANSS pour partager les priorités d'actions dans ce domaine.

Dans la perspective de marchés mutualisés et sous l'autorité de l'organisme national, des centres d'expertise professionnaliseront la politique d'achat sur les axes prioritaires suivants : téléphonie, assurances, services postaux, fournitures de bureaux, ateliers d'impression, déplacements professionnels, prestations de main-d'œuvre.

Un état de lieux de la fonction pilotage est prévu à l'échelon régional aussi bien que national. Il sera accompagné de la création d'un réseau de contrôleurs de gestion garants de la fiabilité des données de pilotage. La constitution de ce réseau permettra un meilleur partage des bonnes pratiques et du benchmarking, une généralisation de la mesure du retour sur investissement des projets informatiques. Il conviendra par ailleurs de faire évoluer l'outil de comptabilité analytique pour l'adapter aux besoins du pilotage.

Enfin, des audits complets seront systématiquement diligentés lors des changements de directeur, en lien avec la CNAMTS pour les processus relevant de son domaine.

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

L'objectif de fusion des URSSAF aboutissant à un organisme par département s'est poursuivi en 2009 (6 départements). La création de l'URSSAF du Nord est prévue à effet du 1^{er} janvier 2010, ce qui remplira l'objectif posé par la COG 2006-2009.

S'agissant des postes de direction mutualisés entre URSSAF, au nombre de 51, un audit de bilan sur l'apport de ce fonctionnement est prévu en 2009.

La nouvelle COG précisera les autres objectifs en la matière.

2. Consolider la qualité du service offert aux usagers

2.1. Renforcer l'accessibilité du service

	Indicateurs COG	2009	2010	2011	2012	2013
CNAMTS	Taux de traitement des appels destinés à un agent	90 % sur l'ensemble des plateformes				
CNAF	Taux de traitement des appels destinés à un agent	90 %	90 %	90 %	90 %	
	% de caisses dans lesquelles le temps d'attente est inférieur à 20 minutes dans au moins 85 % des cas	100 %	100 %	100 %	100 %	
	% de points d'accueil permanents accessibles aux personnes en situation de handicap				100 % en 2012	
CNAV	Nombre de caisses ⁽¹²⁾ pour lesquelles au moins 90 % des appels aboutissent	8	11	14	16	18
ACOSS	Taux de traitement des appels destinés à un agent	90 %				

(12) Il y a 16 CRAM auxquelles il convient d'ajouter la CNAV pour l'Ile-de-France et la CRAV pour l'Alsace-Moselle.

2.2. Maîtriser les délais de traitement

	Indicateurs COG	2009	2010	2011	2012	2013
CNAMTS	Part des feuilles de soins électroniques aux assurés remboursées dans un délai de 7 jours	90 %				
	Délai de versement de la première indemnité journalière non subrogée inférieur ou égal à 30 jours	Pour 90 % des dossiers				
CNAF	% des demandes RSA et AAH traitées dans un délai maximum de 10 jours	85%	85%	90%	90%	90%
	% de caisses dans lesquelles 85 % des pièces hors RSA et AAH sont traitées dans un délai maximum de 15 jours	100% des Caf	100% des Caf	100% des Caf	100% des Caf	100% des Caf
CNAV	Nombre de caisses ⁽¹²⁾ où 96 % des pensions (droits propres 1 ^{er} et 2 ^e droits) sont payées dans le mois suivant l'échéance due	12	14	16	17	18
ACOSS	Taux d'intégration des débits à 10 jours	98,5 %				

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 - FNG	2009 Budget COG dernier budget voté
Personnel	4 655,50
Autres dépenses de fonctionnement	1 612,96
Réserve nationale ⁽¹³⁾	10,00
Investissement	505,16
Total des dépenses à caractère limitatif	6 783,62
Amortissement	298,65
Autres contributions	85,5
Total des dépenses brutes	7 167,77
Recettes propres et atténuatives	537,64
Total des dépenses nettes	6 630,13

(13) 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€)

CNAF - FNGA	2009 Dernier budget voté	2010 Budget COG
Personnel	1 411,32	1 408
Autres dépenses de fonctionnement	301,84	298,32
Réserve nationale	6,1	6,1
Investissement	153,3	200,6
Total des dépenses à caractère limitatif	1 872,56	1 913,02
Amortissement	105	105
Autres contributions	199,18	206,18
Total des dépenses brutes	2 176,74	2 224,2
Recettes propres et atténuatives	155	155
Total des dépenses nettes	2 021,74	2 069,2

(En M€)

CNAV - FNGA	2009 Dernier budget voté	2010 Budget COG
Personnel	802,8	820,4
Autres dépenses de fonctionnement	166,8	179,2
Réserve nationale	6,1	6,1
Investissement	49,4	59,2
Total des dépenses à caractère limitatif	1 025,1	1 064,9
Amortissement	47,7	47,7
Autres contributions	259,9	259,9
Total des dépenses brutes	1 332,7	1 372,5
Recettes propres et atténuatives	132,1	132,1
total des dépenses nettes	1 200,6	1 240,4

(En M€)

ACOSS - FNGA	2009 Dernier budget voté
Personnel	879,61
Autres dépenses de fonctionnement	248,67
Réserve nationale	5,00
Investissement	67,34
Total des dépenses à caractère limitatif	1 200,62
Amortissement	62,09
Autres contributions	111,69
Total des dépenses brutes	1 374,40
Recettes propres et atténuatives	273,82
Total des dépenses nettes	1 100,58

Documents techniques

Les conventions d'objectifs et de gestion de 3^e génération et de 4^e génération

La période marque le début des COG de quatrième génération pour les branches du régime général.

La maturité de la démarche s'illustre au moins sur deux plans : l'approfondissement des enjeux pour les COG de 3^e et 4^e générations mais aussi une meilleure appropriation de la démarche pour les autres organismes, entrés plus tardivement dans le dispositif, notamment les régimes spéciaux.

Quelle que soit la convention d'objectifs et de gestion la qualité de service à l'utilisateur est au cœur de la démarche. Elle s'apprécie dans les modes de contact (accessibilité des accueils physique, téléphonique) mais aussi bien sûr par les délais et la qualité du traitement des dossiers. Les COG sont dans leur ensemble marquées par le développement des télé-procédures et des échanges automatisés pour simplifier les démarches de l'utilisateur.

Selon les organismes concernés, les axes d'amélioration de gestion sont adaptés autour d'un tronc commun : rationalisation de la gestion, notamment des fonctions support par la voie de la mutualisation par exemple, objectifs en matière de ressources humaines.

Sur la période récente, trois axes sont particulièrement d'actualité. Le premier porte sur la robustesse des systèmes d'information, structurant pour assurer une qualité de service efficace et efficiente. Le second traite également de la qualité du service mais sous l'angle de la maîtrise des risques. Le troisième concerne l'appropriation des enjeux du développement durable, dans toutes ses composantes.

Au-delà de ces axes principaux, les COG constituent des documents contractuels adaptés au cas par cas aux enjeux identifiés en commun par l'État et les organismes concernés.

À ce titre, une description synthétique de chaque COG est présentée.

I. Les COG du régime général

CNAMTS 2006-2009

La COG État - CNAMTS 2006-2009 pour la partie assurance maladie, 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 se décline 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'agit 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 étant à modifier si nécessaire et la CNAMTS s'engageant à mobiliser son réseau sur des actions de contrôle.

Les effectifs consacrés à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et au contrôle sont tenus d'augmenter 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 assuré en ligne permet 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 permet aussi de consulter les flux de paiement des actes et, avec l'accord du patient, l'historique des remboursements, d'effectuer les démarches liées à la désignation du médecin traitant. Enfin, un compte employeur doit être 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 télé-services, de l'accompagnement des assurés et de la gestion des réclamations doivent se renforcer 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 sont à obtenir par le non-remplacement de 4 500 départs à la retraite.

Enfin, la CNAMTS s'engage à mettre à disposition de différents utilisateurs des informations de nature statistique obtenues à partir de ses bases de données.

CNAF 2009-2012

La **COG État - CNAF 2009-2012** a été signée le 9 avril 2009 et est structurée autour de quatre axes:

> Concevoir et mettre en œuvre une offre globale de service pour les allocataires :

Les priorités de la période s'articulent autour du développement de l'accueil du jeune enfant, la mise en place du revenu de solidarité active et de la réforme de l'allocation adulte handicapés.

Parallèlement, la branche famille s'inscrit dans une articulation forte de son offre de service, en prestations légales comme extra-légales, autour de quatre missions déclinées en dix programmes. L'adaptation de l'offre nationale au plan local est également un des axes de travail.

Parallèlement, la branche famille maintient et développe son socle national de qualité de service. Elle poursuit la simplification des formalités administratives, le développement des échanges dématérialisés et les télé-procédures.

> Optimiser et sécuriser les processus de gestion pour renouveler la politique de maîtrise des risques et garantir la qualité de l'information financière

La période 2009-2012 voit aussi la refonte de la maîtrise de la qualité qui doit désormais faire l'objet d'un management par les processus. Ce dernier concourt également à un meilleur pilotage des risques. La refonte de la politique de maîtrise des risques passe notamment par des réajustements en fonction des résultats mesurés, un renforcement de la sécurisation grâce aux échanges de données et une optimisation de la fonction de contrôle.

Elle intègre évidemment une forte implication dans la lutte contre la fraude et s'attache à mieux recouvrer mais aussi mieux prévenir les indus.

Cette démarche générale d'optimisation s'applique aussi à la tenue de la comptabilité pour donner une image fidèle de l'activité et du patrimoine de la branche. Elle s'appuie aussi sur l'appropriation des outils et de la culture du contrôle de gestion. Elle passe notamment par l'amélioration de la gestion de la trésorerie.

> Optimiser la performance de gestion en adaptant le fonctionnement de la branche famille

Le développement de la performance de gestion s'appuie sur un repositionnement de la Caisse nationale comme tête de réseau, le déploiement de la mutualisation, l'achèvement de la départementalisation du réseau à échéance 2011.

Il passe aussi par une dynamisation des ressources humaines en matière de compétences, d'implication des personnels, d'accompagnement des organismes en la matière et de politique salariale. S'y ajoute la prise en compte d'un volet développement durable, une gestion plus rigoureuse des ressources financières.

Cette performance de gestion s'ancre évidemment sur un système d'information qui devra accompagner l'offre de service de la branche et permettre de gagner en efficacité.

> Piloter et évaluer la mise en place de la COG

Ce dernier axe de la COG a pour objectif de renforcer les points de situation réguliers pour plus de réactivité, notamment pour tenir compte de l'évolution du contexte. Il nécessite ainsi le perfectionnement des outils de suivi, leur appropriation. La CNAF souhaite également mieux associer les administrateurs à cette démarche objectifs/résultats.

CNAV 2009-2013

La COG État - CNAV 2009-2013, signée le 6 avril 2009, est structurée autour de trois défis majeurs :

- la poursuite du processus de réforme des retraites accompagnée d'un renforcement des partenariats avec les autres régimes, complémentaires ou alignés, au service d'une simplification des démarches administratives et d'une plus grande qualité de service pour les assurés ;
- l'achèvement et la consolidation de la réorientation de l'action sociale sur la prévention de la dépendance ;
- l'optimisation de la gestion du risque vieillesse par un enrichissement de l'offre de service aux assurés avec un développement notamment de la fonction conseil, ainsi qu'un renforcement et une rénovation de la maîtrise des risques dans un objectif de paiement à bon droit des prestations servies par la branche retraite.

Ces orientations stratégiques se déclinent autour de 5 axes dans la COG :

> Contribuer à la réussite du processus de réforme des retraites grâce à un positionnement pro-actif de la Cnav et des organismes régionaux

Pour atteindre cet objectif 3 moyens vont être déployés : le développement des expertises juridiques et actuarielles pour éclairer les différents acteurs publics sur les évolutions et les choix possibles, ainsi que leurs conséquences, la refonte du système d'information, et le renforcement des partenariats ainsi que de la coordination avec les autres régimes complémentaires et alignés.

> Élargir l'offre de services

S'agissant des assurés, garantir la continuité des ressources entre le dernier revenu et la première pension lors du passage à la retraite ou lors de l'attribution d'une pension de réversion continuera à être une mission majeure de la Branche. Pour ce faire, trois leviers ont notamment été identifiés :

- développer la fonction « information-conseil » et l'élargissement de cette fonction à l'inter-régimes au regard des attentes des assurés qui veulent de plus en plus disposer d'une vision globale de leur future retraite. Pour ce faire une fonction expertise sera développée permettant, sur la base de simulations, de choisir l'option la plus adaptée à sa situation en matière d'âge de départ à la retraite ;
- amplifier l'attention portée aux populations fragilisées et rénover ses accords conventionnels avec l'UNEDIC, la CNAF et la CNAM, en vue d'alléger les démarches des assurés bénéficiant de prestations sociales avant le passage à la retraite ;
- ainsi que tirer profit de l'envoi du relevé individuel de situation (RIS) et réaliser des actions marquées en direction des primo-actifs et des 35-55 ans pour mettre à jour les carrières les plus atypiques et complexes, comportant des périodes lacunaires importantes, de telle sorte que l'instruction des droits soit simplifiée à l'approche de la retraite.

S'agissant des entreprises, les performances en matière de traitement des déclarations de données sociales seront encore optimisées. En accord avec la DGFIP, la campagne sera accélérée sur la période à venir pour en réduire la durée à deux mois en fin de COG.

> Achever et consolider la réorientation de l'action sociale sur la prévention et la dépendance

La COG inscrit trois priorités majeures pour l'action sociale :

- amplifier et structurer la politique de prévention de la perte d'autonomie en renforçant les partenariats (conseil général, autres régimes, assurance maladie...) pour assurer une meilleure coordination des actions proposées aux assurés ;
- consolider les acquis de la diversification des prestations pour faciliter le maintien à domicile des personnes encore autonomes et favoriser, par les aides financières, la modernisation des structures d'accueil intermédiaires pour personnes âgées ;
- et anticiper les mesures nécessaires à une égalité de traitement des retraités pour prévenir l'application de tarifs supérieurs aux cadrages nationaux de la CNAV par certains prestataires de service.

> Renforcer et rénover la maîtrise des risques autour d'un objectif de paiement à bon droit des prestations servies par la branche Retraite.

Pour atteindre cet objectif, il est prévu de :

- mettre en place un référentiel unique national répertoriant l'ensemble des risques ;

- assurer une meilleure détection et gestion des risques et développer des outils informatiques adaptés pour réaliser des contrôles automatisés ;
- rénover le pilotage national en incluant une politique d'audit permettant de vérifier la bonne mise en œuvre de l'ensemble du dispositif et l'efficacité de la politique de maîtrise du risque financier ;
- développer une politique encore plus volontariste de prévention, de détection et de lutte contre les fraudes.

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

Tout en améliorant sa qualité de service et en développant une politique active de maîtrise des risques, la CNAV amplifiera ses actions en faveur d'une performance économique et d'une efficacité accrues. À ce titre, des actions porteuses d'amélioration de la performance au niveau de la branche seront privilégiées dans plusieurs domaines : les ressources humaines, la politique immobilière, la montée en puissance d'actions favorisant le développement durable, la politique des achats.

De plus, la plus grande efficacité de sa gestion résultera de la rénovation profonde de son système d'information grâce à la mise en œuvre d'un nouveau schéma directeur ambitieux prévoyant notamment une modernisation des principaux applicatifs informatiques.

Par ailleurs, une politique de réduction des écarts de coûts entre les caisses et de poursuite des progrès de productivité sera mise en œuvre, ainsi qu'une analyse des retours sur investissement des évolutions du système d'information.

Enfin, le pilotage du risque vieillesse dans toutes ses composantes sera également renforcé avec une réorganisation de la fonction pilotage au niveau national et régional et la mise en œuvre d'un schéma directeur du contrôle de gestion.

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 (paiements, déclarations) et le renforcement de la cohérence des services téléphoniques.

Par ailleurs, la branche renforce 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'efforce de détecter le plus en amont possible les difficultés des entreprises.

Enfin, l'adaptation des services aux différentes catégories de public est 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 renforce 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 met ses compétences en matière de lutte contre l'évasion sociale au service d'autres organismes (Unedic, GIE AGIRC-ARRCO, RSI notamment) et consolide 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) sont développés. La communication en matière de travail dissimulé est également étayée. Afin d'affiner l'expertise de la branche sur l'évasion sociale et les montages juridiques frauduleux, une cellule nationale de veille est créée. Enfin, des études sont menées afin d'évaluer l'assiette dissimulée et l'impact des actions menées.

Dans ce contexte, la branche s'attache 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 renforce le pilotage de la trésorerie des caisses locales de sécurité sociale, améliore la gestion des flux financiers échangés au siège de l'ACOSS et propose 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 renforce le suivi et l'analyse des assiettes du financement de la sécurité sociale. Elle poursuit également ses travaux de fiabilisation de ses comptes, dans la perspective de leur certification par la Cour des Comptes.

Enfin, elle développe 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 renforce l'efficacité de chaque niveau territorial : elle s'appuie sur le niveau départemental pour consolider la relation de proximité avec les cotisants et partenaires, elle privilégie le niveau régional ou interrégional pour le pilotage et la mutualisation de certaines fonctions support, et elle étaye, nationalement, sa capacité de pilotage et d'accompagnement du réseau.

Par ailleurs, la branche refond sa procédure d'allocation budgétaire et rationalise sa politique immobilière. L'évolution du système d'information permet d'accompagner les évolutions du métier et de renforcer l'efficacité du réseau.

Enfin, la politique de ressources humaines accompagne 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 sont renforcés d'au moins 100 emplois supplémentaires d'inspecteurs.

CNAM AT-MP 2009-2012

La COG État CNAM AT-MP a été signée le 29 décembre 2008.

Cette deuxième COG conclue entre la CNAMTS, tête de réseau de la branche AT-MP, et l'État réalise un effort particulier de hiérarchisation des actions prioritaires à conduire au cours des quatre années qu'elle couvre et de précision des modalités de suivi et d'évaluation de ces actions.

En concluant la présente convention, la CNAMTS et l'État réaffirment leur volonté de renforcer l'efficacité de la politique de prévention des risques professionnels et d'améliorer la santé au travail, dans la continuité des accords signés par les partenaires sociaux en 2006 et 2007. Les engagements réciproques qu'elle contient permettront à la branche de poursuivre et d'amplifier sa modernisation ainsi que de s'adapter, de façon adéquate et permanente, aux évolutions des risques qu'elle garantit.

D'une façon générale, cette COG consacre l'accord de la branche et de l'État pour considérer que l'axe majeur d'évolution au cours des prochaines années est le renforcement de la protection de la santé au travail et qu'une prévention effective des risques professionnels demeure la priorité première de la branche.

Des actions spécifiques seront réalisées en direction des TPE-PME pour leur permettre de mieux s'approprier la démarche de prévention et entretenir la dynamique ainsi créée. Par ailleurs, la branche contribuera aux politiques publiques développées pour promouvoir l'employabilité des personnes, notamment l'emploi des seniors et prévenir la désinsertion professionnelle. De plus, la branche AT-MP, acteur majeur de la protection de la santé au travail devra développer son expertise et les partenariats avec tous les acteurs de la prévention.

La modernisation de la branche reste un enjeu majeur des années à venir. Une priorité forte sera donnée à l'amélioration du système d'information et aux statistiques du risque AT-MP.

La COG est tout particulièrement destinée à améliorer la qualité du service rendu aux victimes et aux employeurs, en renforçant leur information, en facilitant leurs démarches, en facilitant le suivi des expositions, en optimisant les délais de traitement des demandes et en assurant une homogénéité du traitement sur l'ensemble du territoire.

Cette COG est donc articulée autour de six principes :

- développer un service attentionné et intentionné pour les salariés et les entreprises. Le souci du service qui leur est rendu, soit directement, soit par l'intermédiaire des organisations professionnelles d'employeurs ou des organisations représentatives de salariés doit être au cœur de tous les projets et de l'action quotidienne des caisses ;
- intégrer la dimension de lutte contre les fraudes et abus à la sécurité sociale à laquelle la branche AT-MP doit pleinement participer ;
- prendre en compte le contexte européen et international par la connaissance des bonnes pratiques conduites à l'étranger, par la mobilisation des ressources offertes par l'Union européenne notamment pour le financement de la recherche et par un engagement dans les organismes internationaux et, en premier lieu, européens ;
- développer le travail en mode projet et les partenariats pour assurer une bonne coordination des actions et la mobilisation des ressources afin de renforcer l'efficacité et de démultiplier les actions et les moyens ;
- promouvoir les actions innovantes et les bonnes pratiques qu'il s'agisse de celles des caisses du réseau, des partenaires ou encore, en matière de prévention notamment, celles des entreprises. Ceci suppose de savoir détecter, évaluer et faire connaître les actions innovantes ;
- communiquer afin de renforcer l'effet des actions de terrain et de garantir l'atteinte des objectifs définis. La définition d'une communication adéquate est l'un des facteurs de réussite de la politique de prévention des risques professionnels et doit, à ce titre, être intégrée dans toutes les actions de prévention de la branche.

UCANSS 2009 - 2012

La première COG État - UCANSS a été signée le 1^{er} juillet 2009

Cette nouvelle convention d'objectifs et de gestion résulte de l'introduction du principe d'une COG État - UCANSS dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (art. L 224-5-5 du code de la sécurité sociale). Elle permet d'inscrire l'UCANSS dans cette dynamique conventionnelle et d'impulser plus fortement son action dans ses domaines de compétence. À ce titre, cette COG est à la fois le moyen de renforcer les travaux de l'UCANSS sur son champ de compétence traditionnel mais aussi d'engager fermement le développement de ses missions nouvelles ou récentes.

Sur le champ traditionnel des ressources humaines, l'UCANSS accentuera son rôle dans la définition de la politique salariale du régime général ainsi que de l'animation du dialogue social. Cette démarche passe notamment par l'analyse des défis liés aux évolutions démographiques et à la mobilité des agents de direction. Pour sa mise en œuvre, ce point impliquera la réalisation d'un système d'information des ressources humaines institutionnel et la convergence des différents outils relatifs à la gestion des agents de direction.

Cet axe fort de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences impliquera aussi une meilleure communication vers l'extérieur sur les métiers de la sécurité sociale, s'appuyant notamment sur la création d'un site internet de recrutement qui favorisera cette diffusion.

L'UCANSS s'attachera aussi à la cohérence de l'offre en matière de formation, notamment s'agissant de l'efficacité des différents acteurs de ce domaine. Elle affirmera son rôle de pilote sur les centres régionaux de formation (CRF).

L'UCANSS s'inscrira aussi délibérément dans un rôle moteur en matière de responsabilité sociale des organismes dans le cadre du développement durable.

En matière de ressources humaines, elle appuiera le traitement des sujets égalité hommes/femmes, emploi des personnes en situation de handicap, emploi des seniors.

Dans le domaine immobilier, l'UCANSS dispose d'une compétence inter-branches mais aussi inter-régimes. Elle conduira donc les actions de mise en cohérence du patrimoine immobilier : meilleure connaissance du parc, harmonisation des pratiques et développement de son expertise sur l'entretien et la gestion de ce patrimoine dans le respect des normes environnementales.

La période sera aussi consacrée à dynamiser son rôle sur l'efficacité et la coordination des politiques d'achats. Outre son rôle d'animation (observatoire des achats), l'UCANSS peut dorénavant se constituer en centrale d'achats pour les caisses nationales et les organismes locaux.

II. La COG du 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 étaient 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. 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 déclaration commune de revenus (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 efficiente nécessaire à la conduite de ce projet essentiel pour la modernisation du service public de la sécurité sociale.

Un premier avenant à la COG RSI a été signé en février 2008 mettant notamment en place un Fonds national d'action sociale ISU.

Suite aux difficultés rencontrées par le RSI dans la mise en œuvre de l'ISU, un deuxième avenant a été signé le 22 janvier 2009. Il porte sur le plan d'actions 2009 de retour à une situation normalisée dans le traitement des dossiers recouvrement et retraite. Il attribue notamment des moyens complémentaires permettant au RSI le recours à des emplois en contrat à durée déterminée. Un troisième avenant qui procède à des ajustements des engagements de la COG pour tenir compte de ce contexte a été signé le 9 juillet 2009.

III. La COG État - 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.

IV. Les conventions État - régimes spéciaux

Alors que le régime général entame la négociation de la quatrième génération de COG avec l'État, les régimes spéciaux, pour leur part, sont à un stade intermédiaire de la démarche, dans un processus à la fois d'appropriation et de généralisation de celle-ci.

Ainsi, certains régimes ont négocié ou sont en cours de négociation de leur deuxième génération de convention (ex : CNRACL, CAVIMAC, CRPCEN), voire troisième pour la CNMSS, lorsque d'autres régimes entrent seulement dans le cycle contractuel (ex : première COG : CNIEG, RATP), ce qui s'explique par la création récente de ces caisses.

En effet, si tous les régimes spéciaux ne sont pas encore dotés de ces conventions (SNCF : en cours de négociation, ENIM), l'objectif de l'État est bien que celles-ci couvrent progressivement l'ensemble du champ de la loi de financement de la sécurité sociale.

Il ressort de cette disparité en matière d'avancement dans la démarche qu'il n'est pas encore possible de réaliser, à l'image de ce qui existe pour le régime général, de comparaison systématique des résultats obtenus par les régimes au regard des grands objectifs transversaux assignés aux COG (cf. infra).

La présente partie présente les grandes orientations des COG des régimes spéciaux en cours, tant dans leurs aspects transversaux (2), que dans leurs spécificités inhérentes à la particularité de leurs ressortissants (3).

1. Des objectifs transversaux à l'ensemble des COG des régimes spéciaux et relativement similaires à ceux du régime général

Parce que les objectifs essentiels en matière de sécurité sociale, pour l'État comme pour les régimes, sont transversaux à l'ensemble de la sphère sécurité sociale et dans un souci d'harmonisation de la démarche de nature à permettre la comparaison, les COG des régimes spéciaux, lorsqu'elles existent, reprennent systématiquement certains objectifs qui sont relativement similaires à ceux qui existent dans les COG du régime général.

Il en est ainsi :

- **de la qualité de service** qui doit parvenir, dans l'ensemble des régimes, à un niveau satisfaisant : parce qu'il s'agit du cœur de mission des organismes, les délais de traitement des prestations doivent être réduits et les assurés doivent pouvoir bénéficier de conditions d'accueil physique, téléphonique ou dématérialisé, optimales en fonction des profils des assurés des régimes spéciaux ;
- **de l'efficacité des organismes** : la qualité du service fournie doit l'être au meilleur coût. À ce titre, l'analyse systématique des modalités d'organisation des régimes est conduite, ainsi que l'analyse de la composition des charges nécessaires à la réalisation des objectifs négociés ;
- **de la lutte contre les fraudes** : exigence collective dès lors qu'il s'agit de dépenses publiques, les régimes ont la responsabilité des opérations garantissant que les prestations versées le sont à juste titre. L'élaboration de plans de contrôle interne déterminant les zones de risques spécifiques à chaque régime sont une des actions exigées dans cette lutte contre la fraude. Par ailleurs, la certification des comptes des régimes spéciaux devenue obligatoire à partir des comptes 2008 concourt également à cet objectif ;
- **de la prise en compte du développement durable** : chaque caisse, à son niveau, intègre cet objectif dans sa gestion et propose des mesures concrètes de réduction des consommables ou d'intégration de clauses sociales dans sa politique d'achat. Un alignement progressif sur les objectifs fixés par l'UCANSS en la matière est recherché, bien qu'adapté notamment à la taille des organismes concernés.

2. Présentation des objectifs spécifiques à chaque régime dans les COG en cours

Cette partie ne reprendra pas les objectifs transversaux décrits ci-dessus, sauf lorsque ceux-ci ont une acuité particulière dans le régime, mais se centrera sur les objectifs spécifiques développés.

CNRACL⁽¹⁴⁾ 2006-2008 prorogée en 2009

Le régime de retraite des agents des collectivités locales et des personnels hospitaliers présente la particularité d'être confié, pour sa gestion, à la Caisse des dépôts et consignations (CDC), sous l'autorité et le contrôle du conseil d'administration. La COG détermine donc les objectifs pluriannuels de gestion et les moyens dont le gestionnaire dispose pour les atteindre, les actions à mettre en œuvre et les éléments d'évaluation contradictoire des résultats.

Mais, à la différence des autres organismes de sécurité sociale, la CDC étant un gestionnaire multi-fonds, celle-ci intervient sur la base de processus de gestion mutualisés. Elle s'engage donc surtout dans cette COG sur la qualité de son intervention et sur la transparence et l'évolution de ses coûts autour des principaux axes suivants :

- l'instauration et le développement d'échanges dématérialisés avec les employeurs et les partenaires, clef de la performance de la gestion ;
- la définition de relations modernisées avec les employeurs et les partenaires autour de processus de gestion largement automatisés et d'un système d'information partagé ;
- le respect des exigences du droit à l'information avec l'intégration de la gestion du compte de droits des actifs de la CNRACL dans le système d'information grâce à la reprise d'antériorité des périodes et des éléments de carrière, la prise en compte des déclarations annuelles de données sociales unifiées (DADS-U) et à l'utilisation d'un nouvel applicatif de pré-liquidation et de liquidation. ;
- la fixation des objectifs en matière d'action sociale du régime en lien avec les besoins évalués des bénéficiaires et la définition des ressources du fonds d'action sociale ;
- la promotion de la prévention des risques professionnels très prégnants tant dans les collectivités locales que dans le monde hospitalier.

Cette COG est en cours de renégociation pour la période 2010 – 2013 et la nouvelle convention devrait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2010.

CNIEG⁽¹⁵⁾ 2007-2010

Cette COG est la première signée par la CNIEG. En effet, cette caisse a été créée au 1er janvier 2005 par la loi du 9 août 2004 et sa substitution à IEG Pensions, service commun aux entreprises EDF et Gaz de France, a nécessité de profondes mutations qui devaient être opérées avant de pouvoir entamer une négociation de convention.

Cette première COG a donc pour vocation de réaffirmer les responsabilités de la CNIEG en matière de gestion, tant au niveau des prestations en espèces que du financement, du régime spécial des IEG pour les risques vieillesse/veuvage, AT/MP, invalidité et décès. Par ailleurs, la caisse verse les prestations familiales légales et statutaires aux agents pensionnés.

Dans un contexte marqué par les évolutions de la réglementation du régime spécial suite à la réforme des régimes spéciaux et à l'évolution du droit à l'information alors qu'un nombre croissant de poly-pensionnés n'effectueront plus une carrière complète dans le régime des IEG, la COG a surtout fixé des objectifs d'amélioration de la qualité de service (mise en place du droit

(14) CNRACL : caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

(15) CNIEG : caisse nationale des industries électriques et gazières.

à l'information, élargir l'offre de service, notamment internet) et de la performance du régime (améliorer les coûts de gestion et les procédures de contrôle interne).

Par ailleurs, un axe porte sur la gestion anticipée des emplois et des compétences des personnels de la caisse afin de garantir l'implication des agents et la qualité technique des gestionnaires et un autre axe porte sur l'amélioration du pilotage de la caisse notamment par le développement de tableaux de bords.

CNMSS⁽¹⁶⁾ 2008-2010

Si la première COG (2000-2002) s'était inscrite dans un environnement stable permettant à la caisse en charge du régime maladie des militaires d'atteindre pratiquement tous les objectifs qui lui avaient été assignés, la seconde (2005-2007) a été conçue et s'est réalisée dans le contexte de la réforme de l'assurance maladie et des bouleversements informatiques du régime général dont la CNMSS utilise les logiciels.

Il s'agit ici de la troisième COG de la CNMSS dont les thèmes principaux sont marqués à la fois par la volonté de prendre en compte les grands axes de la politique de l'État (réforme de l'État, maîtrise des effectifs, impact de la dépendance sur la politique sanitaire et sociale de la caisse militaire...) et celle de poursuivre les actions déjà engagées par la CNMSS au profit de la communauté militaire.

Cette convention s'articule donc autour de trois axes :

- poursuivre la modernisation de l'établissement pour être en adéquation avec les évolutions de l'assurance maladie (dont l'optimisation des outils Vitale, la dématérialisation des échanges, l'amélioration de la sécurité informatique) ;
- proposer au militaire et à sa famille une offre commune de services adaptés en partenariat avec les acteurs du secteur sanitaire et social de la défense (dont développer des actions de prévention en santé publique au profit d'une part du militaire d'active, d'autre part de l'ensemble de la population protégée) ;
- conforter la maîtrise de la gestion (optimisation de la performance des ressources humaines et de l'organisation par la formation continue, développement d'une gestion électronique des documents, réorganisation des antennes).

CRPCEN⁽¹⁷⁾ 2008-2011

Cette COG 2008-2011 est la deuxième convention de la CRPCEN. En charge des risques retraites et maladie des clercs et employés de notaires, la caisse s'engage, dans cette COG à assurer une gestion pérenne et active du régime spécial. Car si la réforme des retraites de 2003 prévoit un examen d'ensemble des paramètres de financement des régimes de retraite, la CRPCEN a engagé en parallèle une réflexion poussée autour de son avenir afin de pouvoir anticiper les difficultés financières décelées par les prévisions.

Dans ce contexte, la COG s'articule autour de trois axes :

- assurer une gestion pérenne et active du régime : il s'agit pour la caisse de garantir sa capacité à faire face à ses engagements futurs à l'égard de ses ressortissants, en valorisant ses ressources, en accompagnant les évolutions de la réglementation et en s'appuyant sur un Schéma Directeur Informatique évolutif et sécurisé ;

(16) CNMSS: Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

(17) CRPCEN: caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires.

- une amélioration continue de l'offre de services : tout en s'employant à maintenir un niveau élevé de satisfaction, cette amélioration se conçoit par des propositions de modernisation des moyens d'entrer en contact avec la Caisse, notamment par le développement des simplifications administratives et des télétransmissions. Dans le champ de l'action sociale et de la prévention, la CRPCEN entend, par la connaissance de ses bénéficiaires et une certaine homogénéité du profil de ses ressortissants, apporter des prestations adaptées et spécifiques tout en s'inscrivant dans la lignée des plans nationaux de prévention ;
- le pilotage de l'organisme : le renforcement du pilotage de l'organisme est l'une des conditions pour garantir l'efficacité de la caisse au service du régime. Il s'agira de rechercher l'optimisation des processus de gestion.

CANSSM⁽¹⁸⁾ 2008-2011

Si la CANSSM est chargée du régime maladie et vieillesse des mineurs, la gestion du risque vieillesse est déléguée à la caisse des dépôts et consignations (CDC) depuis 2005. À ce titre, la CDC est cosignataire de cette COG. Pour autant, les objectifs de cette COG sont essentiellement axés sur le champ de la maladie. En effet, la caisse étant confrontée à la décroissance démographique tendancielle de la population de ses affiliés, le régime minier situe résolument son action dans une logique de restructuration et d'ouverture de son offre de soins à l'ensemble de la population et dans l'optique de la recherche active de partenariats avec les institutions œuvrant dans le champ de la protection sociale.

Les trois principaux axes de cette COG sont donc les suivants :

- la promotion d'une offre de soins de qualité pour tous : la caisse s'est notamment engagée à appliquer des plans de recomposition des œuvres dans un objectif tant d'amélioration de la qualité que de la performance de ces organismes et à généraliser la création d'associations de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux ;
- la consolidation de l'offre de service : les actions portent essentiellement sur l'action sociale, le vieillissement de la population minière requérant une politique de prévention et d'accompagnement qui permette de concevoir et d'organiser les réponses aux attentes et aux besoins spécifiques des personnes fragilisées et isolées qui constituent désormais la population cible dont le régime minier a la charge (schéma directeur d'action sanitaire et sociale et de prévention, assurer le financement de projets de lieux de vie collectifs pour les retraités) ;
- le renforcement du pilotage et de l'efficacité du régime : cet objectif devra être atteint notamment par la mutualisation des moyens des services support tant dans les caisses locales (CARMI) qu'à la CANSSM, le renforcement de la qualité des comptes dans la perspective de la certification et la dynamisation de la gestion immobilière du régime.

CAVIMAC⁽¹⁹⁾ 2009-2012

Le régime des cultes, en trente ans, a évolué pour que ses ressortissants bénéficient d'une couverture sociale de plus en plus proche de celle de la majorité des citoyens français. Cette évolution s'est réalisée par une intégration de plus en plus forte au sein du régime général. Si cette évolution a marqué la première COG du régime, cette deuxième convention négociée par la caisse en charge des risques vieillesse, invalidité et maladie des cultes est axée sur l'affirmation d'un régime adapté aux modes de vie propres de ses ressortissants.

(18) CANSSM : caisse nationale de sécurité sociale dans les mines.

(19) CAVIMAC : caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes.

Cinq axes se dégagent :

- être une caisse de sécurité sociale qui soit au service de tous les cultes exerçant en France : il s'agit de consolider les missions du régime et son positionnement d'interlocuteur unique et de régime inter culturel en poursuivant le dialogue avec tous les cultes, affiliés et non affiliés, pour connaître leurs besoins et repérer les obstacles à l'affiliation. Elle doit chercher à mettre en place dans le cadre de la sécurité sociale française de nouvelles prestations répondant aux besoins repérés tout en optimisant le financement du régime ;
- prendre toute sa place au sein de l'ensemble des différents régimes de sécurité sociale en harmonisant les règles et en développant les collaborations ;
- renforcer l'atout de la CAVIMAC qui offre à l'assuré un guichet unique traitant tous les types de prestations : il s'agit de développer une offre de service performante au bénéfice des collectivités et des assurés du régime (ex : développement des plages d'accueil des assurés, mise en place d'un info centre) ;
- poursuivre une politique de prévention et une action sanitaire et sociale efficaces parce que bien adaptées aux spécificités du monde culturel (extension de forfait de soins infirmiers à tous les cultes, privilégier les prestations sociales collectives) ;
- stabiliser la nouvelle organisation interne de la caisse pour élaborer avec tous les acteurs un projet d'entreprise garant d'avenir pour le personnel afin de renforcer le pilotage de l'organisme.

CRP RATP⁽²⁰⁾ 2009-2012 :

Cette première COG du régime de retraite des personnels de la RATP intervient après l'installation de la caisse en 2006, son autonomisation par rapport à l'entreprise et la réforme des retraites intervenues en 2008. Des incertitudes existant sur les évolutions de cette caisse à moyen terme (notamment sur son éventuel adossement au régime général et sur son périmètre), il a été décidé d'élaborer cette première COG à périmètre et organisation constants.

Elle est structurée autour de 4 grands axes stratégiques :

- améliorer la qualité de service : de création récente, la caisse s'engage sur des niveaux de service, à améliorer le traitement des contacts avec les affiliés, à leur offrir des nouveaux services (notamment dématérialisés), à mesurer leur satisfaction et à renforcer la communication externe ;
- améliorer l'efficacité de la caisse : afin d'améliorer le pilotage de la caisse, elle développera un contrôle de gestion adapté à sa taille, ainsi qu'une comptabilité analytique. Elle mettra en place une gestion des emplois et des compétences de nature à garantir le professionnalisme des personnels et elle développera des synergies avec les autres caisses ;
- garantir la sécurité financière et lutter contre la fraude : deux outils seront mis en place dans cet objectif : l'élaboration d'un plan de contrôle interne et d'un plan de lutte contre les fraudes ;
- pérenniser et optimiser le système d'information : à travers notamment l'élaboration d'un schéma directeur des systèmes d'information et l'optimisation du système d'information métier.

(20) CRP RATP : caisse de retraite des personnels de la Régie autonome des transports parisiens.