



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

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

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHESION SOCIALE

Point presse

Innovations et performance du service public de la Sécurité sociale

Vendredi 18 mars 2011

DOSSIER DE PRESSE



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHESION SOCIALE

Direction de la Sécurité sociale

« Innovations et performance du service public de la Sécurité sociale »

Face à la crise financière, face aux risques et inégalités véhiculés par le système économique, la protection sociale apparaît plus que jamais comme un élément essentiel de cohésion nationale, de solidarité mais aussi de vitalité pour la France de demain, par le soutien qu'elle apporte aux politiques de la santé, de la famille et de la vieillesse.

Pour autant, la crise financière rend encore plus pressante la nécessité de trouver le cheminement d'un retour à l'équilibre structurel. Pour y arriver, la sécurité sociale doit contribuer à faire progresser les comportements des acteurs économiques, sociaux et sanitaires, agir sur l'organisation des soins tout en s'assurant de l'effectivité des droits.

Dans cette perspective, la sécurité sociale doit défricher de nouveaux territoires, en amont et en aval de ses métiers traditionnels, faire évoluer ceux-ci, nouer d'autres partenariats, utiliser de nouvelles technologies, réfléchir sur les organisations internes et mobiliser les personnels sans lesquels rien ne pourra être réussi.

Le forum COG sera l'occasion de faire réfléchir l'ensemble des acteurs de la protection sociale et de montrer la vitalité des réseaux de la protection sociale pour relever ces défis.

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, CNAMTS

Améli : un écosystème Internet au service des publics

Avec plus de 6,8 millions de visites, le site Internet de l'Assurance Maladie est devenu un véritable vecteur d'informations et d'accès aux droits pour les internautes. L'architecture et l'ergonomie des sites *ameli* ont été conçues pour offrir aux assurés et aux professionnels de santé l'information dont ils ont besoin et de meilleurs repères dans notre système de soins. L'écosystème *ameli* est aujourd'hui composé de plusieurs sites dédiés correspondant aux attentes de publics identifiés. Le portail *ameli* donne accès à l'ensemble de ces sites par publics : assurés, professionnels de santé, employeurs qui bénéficient d'accès directs.

***ameli.fr* offre des informations à caractère réglementaire et d'information service ainsi que des informations pratiques sur le cœur de métier de l'Assurance Maladie :** remboursement, déclarations, formulaires,... Une conseillère virtuelle accompagne les internautes vers un accès interactif à ces informations.

De plus, trois services, novateurs, ont été développés : *ameli-direct* qui offre un accès aux adresses et tarifs des professionnels de santé. Le site *ameli-santé* s'enrichit de nouveaux thèmes illustrés et pédagogiques pour accueillir une demande de plus en plus forte d'informations sur sa santé. Surtout, au centre de ce système, se trouve le compte personnalisé *ameli*, utilisé aujourd'hui par plus de 6,6 millions d'assurés.

Pour les professionnels de santé et les employeurs, des services en lignes dédiés sont proposés permettant de réaliser en ligne les principales démarches utiles.

Les services personnalisés du compte assuré sont utilisés quotidiennement par près de 200 000 personnes : remboursement, rendez-vous de prévention, attestations de droits, autant de services utiles, accessibles et personnalisés qui facilitent l'accès aux droits et à la compréhension du système.

Pour les professionnels de santé, la récente fusion des fonctionnalités dématérialisées dans un même « espace Pro » facilite l'utilisation de services à valeur ajoutée tels que les protocoles de soins électroniques, les déclarations accidents du travail, la commande de matériel ou la déclaration de médecin traitant. Il en est de même pour les employeurs en appui au GIE* Net-entreprises.

Les gains de productivité constatés et attendus de la dématérialisation des échanges avec tous ces publics sont indispensables pour redéployer les ressources vers des tâches à plus forte valeur ajoutée, permettant le développement de services personnalisés de qualité et l'atteinte des objectifs d'efficience. De plus, les changements de comportements induits par une meilleure information et orientation dans le système de soins sont en eux-mêmes porteurs d'économies et de progrès vers des soins de qualité.

*GIE : Groupement d'intérêt économique

La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2010-2013 reprend nombre d'objectifs sur ce sujet. Pour les assurés : le doublement d'adhérents au compte et le développement de services tels que les changements de situation, l'affiliation à la CMU*, CMU-C* et ACS*, le certificat de CEAM*, ou le suivi de la demande de carte vitale. Pour les employeurs : le développement de services en ligne autour de la déclaration des arrêts de travail. Pour les professionnels de santé : le développement d'Espace-pro, la simplification des démarches, la dématérialisation des ordonnances.

*CMU : Couverture maladie universelle

*CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

*ACS : Accès à une complémentaire santé

*CEAM : Carte européenne d'assurance maladie

Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) : une dynamique au bénéfice des patients

Le CAPI est un contrat de santé publique conclu entre le médecin traitant et l'Assurance Maladie, pour soutenir les professionnels de santé dans leurs efforts quotidiens afin d'améliorer la qualité des soins et la santé de la population. Les thèmes du contrat sont ceux retenus dans la convention médicale en lien avec les priorités de santé publique définies par le gouvernement et les avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé.

En signant un CAPI, les médecins s'engagent dans une véritable action de santé publique auprès de leur patientèle, en faveur de la qualité et de l'efficacité des soins.

Ils s'inscrivent ainsi dans une démarche volontaire d'amélioration de leurs pratiques et bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération spécifique, pour soutenir les progrès accomplis

Ce mode de rémunération, novateur en France mais présent dans d'autres pays européens, répond aux attentes de nombreux médecins généralistes qui souhaitent une rémunération plus diversifiée (acte, forfaits, suivi des bonnes pratiques).

Le médecin traitant choisit de signer le contrat s'il le souhaite, il peut également se désister à tout moment.

L'adhésion proposée repose sur un contrat type, pris en application de la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2009.

Lancé en mai 2009, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) compte à ce jour plus de 15 000 médecins signataires. En une année seulement, 1 médecin éligible sur 3 a choisi de s'engager volontairement dans cette action de santé publique à l'échelle de sa patientèle.

Le CAPI comporte un axe prévention (prévention des risques médicamenteux, dépistage du cancer du sein, vaccination antigrippale), un axe suivi des maladies chroniques (diabète et hypertension artérielle) et un axe optimisation des prescriptions. Pour chaque thème, des objectifs cibles fixés à trois ans ont été définis sur la base de trois critères : les écarts avec les recommandations des autorités sanitaires, l'observation de la situation dans les autres pays et celle de l'hétérogénéité entre praticiens.

Un an après sa mise en place, les premiers résultats sur les 5000 premiers signataires montrent une évolution positive de leurs indicateurs. Les praticiens engagés dans le CAPI progressent davantage que les autres, dans le respect des référentiels sanitaires et la prise en charge de leurs patients.

Le CAPI s'inscrit dans la continuité de la maîtrise médicalisée et de ses thèmes sur lesquels l'ensemble des médecins est sensibilisé. Les résultats en efficience sur l'optimisation des prescriptions sont nécessaires à l'autofinancement du CAPI. Les médecins signataires ont ainsi, augmenté ou stabilisé leurs prescriptions dans le répertoire des médicaments génériques. Par ailleurs, on peut noter que la mise à disposition des médecins généralistes de tous leurs indicateurs sur leur patientèle est un puissant levier d'amélioration des pratiques.

L'Assurance Maladie souhaite proposer dans le cadre de la future convention médicale, la généralisation de la rémunération sur objectifs de santé publique, afin de mobiliser l'ensemble des médecins sur ces thèmes.

Prévention de la désinsertion professionnelle

L'objectif est de favoriser le retour à l'emploi dans les meilleures conditions possibles pour des personnes susceptibles de perdre leur travail en raison des séquelles d'un accident ou d'une maladie.

Grâce à la coordination de tous ses organismes (service médical, service social, service administratif des Caisses d'Assurance Maladie et service prévention des Carsat*/Cram*/CGSS*), l'Assurance Maladie a mis en place un nouveau service qui permet de détecter le plus tôt possible des assurés exposés au risque de désinsertion professionnelle et de les sensibiliser ainsi que leur médecin traitant à l'intérêt d'une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail, et le cas échéant de mobiliser les acteurs du maintien dans l'emploi ou de la réorientation professionnelle.

L'utilisateur n'est plus isolé pour faire face à sa nouvelle situation car il est pris en charge pour être à la fois orienté et conseillé.

*Si seulement 10% des arrêts de travail durent plus de 3 mois, ils représentent à eux seuls 60% des dépenses.
En 2010, 85 000 assurés ont été accompagnés et près de 2000 actions de réinsertion (formation professionnelle continue, action d'évaluation,...) ont été suivies dans le cadre de ce nouveau dispositif.*

Ce service est opérationnel dans toute la France (y compris les départements d'outre-mer) depuis début 2011.

*CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

*CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie

*CGSS : Caisse générale de Sécurité sociale

Consultation en ligne par les employeurs d'un Compte accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP)

L'objectif de ce nouveau service est de répondre aux règles de la nouvelle tarification Accident du Travail/Maladie Professionnelle¹ et donner aux entreprises en toute transparence les informations liées à leur sinistralité AT et MP pour les inciter à davantage de prévention des risques.

Ce nouveau service en ligne propose aux employeurs de consulter leurs taux de cotisation notifiés avec tous les éléments ayant servi à leur calcul, de faire le point en temps réel sur leur sinistralité récente et de télécharger toutes ces données.

L'entreprise dispose immédiatement de toutes les informations utiles sur son taux de cotisation, son calcul, sa sinistralité. Si elle a plusieurs établissements un seul compte suffit pour accéder à toutes ces informations. Elle peut ainsi gérer ses risques professionnels en ayant une connaissance globale.

La transparence en amont permet d'éviter les contentieux. Certains échanges effectués par voie postale pourront également être évités. Cela évitera à l'Assurance Maladie des frais d'affranchissement liés à l'envoi des courriers « compte employeur » et « notification du taux de cotisation ».

Le compte AT/MP sera ouvert sur net-entreprises.fr le 4 avril 2011.

Déclaration d'accident du travail (DAT) en ligne sur net-entreprises.fr

La déclaration d'un accident du travail devant être réalisée dans les 48h après la connaissance du sinistre à la caisse d'assurance maladie du salarié victime, **la déclaration en ligne (DAT) permet à l'entreprise de faire cette démarche de manière rapide et sécurisée.**

Elle permet de bénéficier de délais de traitement plus courts que le formulaire papier : en effet, cette déclaration sur net-entreprises.fr étant remplie de manière plus complète (principe du « on line » : champs d'information rendus obligatoires pour disposer d'une déclaration complète), les échanges avec la caisse pour compléments d'information se trouvent limités.

Plus d'un tiers des déclarations sont d'ores et déjà dématérialisées.

Ce service est disponible depuis 2008.

¹ Décret n°2010-753 du 5 juillet 2010

Sophia : le premier service d'accompagnement personnalisé des malades atteints de pathologies chroniques

En 2008, l'Assurance Maladie a lancé *sophia*, un service en santé innovant. **L'objectif de ce service est d'accompagner les patients qui le souhaitent, en fonction de leur état de santé et en relais du médecin traitant, pour les aider à mieux vivre avec la maladie et en prévenir les complications.**

Près de trois ans plus tard, *sophia* poursuit son déploiement, avec le cap des plus de 100 000 adhérents franchi cette année.

Initialement proposé dans 10 départements pilotes, *sophia* compte désormais 78 conseillers en santé qui appellent les adhérents et leur apportent de l'information sur leur maladie, des conseils pratiques et une écoute attentive. Ce sont tous des infirmiers expérimentés (plus de 5 ans d'exercice). Ce service recueille un fort taux de satisfaction tant chez les assurés que chez les professionnels de santé.

Il s'agit d'un service proposé et non imposé. Le conseiller en santé contacte le patient par téléphone en fonction de son état de santé, de ses besoins et de sa situation personnelle. Il relaie l'action et les recommandations du médecin traitant ou du diabétologue. Il apporte au patient un soutien et une écoute dans la durée.

Depuis la mise en place de l'accompagnement téléphonique, les conseillers en santé ont traité 172 000 appels téléphoniques dont 85% d'appels sortants.

Les premiers résultats, obtenus sur une année d'observation, confirment l'efficacité du programme. Ils montrent un « effet *sophia* » positif dans le suivi des examens, l'évolution de l'état de santé des patients mais aussi dans l'évolution de leurs dépenses hospitalières. Les adhérents réalisent plus fréquemment les examens recommandés dans le suivi du diabète : consultation ophtalmologique, électrocardiogramme, dosages sanguins... le taux d'hémoglobine glyquée a baissé dans la population *sophia* et cette baisse est d'autant plus importante que le taux initial est élevé.

Les premières données disponibles sur les hospitalisations, montrent que les patients *sophia* recourent aussi fréquemment que les autres à l'hôpital mais que la croissance de leurs dépenses hospitalières est plus faible.

En France, 2,9 millions de personnes sont diabétiques et 8 sur 10 sont prises en charge à 100% au titre d'une affection de longue durée. La prévention de la maladie, de ses complications et l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques représentent un enjeu majeur pour l'Assurance Maladie, à la fois sur le plan médical et économique. En effet, 12,5 milliards d'euros de remboursements sont consacrés aux soins des patients diabétiques, ce qui représente 10% des dépenses de soins de l'Assurance Maladie.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'Etat et la CNAMTS 2010-2013 fait de « l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques » une des actions à poursuivre et développer dans le cadre des orientations prioritaires de gestion du risque définies dans « Aider les assurés à être acteurs de leur santé ».

Intégré dans le plan ministériel d'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques, le service de l'Assurance Maladie *sophia* sera généralisé dans la France entière d'ici 2013 et étendu à des pathologies cardiovasculaires et respiratoires.

La caisse nationale des allocations familiales, CNAF

Une branche réactive dans la mise en œuvre de ses politiques d'intervention et au cœur du lien social

Le réseau des caf a versé, en 2009, 72.2 milliards d'euros de prestations dont 49,6 en faveur des familles (logement, PAJE*, allocations familiales ...) **et 22,6 d'aides contre la précarité** (RSA*, allocation pour adulte handicapé) à près de 11,2 millions d'allocataires, soit 30,2 millions de personnes couvertes. Une personne sur deux, en France, est ainsi bénéficiaire d'une aide de la branche famille qui, pour moitié, est attribuée sous conditions de ressources.

L'expertise et le savoir faire des caf en matière de gestion, en masse, de prestations complexes et diversifiées, a conduit les pouvoirs publics à leur confier de nouvelles missions, au fil du temps. Le réseau des caf a ainsi déployé, dans des délais parfois très contraints, des réformes d'ampleur comme le RSA dont la mise en œuvre en métropole a été assurée en sept mois ou, plus récemment, la réforme de l'AAH* et l'extension du RSA aux personnes de moins de 25 ans et dans les Dom.

Outre le versement des prestations familiales, les caf conduisent, sous l'impulsion du conseil d'administration, et conformément à la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012, une politique d'action sociale financée dans le cadre du fonds national d'action sociale, pour un montant de 4 milliards d'euros environ en 2009 et qui devrait atteindre 5 milliards à l'horizon de la fin de la convention d'objectifs et de gestion (COG), en 2012.

Le développement de l'accueil des jeunes enfants en constitue un axe prioritaire avec l'engagement de créer 200.000 places dont 100.000 en accueil collectif et 100.000 en accueil individuel. Le bilan de l'année 2009 est encourageant : environ 20.000 places nouvelles ont permis d'accueillir 46.000 enfants supplémentaires, toutes les places n'étant pas occupées à plein temps.

L'action sociale des caf permet aussi de financer des centres de loisirs, des actions d'aide à la parentalité ou à la médiation familiale.

*PAJE : Prime d'accueil du jeune enfant

*RSA : Revenu de solidarité active

*AAH : Allocation adulte handicapé

Une branche engagée mobilisée dans la période de crise et engagée dans une démarche d'efficience.

Les caf constituent un amortisseur social de premier plan en période de crise où la demande sociale s'accroît fortement. En 2010, les flux de contacts ont atteint un niveau particulièrement important avec 19 millions de visites physiques, 20 millions d'appels téléphoniques, 67 millions de courriers. Pour faire face à cette affluence, les caf se sont fortement mobilisées et, pour celles qui ont connu des difficultés particulières dans le traitement des dossiers, un atelier de régulation de la charge a été créé. Il permet de traiter à distance, par le biais de « corbeilles électroniques » des dossiers d'une caf en difficulté par des techniciens conseils d'une autre caf.

Entre juin 2009 et décembre 2010, plus d'un million de dossiers ont été traités grâce à ce dispositif.

Pour mieux traiter ces flux de masse et améliorer la relation de service, la Cnaf conduit des actions particulièrement volontaristes dans le domaine de la réponse téléphonique sur l'ensemble du territoire et de développement de l'offre de service sur internet avec des perspectives importantes de dématérialisation permettant d'éviter aux publics des caf de téléphoner ou se déplacer pour obtenir des informations ou accomplir des formalités.

La convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 assigne aussi à la branche famille des objectifs de réorganisation du réseau dans le sens d'une plus grande efficacité. Celui-ci s'adapte pour être plus efficace, en cohérence avec son environnement institutionnel. D'une part, alors que le réseau des caf est largement départementalisé, 14 départements comptent aujourd'hui deux, voire davantage de caf. En novembre 2011, tout en maintenant l'ensemble des antennes d'accueil du public, il n'y aura plus qu'une seule caf par département afin de faciliter les relations avec les conseils généraux qui n'auront dès lors qu'un seul interlocuteur au titre de la branche famille.

D'autre part, l'article 23 de la COG prévoit la mutualisation de 6 fonctions et activités : la numérisation, la gestion de la paye, les achats, le contentieux, le traitement des prestations aux travailleurs migrants et l'édition avec, par exemple, l'édition obligatoire des déclarations de ressources annuelles et des déclarations de ressources trimestrielles du RSA autour de 4 centres éditiques sur l'ensemble du territoire, et une offre nationale pour l'ensemble des éditions autour de 6 centres éditiques. Autre exemple sur les achats : nouveaux marchés nationaux réalisés pour les assurances (dont l'essentiel en inter-branches).

Le coût de gestion de la branche rapporté aux prestations gérées est de 2,7% en 2009. Il était de 3,2 % en 2004, soit une amélioration significative qui reflète les gains d'efficacité réalisés constamment par les caf pour maintenir leurs coûts de gestion tout en assumant de nouvelles missions, dans un contexte de sollicitation croissante liée à la crise.

Dans le cadre des COG, les caf doivent aussi contribuer à la maîtrise de l'emploi public; ainsi en 2012, les effectifs de la branche seront revenus à un niveau inférieur à celui de 2004.

Mon-enfant.fr, premier site national exclusivement dédié à la garde d'enfants

Pour améliorer l'information des familles et faciliter leur recherche d'un mode d'accueil, la branche famille a lancé en 2009 le site Internet mon-enfant.fr.

Un site simple d'utilisation qui permet en quelques clics de trouver le mode de garde le plus proche du domicile des familles ou du lieu de travail d'un des deux parents.

Il recense sur tout le territoire national :

- la quasi-totalité des établissements d'accueil du jeune enfant (crèches, micro crèches etc.) ;

- les coordonnées de près de la moitié des assistantes maternelles en activité¹ ;
- les relais assistantes maternelles ;
- les lieux d'accueil enfants-parents et des accueils de loisirs financés par les Caf ainsi que qui ont accepté d'y figurer ;
- une rubrique spécifique permet de connaître pour chaque département les projets innovants en matière de petite enfance et de jeunesse.

En entrant son code postal ou en se situant sur une carte, les familles peuvent, en un clic, trouver une assistante maternelle ou une structure d'accueil près de leur domicile ou du lieu de travail d'un des parents

Un site qui aide les familles à calculer le coût des différents modes de garde

Les familles disposent d'un simulateur permettant de calculer le montant :

- d'une place en crèche ;
- de l'emploi d'une assistante maternelle agréée ou d'une employée à domicile ;
- du congé parental à temps plein ou à temps partiel ;
- de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE).

La lutte contre la fraude : un engagement fort de la branche famille

La branche famille veille à ce que l'ensemble des prestations soient attribuées conformément à la législation et donc aux personnes qui en ont besoin, en s'assurant de payer de la façon la plus exacte, et en menant une action volontariste de lutte contre les fraudes. C'est une exigence de justice sociale au fondement de notre système de protection sociale.

Les contrôles que mènent les caf portent sur l'ensemble de la situation de l'allocataire : familiale, professionnelle et financière. Il existe quatre types de contrôles :

- le contrôle sur place ;
- le contrôle sur pièces administratives ;
- les vérifications internes des dossiers ;
- les échanges avec d'autres administrations (le Fisc, les Assedic...).

Les prestations les plus contrôlées sont le revenu de solidarité active (Rsa) (ex RMI* et API*) et les aides au logement.

En 2009, 62.1 millions d'opérations de contrôles ont été effectuées, ce qui représente un taux de contrôle de l'ensemble des dossiers de 44,43 %.

*RMI : Revenu minimum d'insertion

*API : Allocation parent isolé

¹ Au 31 décembre 2010, la liste des assistantes maternelles ayant souhaité figurer sur le site est en ligne pour 70 départements.

Quelques illustrations....

Le Répertoire national des bénéficiaires (Rnb), un fichier national de l'ensemble des allocataires

Prélude au Répertoire national des personnes (Rnp) contribuant lui-même au futur Répertoire national commun de la protection sociale (Rncps), le Rnb, déployé depuis 2008, regroupe dans un seul fichier national tous les fichiers des bénéficiaires des Caf.

Les instruments de contrôle se sont améliorés depuis 2006 grâce à une action volontariste :

- le renforcement de la lutte contre la fraude à l'identité et de faux documents ;
- le développement des partenariats, en particulier avec l'administration fiscale et les autres organismes de protection sociale pour croiser les informations ;
- les caf disposent d'un droit de communication aligné désormais, à quelques exceptions près, sur celui des contrôleurs des impôts. Il permet de demander, selon une procédure définie, des informations à divers organismes, comme les banques et les fournisseurs d'énergies ;
- elles disposent également d'un outil juridique supplémentaire avec la procédure forfaitaire d'évaluation du train de vie, désormais codifiée dans le code de la Sécurité sociale. Cette mesure permet de mettre un terme à des situations rares mais choquantes de personnes bénéficiant notamment de minima sociaux et disposant d'un patrimoine important.

Chaque caisse d'Allocations familiales a, depuis 2007, la possibilité de sanctionner les fraudes par le biais de pénalités proportionnelles à la gravité de la fraude.

Lorsque le préjudice est supérieur à 11 540 euros (montant valable jusqu'au 31 décembre 2010), la caf a obligation de déposer de plainte avec constitution de partie civile auprès du procureur de la République.

La Cnaf travaille par ailleurs au développement de deux nouveaux dispositifs :

- Le meilleur ciblage des contrôles

Dix-sept Caf expérimentent des analyses de « fouilles de données » (Datamining – extraction de connaissances à partir d'un gros volume de données) afin de mieux comprendre les caractéristiques des différents dossiers frauduleux et les profils des différentes populations allocataires atypiques. Ces analyses peuvent ensuite donner lieu à un contrôle de dossiers présentant des caractéristiques comparables ou approchantes.

La généralisation de cette méthode est prévue pour cette année.

- La mise en place d'une base d'informations nationale des fraudes

Cet outil est réalisé. Il va faciliter la connaissance des dossiers frauduleux détectés dans les Caf et, à partir de là, à mieux organiser la lutte contre la fraude sur l'ensemble du territoire.

La Cnaf vient d'obtenir l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) et va mettre en œuvre cette base dès le mois d'avril 2011.

Des résultats en très nette progression.

En 2005, la branche famille a constaté 2.295 fraudes, pour un montant total de 21 millions euros, contre, en 2009 11.733 fraudes pour un montant total de 85.6 millions d'euros.

Les caf ont infligé 1.869 pénalités, contre 1037 en 2008, cette possibilité leur ayant été donnée par la loi de finances pour 2007, une comparaison avec 2004, n'est pas possible.

Par ailleurs, les caf ont déposé 2.708 plaintes en 2009, contre 1.302 en 2004.

Enfin, les caf affichent un taux de recouvrement des indus, c'est-à-dire, de récupération des sommes versées à des allocataires fraudeurs ou ayant un trop perçu de bonne foi, de 90 % environ.

La départementalisation des caf

La départementalisation est un processus qui vise à harmoniser et unifier le réseau des caf déjà largement départementalisé en créant, dans certains départements qui compte encore deux ou plusieurs organismes, une seule caisse afin de conforter chacune des caf comme interlocuteur unique, pour la branche famille, des conseils généraux, chefs de file de l'action sociale.

- 34 Caf réparties sur 13 départements sont impactées par cette réforme.

- Les étapes de la départementalisation :

- délibérations des Conseils d'administration sur 4 points essentiels : création, dissolution, siège social, transfert des droits et obligations, puis transmission à la Cnaf ;
- demande du projet d'arrêté ministériel par la Cnaf ;
- passage de l'arrêté au conseil d'administration de la Cnaf ;
- publication de l'arrêté ministériel.

La COG 2009-2012 fixe l'objectif de la départementalisation du réseau des Caf au dernier trimestre 2011, à l'occasion du renouvellement des conseils d'administration locaux.

Ce processus se déroule dans un esprit de concertation avec les conseils d'administration et les directeurs de chacune des caisses concernées afin de prendre en compte les spécificités locales et s'assurer de l'homogénéité des politiques d'intervention sur l'ensemble des départements.

Une démarche bien engagée

Sur le plan de la gouvernance, la démarche est bien engagée sur le territoire.

Sept arrêtés ont été publiés au journal officiel, portant respectivement création des Caf :

- de l'Hérault, en date du 8 novembre 2011 (siège fixé à Montpellier) ;
- du Doubs, en date du 27 octobre 2011 (siège fixé à Besançon) ;
- de l'Oise, en date du 20 octobre 2011 (siège fixé à Beauvais) ;
- de Maine-et-Loire, en date du 14 novembre 2011 (siège fixé à Angers) ;

- de la Loire, en date du 11 octobre 2011 (siège fixé à Saint Etienne) ;
- de l'Ardèche, en date du 7 novembre 2011 (siège social à Aubenas, siège administratif à Annonay) ;
- de l'Aisne, en date du 31 octobre 2011 (siège social à Saint-Quentin, siège administratif à Soissons).

Le projet de départementalisation, piloté au plan national, a pour objectif d'accompagner concrètement les Caf dans la mise en œuvre des opérations de fusion (système d'information, aspects comptables, relations sociales, ressources humaines, politiques familiale et action sociale, communication, offre de service allocataires et partenaires, transfert de patrimoine, contrats et marchés, aspects budgétaires, maîtrise des risques, aide au pilotage).

L'Atelier de régulation des charges (Arc)

En première ligne pour faire face à la crise et aider les allocataires en situation difficile, les Caf sont confrontées en période de crise économique à une augmentation importante de leurs charges de travail. Cette augmentation peut se révéler particulièrement forte dans certains départements et entraîner ou risquer d'entraîner d'importants retards dans le traitement des dossiers. Pour éviter que l'accumulation des retards ne pénalise les allocataires et pour garantir un service équitable sur tout le territoire, **la Cnaf a mis en place un dispositif de solidarité et de coopération envers les Caf en difficulté. Ainsi, en juin 2009, a été créé un atelier de régulation des charges.**

Cet atelier, plate-forme de services répartie sur 37 Caf « aidantes », fonctionne sans déplacement de personnel grâce à une « corbeille électronique » qui permet aux agents de l'Arc d'intervenir à distance sur les dossiers des Caf « aidées ». Les Caf travaillent en effet depuis longtemps sur un mode intégralement sans papier, toutes les pièces réceptionnées étant numérisées ; il est ainsi possible pour les agents d'une Caf de se connecter sur les fichiers d'une autre afin d'aider au traitement des dossiers.

204 personnes ont été recrutées dans le cadre de l'Arc.

Elles traitent les dossiers des Caf aidées sur l'ensemble du territoire et les Dom.

La durée et l'ampleur de l'intervention de l'Arc sont basées sur une estimation de production permettant d'atteindre un niveau de stock (temps de traitement des dossiers) équivalent à la moyenne nationale.

Ce soutien est couplé avec la mise en œuvre, dans les Caf aidées, de mesures conjoncturelles ou structurelles destinées à permettre un retour durable à une situation normale.

D'abord expérimental en 2009, ce dispositif a été prorogé sur la période de la COG 2009-2012.

Depuis sa mise en œuvre, 3,01 millions de pièces ont été traitées par l'Arc et 52 Caf ont été aidées, pour un équivalent de 34.000 jours de travail.

La caisse nationale d'assurance vieillesse, CNAV

Offre de service entreprise

Ce service est destiné à accompagner l'entreprise dans l'élaboration et la mise en œuvre de son plan d'action seniors, obligatoire depuis 2009. Il permet aux salariés et aux directions des ressources humaines de bénéficier d'une information au sein de l'entreprise pour mieux anticiper de part et d'autre la transition entre la vie active et la retraite.

L'Assurance retraite propose une offre adaptée aux besoins et à la politique de ressources humaines de l'entreprise :

- **auprès des employeurs** : une présentation de la législation retraite et des dispositifs de prolongation d'activité,
- **auprès des salariés, des dirigeants et des partenaires sociaux** : des interventions collectives et individuelles permettant notamment la présentation du fonctionnement des différents régimes de retraite, les démarches à effectuer en vue du départ à la retraite, les dispositifs de prolongation d'activité...

L'entreprise bénéficie gratuitement d'un accompagnement pour la gestion des seniors, notamment dans le cadre de la mise en place d'une politique de maintien dans l'emploi. L'assuré bénéficie d'une information complète, fiable et neutre sur ses droits et peut orienter ses choix de prolongation ou cessation d'activité au regard de cette information.

L'offre de service entreprise a été expérimentée par cinq CARSAT* en 2010 et est actuellement en cours de généralisation sur l'ensemble du territoire.

*CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

Diagnostic Conseil Personnalisé (DCP) :

Le DCP a été mis en place en 2010 pour les personnes de plus de 55 ans. La loi portant réforme des retraites a créé un point d'étape retraite à partir de 45 ans. Le DCP préfigure ce point d'étape.

Par la mise en place de ce dispositif, l'Assurance retraite passe d'une logique de paiement des pensions une fois les droits acquis à une logique prospective, partagée avec les assurés.

L'utilisateur bénéficie d'une information neutre, fiable et gratuite sur sa situation personnelle au moment où il doit opérer des choix cruciaux de gestion de sa carrière. Il bénéficie d'un véritable conseil pour opérer ces choix de manière pertinente en fonction des différents paramètres d'une législation complexe.

Le DCP permet de développer la connaissance des assurés sur les différents dispositifs de prolongation d'activité et contribue à ce titre à l'élévation du taux d'emploi des seniors, et donc à l'amélioration de l'équilibre financier du régime.

Un site Internet unique : lassuranceretraite.fr

Le site Internet lassuranceretraite.fr a été entièrement refondu afin de mettre en place un point d'entrée unique et ergonomique pour accéder à l'ensemble des informations et services de l'Assurance retraite.

Le site permet d'accéder à la fois à des contenus accessibles et pédagogiques sur la réglementation applicable (base questions / réponses, espace dédié à la réforme des retraites...), à des services accessibles à tous (« calculatrice » permettant de simuler à partir de sa date de naissance, l'âge de départ à la retraite, simulation du montant de la pension en fonction de paramètres de carrière saisis par l'internaute...) mais aussi à des services personnalisés et sécurisés (relevé de carrière en ligne, demande de régularisation en ligne, demande de retraite en ligne...)

L'utilisateur accède, depuis un site Internet unique, à l'ensemble de l'information qui lui est nécessaire. Il peut en outre réaliser l'essentiel des démarches administratives vis-à-vis de l'Assurance retraite depuis son domicile 24 heures sur 24.

La dématérialisation des procédures permet de réduire les coûts de fonctionnement du service public de la retraite sans altérer la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Le portail unique lassuranceretraite.fr a été mis en ligne en février 2011. Il va progressivement s'enrichir de différents services.

Le régime social des indépendants, RSI

Préparation et mise en place de l'affiliation en un point unique (Centre National de l'Immatriculation Commune d'Auray)

La COG 2007-2011 du RSI prévoit de positionner le RSI comme «pivot» de l'immatriculation (*point 2.4.4 favoriser l'administration électronique en matière d'immatriculation*).

Conscients des difficultés rencontrées dans le processus d'affiliation des travailleurs indépendants que l'instauration de l'interlocuteur social unique a aggravées, les ministres du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'Etat et le secrétaire d'Etat chargé du Commerce, de l'Artisanat, des Petites et Moyennes Entreprises, du Tourisme, des Services et de la Consommation ont initié une mission au cours du premier trimestre 2010 pour améliorer ce processus.

Cette mission a été confiée à la Direction Générale de Modernisation de l'État (DGME).

Le diagnostic détaillé a confirmé la nécessité de mettre en place une organisation spécifique reposant sur une pré-instruction unique de l'affiliation. **Cette organisation a pour objectif de supprimer les doubles contrôles des dossiers et d'assurer une application cohérente et homogène de la réglementation régissant la répartition des activités entre les régimes, tout en maintenant un service de qualité, notamment par un délai d'instruction maîtrisé.**

Le Centre National de l'Immatriculation Commune (CNIC) d'Auray a été désigné comme centre de pré-instruction unique pour les trois partenaires : Acoss*, CNAVPL* et RSI. Ce choix conduit à déterminer les modalités de mise en oeuvre de cette phase d'instruction et d'en assurer le bon fonctionnement entre les différents acteurs.

La convention tripartite signée entre les trois caisses nationales et certains organismes locaux répond à ces exigences.

2010 a été un exercice de préparation et de mise en place d'une mesure renforçant l'efficacité d'un processus clef du RSI et de ses partenaires.

Ainsi, le CNIC réalise désormais, depuis le 1^{er} janvier 2011, la pré instruction de l'immatriculation dans un délai moyen de :

- 5 jours ouvrés suivant la date de réception des flux CFE
- 3 semaines suivant cette date lorsqu'il est nécessaire de diligenter une enquête.

A l'issue du traitement de la déclaration d'activité par le CNIC, des flux sont adressés aux partenaires du RSI, à savoir :

- la CNAVPL pour les professions libérales
- et à l'Acoss, pour les artisans et commerçants relevant de l'ISU.

*ACOSS : Agence centrale des organismes de Sécurité sociale

*CNAVPL : Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales

Recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) : Généralisation de l'obligation de déclarer et d'acquitter la C3S par voie électronique

Le recouvrement de la Contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), gérée par le site de Sophia Antipolis, sous le pilotage de la DIRRCA*, s'est élevé à 5,46 milliards d'euros en 2009 et 5,02 milliards d'euros en 2010.

Au terme de la troisième et dernière année de mise en place progressive de l'obligation de dématérialisation de la C3S (télédéclaration et télépaiement à partir du site officiel des déclarations sociales «net-entreprises.fr» pour 300 000 entreprises redevables), l'acceptation du dispositif par les entreprises et son efficacité ont été constatées, près de 98 % du produit total étant recouverts à la date limite.

*DIRRCA : Direction du recouvrement pôle réglementation et recouvrement

Un portail consacré à la prévention sur Internet, unique en France : www.le-rsi/prevention

En complément des moyens traditionnels d'information (dépliants, courriers personnalisés), le RSI a décidé de se doter d'un portail consacré à la prévention sur son site Internet, unique en France.

Le RSI y tient à jour un dossier de prévention en ligne pour tous ses ressortissants.

Le bénéficiaire peut consulter les actes qui lui sont personnellement recommandés (et leur historique) dans le cadre du Parcours Prévention (en fonction de son âge, de sa profession, de certaines pathologies, d'une consommation ou pas ...) et en connaître les dates éventuelles de réalisation. Il peut donc vérifier s'il a suivi les recommandations le concernant et ainsi mieux gérer son capital santé.

Le dossier de prévention est l'outil privilégié par le RSI pour conduire des campagnes ciblées et notamment celles d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques (onglet Suivi diabète).

En 2010, l'effort a été porté sur les thématiques : risques professionnels, vieillissement réussi, suivi de la maternité et du jeune enfant, RSI~Diabète.

En 2011, il est prévu d'intégrer le contenu rédactionnel du portail «Ma Prévention Santé» dans le nouveau portail du RSI, afin de lui donner plus de visibilité grâce à un accès direct via le site institutionnel www.le-rsi.fr qui permettra de bénéficier également d'un meilleur référencement dans les moteurs de recherche. L'enrichissement des contenus sera également facilité d'un point de vue technique et ergonomique, afin de développer les informations disponibles.

Certification ISO 9001 : une preuve de performance organisationnelle

Dans le cadre de sa démarche qualité, la caisse nationale du RSI a obtenu une certification ISO 9001 en 2010 couvrant les activités de service et de support dédiées aux caisses régionales. Cette étape démontre que le RSI a enclenché une dynamique de rapprochement

vers les meilleurs taux de satisfaction des travailleurs indépendants au moyen d'une organisation à l'écoute des clients internes et externes. D'ici fin 2011, 20 caisses régionales auront également obtenu cette certification pour les activités de prestations, conseils et prévention au service des assurés.

Revenir chez soi après un séjour à l'hôpital, ce n'est pas simple. Cela peut même conduire à une nouvelle hospitalisation, quand certains facteurs se cumulent, liés à l'âge et aux conditions de vie. Pour prévenir ce risque, en Bourgogne et Franche-Comté, un dispositif permet un accompagnement adapté des patients. La MSA en est partie prenante. Explications.

A leur retour de l'hôpital, certains patients fragiles et âgés se réadaptent mal. Ils risquent de subir une nouvelle hospitalisation, difficile à vivre pour eux et leurs proches, tout en étant onéreuse en frais de santé. L'idée de créer un dispositif d'accompagnement est donc utile à bien des points de vue, aux plans médical, humain et économique. Cette idée est le fruit du partenariat entre la MSA de Franche-Comté, celle de Bourgogne, la Carsat (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) Bourgogne et Franche-Comté et le RSI (Régime social des indépendants) Franche-Comté. Ces organismes se sont regroupés pour ce projet, dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique « Ingénierie de maintien à domicile des personnes âgées » ou, pour faire court, d'un GIE Impa.

La prestation « sortie d'hospitalisation » s'adresse ainsi aux personnes retraitées, âgées de 60 ans et plus. Elles doivent être peu dépendantes, avec un Gir 5 ou 6 (les groupes iso-ressources, ou Gir, permettent de distinguer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie ; ils sont au nombre de six, classés par ordre décroissant). Ne peuvent donc pas entrer dans le cadre de ce service les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation spécifique dépendance (PSD) ou d'un avantage de tierce personne.

Bien-être amélioré

Le bénéfice de la prestation est accordé sur la base d'une évaluation établie par un référent hospitalier, correspondant du dispositif du GIE Impa (l'assistante sociale hos-

Réussir sa sortie



Anne de Haas - Istockphoto - CCMSA Imagé(s)

pitalière). Sur quoi se fonde cette évaluation ? Il considère la situation de la personne au regard de critères de fragilité. L'isolement social, familial ou géographique est le premier d'entre eux, après celui du Gir. Il peut s'illustrer par l'absence de véhicule personnel ou d'accès aux moyens de transport, l'éloignement des commerces et des services, de membres de la famille ou de voisins susceptibles d'apporter une aide suffisante. Sans oublier, parfois, la présence au domicile d'une personne dépendante dont

de l'hôpital



La prestation « sortie d'hospitalisation » en quelques mots

Les bénéficiaires de la prestation ont droit à 25 heures maximum d'aide à domicile effectuées dans les quinze jours de leur sortie (ou trois semaines hors week-end), et à une enveloppe plafonnée à 200 euros pour l'achat de petit matériel nécessaire à leur retour chez eux. Ils sont également suivis par les services sociaux de leur régime d'appartenance, qui passent les voir à domicile après leur sortie pour vérifier la concordance du plan de sortie avec leurs besoins et apporter les correctifs éventuellement nécessaires.

Anticiper et préparer le retour à domicile de la personne âgée : c'est ce que permet le dispositif de sortie d'hospitalisation.

le patient sorti de l'hôpital a la charge. Des éléments de contexte et d'environnement sont également pris en compte. Un événement déstabilisant dans un passé récent, comme un veuvage, est un facteur de risque. L'inadaptation de l'habitat également, notamment en ce qui concerne le chauffage ou les sanitaires. Enfin, l'état de situation tiendra compte de la difficulté du bénéficiaire potentiel à effectuer au moins une des tâches de la vie quotidienne, telles que le ménage, les courses, l'habillage, la toilette, la cuisine,

les tâches administratives. Une fois cette étape effectuée, un plan de sortie coordonné par le service social hospitalier est établi entre les soignants, la personne, sa famille, les services sociaux de l'organisme partenaire dont elle relève (MSA, Carsat ou RSI) et les intervenants à domicile. L'idée est d'anticiper et de préparer le retour dans son univers familial. Dès lors, la personne âgée peut revenir sereinement chez elle. Elle reçoit des aides dans le cadre d'un appui concerté et coordonné par les différents intervenants, qu'ils soient médi-

En savoir plus www.gie-impa.fr

caux, sociaux ou associatifs. Cet accompagnement permet ainsi de préserver son bien-être et son autonomie, éloignant le risque de retourner à l'hôpital. L'évaluation de ses besoins se poursuit après son retour chez elle, afin de déterminer si le plan initialement prévu nécessite des aménagements.

Signe d'une réponse efficace au problème du suivi des patients sortis de l'hôpital, le dispositif a permis une baisse significative des taux de réhospitalisation dans les établissements de santé qui ont signé une convention avec le GIE Impa. D'après les chiffres fournis par ce dernier sur la base d'un audit, les 9.500 dossiers de prise en charge présentent un total compris entre 4 et 4,7 millions d'euros de solde positif. Performance économique, bien-être amélioré des bénéficiaires, la prestation « sortie d'hospitalisation » semble bien être une réussite pour les partenaires du GIE Impa. ■

Thomas Bousquet

Le rôle de la MSA dans le dispositif

Comme les autres organismes sociaux partenaires, la MSA intervient à différents niveaux :

- elle informe le référent de l'établissement de santé sur la recevabilité du dossier soumis,
- elle notifie la décision d'accorder la prestation « sortie d'hospitalisation » (il s'agit d'une prestation dite « extralégale », qui n'est pas de plein droit) à la personne aidée, au prestataire, à l'assistant social et au référent de l'établissement de santé,
- elle assure le paiement des prestations,
- ses services sociaux procèdent à l'évaluation complémentaire des besoins de la personne, à son domicile, dans les jours suivant la fin de son séjour hospitalier ; ils élaborent un plan d'action personnalisé et valident les besoins d'aide à domicile, contribuant à sa mise en œuvre en lien avec le réseau local,
- elle assure le suivi de la situation pendant deux mois, révisant si nécessaire le plan d'action.

« Une bonne garantie »

Martine Billard, cadre socio-éducatif au Centre hospitalier universitaire de Besançon, a pu vérifier depuis trois ans les effets de la prestation « sortie d'hospitalisation » sur la qualité de prise en charge des patients. Elle fait le point.

Le CHU de Besançon est devenu partie prenante du dispositif de sortie d'hospitalisation en août 2007, après l'expérimentation de ce dernier pendant six mois à Belfort. Une convention a été signée, qui désigne le service social du CHU comme référent du dispositif. Son rôle est d'organiser et de coordonner l'action des assistantes sociales au sein de l'hôpital. « C'est à elles que le service d'hospitalisation fait part des besoins d'un

patient, explique-t-elle. Une assistante rencontre alors la famille et détermine si la personne remplit les critères d'admission au bénéfice de la prestation. Parfois sa durée de séjour est trop courte pour que nous puissions l'admettre, car il faut un délai minimum pour établir le plan de sortie. » En dépit de cette limite, le CHU de Besançon est passé de 38 dossiers en 2007 – sachant que le dispositif a débuté en août – à 138 en 2008 et 146 en 2009. Pour 2010, cela devrait se situer aux alentours de 170 dossiers. Il s'agit majoritairement de femmes, dont l'âge varie de 70 à 89 ans.

« Notre équipe ressent cette prestation comme un réel service de prévention, poursuit Martine Billard. Le fait

qu'une assistante sociale de la MSA, de la Carsat ou du RSI passe dans les dix jours au domicile de la personne, c'est une bonne garantie. S'il y a un problème, on le sait à temps. En général, peu de changements sont apportés au plan de sortie. Les aménagements se portent plutôt sur l'achat de petit matériel, comme un four à micro-ondes, par exemple ».

Mais, surtout, cette responsable souligne le fait que la mise en place de la prestation « sortie d'hospitalisation » permet la prise en charge, au plan social, d'une catégorie de patients mal connue jusque-là des services spécialisés. « On ne les voyait pas en priorité, confie-t-elle. Or c'est un accompagnement très utile. Il serait même souhaitable de l'étendre à des bénéficiaires d'autres régimes sociaux, voire à des personnes de moins de soixante ans. » ■

Thomas Bousquet



© DR

Une partie de l'équipe sociale du CHU de Besançon. De gauche à droite, au 1^{er} rang : Mathilde Huot, Claire Maille Marot, Karine Darbonnat ; au 2^e rang : Ismahane Dali, Martine Billard, Élise Lemontey, Eva Bel, Nathalie Courgey, Hélène Maillot.

Passer ses droits en revue



S'assurer que l'adhérent bénéficie des prestations auxquelles il a droit : tel est le nouveau service proposé par la MSA. Le point au moment de la généralisation dans les caisses.

De nombreux adhérents ne bénéficient pas de tous leurs droits, faute très souvent d'un manque d'information sur les dispositifs existants. Partant de ce constat, la MSA s'est engagée à faire bénéficier chaque assuré de la plénitude de ses droits. Pour cela, elle a mis en place le « rendez-vous prestations MSA », visant à détecter des droits sociaux potentiels non ouverts et à y remédier⁽¹⁾.

Concrètement, la MSA sélectionne et contacte des adhérents pour leur proposer un entretien personnalisé, afin de faire avec eux le point sur leur situation sociale au regard de l'ensemble des prestations légales et extralégales, de base et complémentaires, en santé, famille et retraite.

Des relations renforcées avec les assurés

Cet « audit », qui dure environ une heure, peut s'effectuer par téléphone, au domicile des adhérents, à une permanence ou dans une agence de proximité, ou bien encore au siège social de la MSA. Cet entretien permet de détecter des droits potentiels. La MSA en profite également pour les informer sur ses services, les conseiller et les orienter si nécessaire vers d'autres organismes. Les demandes de prestations ou de services sont ensuite traitées par les services techniques de la MSA.

Cinq fédérations ou caisses de MSA⁽²⁾ ont réalisé une expérimentation de ce dispositif en 2007. Celle-ci a permis de confirmer l'intérêt de cette action. Si bien que la MSA a

décidé de la pérenniser en la généralisant à l'ensemble du réseau. C'est ainsi qu'en 2008 son déploiement s'est poursuivi tout au long de l'année. Toutes les caisses seront en mesure de proposer ce « rendez-vous prestations MSA » très prochainement à leurs adhérents.

De fait, ce dispositif est accueilli très favorablement : 85 % des assurés interrogés sont totalement satisfaits de la démarche globale menée autour de leur situation sociale. De leur côté, les collaborateurs des caisses estiment que ce service valorise le guichet unique et qu'il renforce la relation avec les assurés. En moyenne, un entretien donne lieu à l'ouverture d'un droit. Il s'agit le plus souvent de droits conditionnés à une demande expresse de la part des assurés (par exemple : la Couverture maladie universelle, l'Aide à la complémentaire santé...). Plus de la moitié d'entre eux concerne la santé (55 %). Suivent la famille (28 %), la retraite (12 %) et les prestations extralégales (5 %). À la marge, des droits sont ponctuellement fermés.

En 2009, l'objectif est de réaliser dix entretiens par mois et par département, ce qui représente plus de 11.000 assurés à rencontrer sur tout le territoire⁽³⁾.

Anne Pichot de la Marandais

(1) Se reporter au Bimsa de février 2008 – n° 81.

(2) Fédérations MSA Picardie, Ardèche-Loire et Midi-Pyrénées Sud, MSA d'Eure-et-Loir et de la Haute-Loire, soit onze départements représentés.

(3) Au cours de l'année 2008, 1.176 entretiens ont été réalisés auprès d'exploitants (29%), de retraités (25%), de salariés (23%) et d'autres publics – demandeurs d'emploi, conjoint... – (23%).

L'agence centrale des organismes de sécurité sociale, ACOSS

Développement et montée en puissance d'un bouquet de services 100% dématérialisés pour tous les usagers.

Le réseau des Urssaf* a mis en place un service en ligne permettant d'assurer une relation 100% dématérialisée et offrant au cotisant la possibilité d'être réellement « acteur » de son compte.

Les services en ligne répondront à des besoins nouveaux en phase avec les évolutions technologiques (internet, courriel, sms...) tout en s'attachant à faire évoluer les offres existantes notamment la télédéclaration et le télépaiement. Ils permettent ainsi au cotisant d'accéder à son compte en ligne, de demander des délais de paiement, d'obtenir des attestations, d'accéder à ses anciennes déclarations...

La relation du cotisant avec l'Urssaf sera simplifiée avec la mise à disposition immédiate de l'information en ligne et la facilitation des conditions de mise en œuvre des obligations du cotisant au sein de son espace sécurisé.

Ce service est déjà largement opérationnel pour les particuliers employeurs (utilisateurs du CESU* et de PAJEMPLOI). Pour les autres catégories d'usagers (employeurs du secteur public et du secteur privé, travailleurs indépendants...), il sera renforcé et développé au cours des prochaines années (2011-2013).

Les gains attendus portent sur la maîtrise des performances et coûts, la garantie d'un niveau optimal de recouvrement par l'accroissement des taux de déclarations et de paiements des cotisations dématérialisés mais également sur l'amélioration de la qualité du service rendu aux cotisants.

Ce service est en grande partie accessible pour les particuliers employeurs sur :
www.pajemploi.urssaf.fr
<http://www.cesu.urssaf.fr>

Pour les autres employeurs (services offerts sur www.urssaf.fr), une évolution par pallier sera mise en place jusqu'à 2013 et sera assortie de campagnes d'information auprès de publics de cotisants ciblés.

*URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de la Sécurité sociale et d'allocations familiales

*CESU : Chèque emploi service universel

Création d'un nouveau corps de métier de contrôleurs du Recouvrement

Un nouveau corps de métier de contrôleurs du recouvrement a été créé en 2010. Il a vocation à effectuer des vérifications sur pièces d'entreprises du Régime général de moins de 4 salariés ou de collectivités territoriales de moins

de 9 salariés. Le contrôle sur pièces se distingue du contrôle sur place, habituellement mis en œuvre par les Urssaf, par sa méthodologie.

Le renforcement de la présence de l'Urssaf auprès des entreprises, tout en améliorant l'efficacité de la politique de contrôle et en recherchant une meilleure adéquation entre le mode de contrôle et le risque présumé.

La procédure de contrôle se déroule entièrement à distance, l'employeur transmettant par courrier ou par voie dématérialisée au contrôleur du recouvrement les documents demandés. Dans la mesure où le contrôle sur pièces présente des anomalies importantes, le contrôle est confié à un inspecteur du recouvrement et transformé en contrôle sur place.

Les contraintes inhérentes au contrôle sont allégées pour l'employeur.

*L'investissement humain déployé par l'Urssaf est mieux adapté au risque présenté par les entreprises ciblées, ce qui permet une réallocation des moyens vers les entreprises présentant des anomalies plus significatives.
Les agents des Urssaf et les candidats extérieurs à l'institution se voient offrir, avec ce nouvel emploi, des perspectives de carrière assorties d'un dispositif adapté de formation. Ils bénéficient également du parcours de carrière associé à ce nouvel emploi.*

La responsabilité de principal producteur de données statistiques est assurée par le réseau des Urssaf.

En intégrant le recouvrement des contributions d'assurance chômage et des cotisations d'AGS*, la branche recouvrement assure la responsabilité de fournisseur principal de certaines données statistiques relatives à l'emploi et à la masse salariale.

Le réseau des Urssaf s'est progressivement doté d'un ensemble d'outils et bases de données permettant un suivi fiable des évolutions par exemple de la masse salariale, de l'emploi ainsi que des mesures législatives particulières (exonérations...). Des travaux de recherche sont développés notamment en matière d'évaluation de la fraude aux cotisations. Un modèle de micro-simulation est élaboré pour accroître les possibilités d'analyse d'impact de la mise en œuvre d'une nouvelle mesure.

Outre les tutelles et ses partenaires, l'Acoss diffuse régulièrement des publications dans la collection des « Acoss stats ».

Depuis 2011, un baromètre mensuel permet au grand public d'accéder à une vision conjoncturelle très précise, basée sur les données fines et régulières recueillies par le réseau des Urssaf.

*AGS : régime de garantie des salariés.

Cette analyse est permise tant par des données globales (masse salariale et emploi) que par des données de gestion de la branche (impayés, délais accordés, défaillance des entreprises et capacité à acquitter les montants dus aux dates prescrites). La conjugaison de ces éléments permet de disposer d'une approche globale et, jusque-là, inédite.

La branche recouvrement bénéficie des améliorations en matière de données statistiques pour ses propres besoins de trésorerie.

Des évolutions seront développées tout au long de la convention d'objectifs et de gestion (COG) avec une prise en compte dès janvier 2011 de données issues du recouvrement des contributions d'assurance chômage.

Le recouvrement des contributions d'assurance chômage et des cotisations AGS pour le compte de l'Unédic par le réseau des Urssaf.

La simplification des formalités déclaratives des employeurs veille à garantir à l'Unédic et à l'AGS le bénéfice d'un recouvrement efficace au moindre coût.

Une seule déclaration et un seul paiement auprès de l'Urssaf pour les cotisations et contributions sociales (assurance maladie, maternité, invalidité, décès, retraite, allocations familiales, CSG*/CRDS*), d'assurance chômage et AGS. Sur un an, chaque usager concerné fait ainsi l'économie de 13 déclarations (12 déclarations mensuelle et une déclaration annuelle), ces déclarations étant supprimées au profit de mentions dans les déclarations aux Urssaf.

Une simplification des déclarations et paiements pour l'employeur avec l'Urssaf comme interlocuteur social unique. Pour le régime d'assurance chômage, la garantie d'un recouvrement fiabilisé et des informations répondant à ses attentes. De plus, le contentieux est unifié. Le système est plus simple et plus lisible pour l'usager.

Un nouveau positionnement de la branche Recouvrement comme opérateur du financement social.

Après des phases pilotes en 2010, le recouvrement pour le compte de l'Unédic est généralisé depuis le 1er janvier 2011.

*CSG : Contribution sociale généralisée

*CRDS : Contribution au remboursement de la dette sociale

Des actions nationales de lutte contre les fraudes menées simultanément sur l'ensemble du territoire par la branche recouvrement.

L'accroissement de l'efficacité financière des actions de lutte contre la fraude seront mise en œuvre tout au long de la COG 2010 - 2013.

Des opérations nationales concertées en matière de LCTI sont mises en œuvre lorsque l'analyse préalable des risques démontre qu'une intervention simultanée en différents points du territoire constitue le mode opératoire le plus approprié.

C'est le cas notamment pour des entreprises qui ont de multiples établissements répartis sur l'ensemble du territoire.

Dans ce cas, le pilotage de l'opération (intervention sur place, suites pénales, chiffrage) est assuré par l'Acoss.

Les résultats des actions nationales de lutte contre la fraude ainsi que les sanctions pénales et sociales afférentes, font l'objet d'une médiatisation importante auprès du grand public. Ces actions confortent les cotisants qui appliquent régulièrement la réglementation à poursuivre leurs obligations sociales. Elles permettent également de rétablir les salariés dans leurs droits.

Outre les redressements des cotisations sociales, ces actions participent à la prévention dans le cadre de la lutte contre la fraude.

L'Union des caisses nationales de Sécurité sociale, UCANSS

La Sécurité Sociale, première institution du monde public et para-public français pour l'achat responsable

Le Plan Cadre Développement Durable 2007-2010 affichait l'objectif d'accroître la part de marché des organismes comportant une clause sociale ou environnementale.

Cet objectif a été fixé à 50 % dans le Plan Cadre 2011-2014 et dans la plupart des Conventions d'Objectifs et de Gestion. Des initiatives ont été prises pour encourager la démarche. La Sécurité Sociale apparaît comme l'Institution qui insère le plus de clauses sociales et environnementales dans ses marchés (chiffres 2010 : plus de 30 % de marchés avec clauses environnementales, presque 10 % avec une clause sociale). Cet effort a été reconnu par la profession, qui, a décerné à l'Ucanss le Trophée de l'Achat Responsable (Jury « Décision Achats » 2011). Un bel encouragement pour aller beaucoup plus loin !

La Sécurité Sociale : une mobilisation collective pour limiter la consommation de papier

Le Plan Cadre 2007-2011 prévoyait la diminution de la consommation de papier de 8%. Un bilan provisoire à fin 2009 fait d'ores et déjà apparaître une baisse de 20% grâce à la mobilisation, au sein de chaque organisme, de tous les collaborateurs de l'Institution.

Au total, l'effort de l'Institution a permis d'épargner l'équivalent de plusieurs hectares de forêts. Outre l'impact environnemental de cette mesure, la baisse de consommation de papier des organismes concoure à leur effort d'efficacité générale.

Prenant acte des bons résultats d'ores et déjà réalisés, le nouveau Plan Cadre Développement Durable de l'Institution (2011-2014) a reconduit un objectif de baisse de la consommation de papier (- 14% d'ici à 2014).

La Sécurité Sociale innove pour favoriser l'insertion et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

La Sécurité Sociale s'est fixé des objectifs ambitieux en termes d'insertion et de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, au sein de ses propres organismes. Pour l'ensemble de l'Institution, les contributions compensatoires doivent à cet égard baisser d'au moins 20% d'ici à 2014.

Le groupe UGECAM* dispose par ailleurs de Centres de Réadaptation Professionnelle (CRP), acteurs majeurs de la réinsertion en France.

Des établissements du groupe UGECAM mettent à disposition des organismes un dispositif innovant de formation de travailleurs handicapés qui iront ensuite travailler au sein des caisses participant au projet. Ce projet, dénommé « *PARTHAGE* », a vocation à être étendu et facilitera l'atteinte des objectifs institutionnels en matière de handicap. Ce projet s'est vu attribué le prix de l'innovation décerné par l'Ucanss en 2010.

*UGECAM : Union pour la gestion des établissements de caisse d'assurance maladie