

## 1. OFFRIR UN SERVICE PUBLIC DE QUALITÉ

Afin d'offrir un service public de qualité, la sécurité sociale utilise les COG comme outils de mise en œuvre efficace des politiques publiques (1.1) pour améliorer la satisfaction des usagers (1.2) mais également assurer l'équité en renforçant la politique de contrôle (1.3).

### 1.1. Contribuer à mettre en œuvre efficacement les politiques publiques

---

Les COG constituent le vecteur essentiel de la déclinaison opérationnelle des politiques publiques au sein des organismes de sécurité sociale. Elles en précisent les modalités de mise en œuvre en fonction des spécificités des organismes et des populations couvertes. On peut noter une convergence des politiques des différentes branches et régimes autour de deux axes majeurs que sont l'adaptation de la relation à l'utilisateur aux spécificités des différents publics d'une part, et la prévention d'autre part, dans une optique de rationalisation de la dépense publique au plus près des besoins.

#### 1.1.1. Une politique de santé qui détermine des parcours attentionnés pour mieux gérer le risque

En matière **de gestion du risque**, il convient notamment de souligner la forte implication de la CNAMTS et de son réseau dans la tenue de l'ONDAM en 2011, à travers la poursuite du déploiement des actions de maîtrise médicalisée: 612 M€ d'économies ont été réalisées pour un objectif de 551 M€. Il reste néanmoins difficile de déterminer avec précision si les résultats obtenus dans ce domaine sont exclusivement imputables aux actions de maîtrise médicalisée mises en œuvre. Ces actions sont complétées d'un plan de lutte contre les fraudes, fautes et abus.

Afin d'appréhender le risque, le RSI quant à lui a élaboré un plan national santé 2011 de lutte contre les fraudes, fautes et abus, qui a permis de mettre à jour près de 6,1 millions d'euros de préjudices financiers.

**Le bilan 2011 du régime général, en ce qui concerne la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)**, est marqué par une augmentation du nombre de bénéficiaires (4002379 bénéficiaires au 31 décembre 2011 – métropole et DOM – pour le régime général), progression néanmoins ralentie par rapport à 2010 (+1,6 % entre 2010 et 2011 contre +3,8 % entre 2009 et 2010). **S'agissant de l'Aide à la complémentaire santé (ACS)**, le régime général, qui regroupe près de 93 % des bénéficiaires, porte en 2011 l'essentiel de l'évolution positive avec un taux de croissance de + 21,5 %. Cette forte augmentation s'explique pour partie par la réévaluation du plafond de l'ACS opérée en janvier 2011 (plafonds CMUC + 20 % à plafonds CMUC + 26 %), mais également par les actions proactives conduites par l'Assurance Maladie pour renforcer la synergie des acteurs du réseau mobilisés et améliorer la notoriété du dispositif auprès des bénéficiaires potentiels.

À l'identique du parcours CMUC, un parcours ACS a été construit en 2011 pour une mise en œuvre au sein du réseau en 2012. Les actions prévues dans le cadre de ce parcours visent à :

- renforcer la notoriété du dispositif auprès des assurés,
- les accompagner pour effectuer leurs démarches,
- limiter la non utilisation du chèque qui concerne 15 % des bénéficiaires par un dispositif de relance systématique des assurés bénéficiaires de l'ACS et repérés sans Organisme complémentaire dans les bases de données.

Pour ce faire, un plan d'actions sur trois axes a été développé :

- informer et cibler les assurés pour les inciter à engager une démarche,
- délivrer le droit pour faciliter l'accès aux soins,
- accompagner pour optimiser l'utilisation du droit ACS.

Il mobilise l'ensemble des acteurs du réseau : CPAM, CARSAT (actions présentées infra) et Centres d'examen de santé (CES).

**Dans le domaine de la prévention**, l'exercice 2011 a été marqué par la montée en charge rapide du programme Sophia, avec 137 000 adhérents en fin d'exercice contre une cible de 120 000. La CNAMTS obtient également des bons résultats en matière de ciblage des actions de prévention sur les populations les plus précaires (part de 48,9 % de populations précaires parmi les bénéficiaires d'examens périodiques de santé dans les CES pour une cible 2011 de 47 %, bonne couverture des enfants scolarisés en CP en zone défavorisée par le programme M'T dents). En revanche, les objectifs, certes ambitieux, fixés par la COG en matière de taux de participation aux actions de prévention (dépistage du cancer du sein, du cancer du colon, participation au programme bucco-dentaire pour les jeunes M'T dents, taux de vaccination contre la grippe des personnes de plus de 65 ans) ne sont pas atteints, comme en 2010.

**Les principales réalisations du RSI en 2011 sur ce même volet** concrétisent les objectifs de la COG et l'on peut citer tant la refonte de la campagne Suivi Maternité Enfants avec la création de nouveaux supports concernant le suivi de la grossesse et du jeune enfant jusqu'à 6 ans que l'extension du programme RSI Diabète dans chaque caisse régionale qui répond à l'objectif COG d'améliorer le suivi des patients atteints de maladies chroniques.

Le RSI poursuit en 2012 l'extension du programme RSI Diabète ainsi que sa participation aux actions de prévention inter-régimes telles que la vaccination antigrippale, le dépistage des cancers, la prévention bucco-dentaire, etc.

**La CPRPSNCF** s'efforce, tant en matière de réglementation que de politique de prévention et de gestion du risque, de s'inscrire dans les objectifs nationaux. À noter que malgré un âge moyen supérieur de la population cheminote et une proportion de bénéficiaires d'exonération au titre des affections longue durée très supérieure à la moyenne nationale, la progression de l'ONDAM demeure comparable à celle du régime général.

### **1.1.2. Une politique AT-MP orientée vers la prévention et déclinée au plus près des besoins sectoriels**

**S'agissant du régime général**, sept nouvelles **Conventions nationales d'objectifs (CNO)** élaborées par quatre comités techniques nationaux CTN ont été signées en 2011.

La CNO est un accord signé pour quatre ans entre la CNAMTS et une ou plusieurs organisations professionnelles. Propre à une activité ou un secteur d'activité elle permet aux petites et moyennes entreprises dont l'effectif global est inférieur à 200 salariés de signer des contrats de prévention avec une caisse régionale et de bénéficier d'une aide financière pour réaliser des projets visant à améliorer les conditions de santé et sécurité au travail.

L'Assurance Maladie, dans sa mission de gestionnaire des risques professionnels, a fait de la **prévention des cancers professionnels** l'une de ses priorités pour la période 2009-2012. L'objectif consiste à réduire les risques liés à la présence sur les lieux de travail d'agents cancérigènes ou toxiques.

Le renforcement des **incitations financières à la prévention** fait l'objet du programme 4 de la Convention d'objectifs et de gestion.

Afin d'améliorer le niveau **d'équipement des véhicules utilitaires légers** et de sensibiliser leurs utilisateurs, l'Assurance Maladie a proposé en 2011 aux entreprises de moins de 50 salariés une aide financière simplifiée (AFS) de 3 000 euros pour l'achat ou la location longue durée d'un utilitaire neuf avec six équipements de sécurité requis et le suivi d'une formation sur l'importance des équipements de sécurité et leur bon usage. Cette AFS nationale valable jusqu'au 31 mai 2012 a déjà bénéficié à près de 1 500 entreprises. Une nouvelle aide financière simplifiée est proposée aux entreprises depuis le 1<sup>er</sup> juin 2012 avec l'objectif de les inciter à opter pour un utilitaire équipé pour la sécurité du conducteur et des passagers du véhicule.

Face à une sinistralité des **troubles musculosquelettiques (TMS)** en forte croissance depuis 10 ans, le programme de prévention des TMS du plan national d'actions coordonnées (PNAC) pour la période 2009-2012 a pour objectif de stabiliser l'indice de fréquence nationale de ces maladies professionnelles. Il s'agit de renforcer l'action directe en entreprise et de développer des actions avec des partenaires, en priorité dans une trentaine de secteurs choisis par les Comités Techniques Nationaux (CTN).

La **coordination sécurité protection de la santé (SPS)** s'applique à tout chantier de bâtiment ou de génie civil où interviennent plusieurs entreprises ou travailleurs indépendants. Elle vise à prévenir les risques issus de leurs interventions et promouvoir l'utilisation des moyens communs. Le dispositif de coordination repose sur l'anticipation en matière d'organisation de chantier.

Les 20 Commissions pluridisciplinaires prévues par la loi portant réforme des retraites ont été mises en place en novembre 2011.

La **prévention des risques professionnels** constitue l'axe prioritaire retenu par le **RSI** dans le cadre de sa COG 2012-2015. Le RSI s'est engagé dans une politique de prévention des risques professionnels dans le cadre d'un programme national « RSI Prévention Pro » visant à sensibiliser et informer les indépendants des risques auxquels leur profession les expose et leur proposer une consultation médicale à visée professionnelle réalisée par leur médecin traitant.

RSI Prévention Pro a été expérimenté en 2010 dans deux régions pilotes (la Picardie et les Pays de la Loire) auprès de deux professions (les coiffeurs et les boulangers). En 2011, l'évaluation de la phase pilote a permis de mettre en avant la satisfaction des assurés et des médecins participants et de décider la généralisation du programme à toutes les caisses pour trois professions par an au cours de la COG 2012-2015.

Dès 2011, plus de la moitié des caisses RSI ont engagé une action en partenariat avec une CARSAT sous la forme de réunions de sensibilisation, la diffusion de supports d'informations, de promotion d'équipements de travail (aide financière à l'acquisition), de rédaction en commun de supports d'informations ou de soutien d'actions de formation.

Les principales réalisations de 2011 portent sur l'enrichissement du site internet notamment dans le cadre de la politique de prévention des risques professionnels et l'extension des expérimentations RSI Prévention Pro à 6 nouvelles professions dans 9 caisses RSI.

**La CPRPSNCF** gère quant à elle les accidents du travail et les maladies professionnelles au titre d'un mandat de gestion qu'elle tient de l'entreprise SNCF. En 2011, elle a traité 9 402 demandes de reconnaissance d'accidents du travail. Le pourcentage d'accords, à 86 % (8 057 dossiers), est en hausse, ce qui correspond à une légère diminution des déclarations traitées grâce à une amélioration du dispositif de déclaration d'accident du travail dans les différents établissements de la SNCF combinée aux efforts de prévention de ceux-ci.

### **1.1.3. Une adaptation de la branche famille aux nouvelles orientations des politiques publiques**

**La branche famille, dans les CAF, ainsi que dans les MSA,** a été fortement mobilisée par la mise en œuvre de prestations nouvelles sur l'année 2011. Au-delà de la suppression de la rétroactivité de 3 mois à l'ouverture de droit aux aides au logement au 1<sup>er</sup> janvier 2011 et des premiers versements en juin 2011 de la majoration unique des allocations familiales à 14 ans, d'autres mesures ont été mises en œuvre.

C'est le cas du **RSA DOM, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011.** Sa mise en œuvre a dû tenir compte des spécificités des départements et collectivités d'outre-mer dans les modalités de calcul et conditions d'éligibilité au RSA, et des modalités de bascule du RSTA au RSA. Sa montée en charge s'est déroulée sans difficultés particulières et la situation en terme de flux apparaît maîtrisée: près de 200 000 foyers bénéficient du RSA DOM.

La **réforme du traitement des ressources des bénéficiaires de l'AAH en janvier 2011** a consisté notamment à déterminer les droits des bénéficiaires identifiés en activité en prenant en compte les ressources trimestrielles et non plus annuelles et à assurer un cumul intégral entre allocation et salaire pendant les six premiers mois suivants la reprise d'activité. Si elle ne concerne qu'une population allocataire de l'ordre de 65 000 bénéficiaires, la charge pour les CAF reste néanmoins significative.

La **réforme de la gestion des impayés** et la mise en place des Commissions de Coordination des Actions de Préventions des Expulsions (CCAPEX) sur l'ensemble du territoire ont eu pour conséquence de transférer au 1<sup>er</sup> janvier 2011 à l'ensemble des CAF le traitement des dossiers d'APL effectué jusqu'alors par les commissions départementales d'aide publique au logement (CDAPL). Le transfert s'est opéré de manière progressive au cours de l'année 2011. 190 000 dossiers d'APL ont été transférés aux CAF. La CNAF dénombre 201 000 allocataires en situation d'impayé en 2011 dont 60 % en APL.

### **1.1.4. Une politique de retraite fédérant les acteurs au service de l'information des assurés**

**Si la CNAV** remplit ses objectifs quantitatifs en matière de droit à l'information (DAI), elle doit parvenir à mesurer l'impact qualitatif des deux dispositifs visant à prolonger l'activité des assurés que sont l'entretien information retraite (EIR) et la fonction conseil en entreprise (FCE).

**Concernant le droit à l'information**, depuis 2007, les 5 campagnes annuelles d'information mises en œuvre par le GIP Info Retraite (chargé de coordonner l'action de 35 régimes obligatoires, de base et complémentaires) ont permis de cibler 23 générations.

La CNAV a ouvert le relevé individuel de situation (RIS) dématérialisé sur les derniers mois de 2011. 65 000 RIS en ligne (RISe) ont été demandés en janvier 2012.

S'agissant des EIR et de la fonction conseil en entreprise, qui sont les deux dispositifs devant permettre une meilleure gestion du risque vieillesse et la promotion du maintien en activité des seniors, la CNAV atteint les cibles 2011 qu'elle s'était fixées et a pour cible en 2012 de réaliser 60 000 EIR et 1 100 FCE.

**S'agissant de la prévention de la perte d'autonomie**, la CNAV a impulsé de nombreux travaux en inter-régimes sur le champ de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, qui devraient permettre d'homogénéiser les pratiques entre les régimes; notamment, la CNAV élargira la population couverte aux fonctionnaires de l'État.

La CNAV développe des partenariats avec l'ensemble des acteurs du « bien vieillir » pour créer des synergies et renforcer son expertise. Elle a notamment signé un partenariat avec l'INPES et les autres caisses de retraite (RSI, MSA, AGIRC-ARRCO) portant sur trois domaines: la mutualisation des connaissances par la réalisation d'études, le soutien au développement des compétences des acteurs concernés, le renforcement de l'information des retraités, de leur entourage et des professionnels.

La CNAV a donné son accord pour lancer une étude de suivi de cohortes (bénéficiaires et non bénéficiaires) qui doit permettre d'évaluer l'impact des actions conduites de prévention de la dépendance.

**Le RSI, dans le cadre de son programme de convergence des réglementations des pensions pour les artisans et les commerçants** et afin d'optimiser la gestion des dossiers qui repose aujourd'hui sur des outils de liquidation distincts, développe en 2012 une application unique, ASUR, intégrant également le nouveau régime complémentaire unique des indépendants (RCI). Ce nouveau régime unique sera plus simple pour les assurés et plus efficace et s'accompagnera d'une série d'améliorations, dont l'abaissement de la condition d'âge pour la pension de réversion complémentaire.

**La CRPCEN** s'inscrit dans le renforcement du droit à l'information prévu par la loi du 9 novembre 2010 et les développements informatiques sont en cours afin de mettre en place le RISe au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Les modalités du rendez vous à 45 ans restent à élaborer.

### **1.1.5. Des évolutions profondes pour l'optimisation du recouvrement**

Tous types de comptes confondus (employeurs indépendants, particuliers), 9,5 millions de comptes cotisants sont gérés par la branche recouvrement.

La branche recouvrement **a encaissé** en 2011 419 Md€ (dont 82,7 Md€ pour le compte de partenaires extérieurs au régime général). Ce montant correspond à une évolution de +13 % par rapport à 2010, principalement du fait du recouvrement des contributions d'assurance chômage (27,05 Md€). En effet, conformément à la loi de 2008 réformant l'organisation du service public de l'emploi, l'ACOSS recouvre depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 les contributions d'assurance chômage et les cotisations au titre de l'assurance garantie des salaires (AGS). Les employeurs dont les salariés relèvent du régime général disposent ainsi d'un seul interlocuteur pour le paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale et les contributions chômage. Ce nouveau dispositif a aussi conduit la branche à développer un partenariat renforcé avec l'UNEDIC et Pôle emploi en matière de trésorerie, de recouvrement et d'échanges d'informations.

Parmi les organismes pour le compte desquels une mission de recouvrement est assurée par les URSSAF, figure la CPRPSNCF. Cette délégation, prévue par le décret n° 2007-1056 du 28 juin 2007, a fait l'objet d'une convention entre l'ACOSS et la CPRPSNCF approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Conformément aux orientations de la COG, l'ACOSS a poursuivi son action visant à optimiser le recouvrement et le contrôle des cotisations, à renforcer son savoir-faire en matière de gestion de trésorerie et à développer sa capacité d'analyse économique et statistique, nécessaire pour anticiper les évolutions conjoncturelles.

La **politique de recouvrement** amiable et forcé est désormais pilotée au niveau de la branche dans le cadre d'une instance nationale afin de garantir une meilleure coordination au niveau national. Une note de stratégie générale du recouvrement a été établie courant 2011 et diffusée au réseau début 2012 après concertation avec la tutelle. Elle s'attache à prioriser le recouvrement amiable, accroître l'efficacité du recouvrement forcé, prendre en compte et accompagner les cotisants dans le cadre notamment de l'accompagnement des entreprises en difficulté, moderniser et adapter les pratiques et les procédures.

Compte tenu du contexte économique, l'accent continue à être porté sur la relance amiable qui a permis de régulariser les paiements dans la moitié des cas en 2011. Les bonnes pratiques développées par la branche dans ce domaine depuis plusieurs années portent aujourd'hui leurs fruits.

Les résultats du recouvrement pour ce qui concerne le régime général sont orientés favorablement en 2011. Le taux de restes à recouvrer des employeurs du secteur privé a diminué de façon significative même s'il n'a pas retrouvé le niveau antérieur. En métropole, il est de 0,70 % (0,93 % en 2009 et 0,77 % en 2010) hors recouvrement après opération de contrôle et hors ISU.

**Les résultats du recouvrement du RSI**, dont une partie est réalisée par le réseau des URSSAF, restent quant à eux marqués par les difficultés de gestion de l'interlocuteur social unique (ISU) en 2011. Les effets de la mise en place d'un plan exceptionnel sur l'ISU à partir de septembre 2011 se traduisent progressivement dans la meilleure maîtrise de la qualité de la relation au cotisant et dans les résultats des encaissements.

L'année 2011 a été également caractérisée par des opérations importantes de rattrapage d'appels de cotisations sur les exercices antérieurs, puisque les corrections effectuées sur les comptes ont conduit à réviser des appels de cotisations. Les montants très élevés de certains arriérés mis en recouvrement en 2011 expliquent que le taux de reste à recouvrer ait légèrement augmenté par rapport à l'année antérieure.

Afin d'évaluer les performances de recouvrement, il convient de distinguer deux taux, le taux de restes à recouvrer brut et le taux « réel », c'est-à-dire net des taxations d'office :

- le taux de restes à recouvrer brut global, estimé à 22,9 % en décembre 2011 sur l'année en cours s'est amélioré légèrement (-2,4 points) par rapport à 2010. Toutefois, ce taux est facialement majoré par la proportion très importante de comptes en « taxation d'office » (TO), c'est-à-dire dont les cotisations sont calculées sur une base forfaitaire élevée, le cotisant n'ayant pas réalisé de déclaration comme il est tenu de le faire (ou sa déclaration n'ayant pu être prise en compte). Or ces cotisations forfaitaires ne sont pas payées puisqu'elles ne correspondent pas au montant réellement dû : elles ont pour objet d'inciter le cotisant à déclarer son revenu réel. Dans l'attente, ces appels à cotisations majorent donc les restes à recouvrer. Plusieurs actions ont été entreprises pour diminuer le montant des taxations d'office, à la fois en améliorant la qualité de la collecte des revenus, et en radiant les comptes inactifs conformément aux dispositions de la LFSS pour 2012. Ainsi les restes à recouvrer en TO ont diminué de 2,5 Md€ en 2010 à 1,8 Md€ à fin décembre 2011. La part des TO dans les restes à recouvrer est de 47,2 % alors qu'elle était de 59,6 % en 2010.



- le taux de restes à recouvrer net des TO est pour sa part de 13,6 % à fin décembre 2011, contre 12,1 % à fin 2010. Cette hausse s'explique par les montants très élevés des cotisations mises en recouvrement en 2011, notamment suite aux régularisations sur les comptes dont les erreurs ont été corrigées depuis 2010. Des délais de paiement ont été souvent accordés aux cotisants concernés, majorant ainsi les restes à recouvrer. La priorité pour l'année 2012 consiste à réduire ce taux, trop élevé, par des opérations de relance, de recouvrement amiable et de recouvrement forcé si nécessaire. Les premiers résultats de l'année 2012 sont à cet égard encourageants, le taux de restes à recouvrer étant en légère diminution au premier semestre.

L'année 2012 est marquée par la **poursuite des objectifs fixés fin 2011 dans le cadre d'un plan d'action sur l'ISU** pour améliorer significativement la qualité de service et le recouvrement des cotisations (au-delà des travaux techniques confiés au niveau national à une cellule permanente « ACOSS-RSI » et qui continuent pour résoudre les dysfonctionnements informatiques). Le déblocage de moyens humains non pérennes a permis de résorber une part importante des stocks de dossiers dans les caisses et de contribuer à l'amélioration de la qualité de service. Les engagements du RSI et de l'ACOSS ont conduit à la définition en septembre 2011 d'un programme d'actions décliné en 7 engagements majeurs :

Thème	Engagements
Engagement N° 1 Téléphone	Obtenir un taux de décroché sur les appels ISU de 85 % (en moyenne annuelle)
Engagement N° 2 Réclamations	Mettre en place progressivement une politique commune de traitement des réclamations, déclinant les orientations DGME  Pour 2011, traitement prioritaire (2 à 7 jours ouvrés) de 6 catégories de réclamations urgentes ou sensibles
Engagement N° 3 Radiations	À fin 2011, avoir traité 100 % des radiations en attente  Maintenir, à partir de fin 2011, un délai moyen de traitement de 10 jours pour 90 % des nouvelles radiations (urgentes en 48h) + un délai de 15 jours pour la prise en compte dans le SI ACOSS
Engagement N° 4 « singletons » <sup>(1)</sup>	Avoir achevé l'ensemble des opérations à fin 2011
Engagement N° 5 Radiations	Appeler de manière exhaustive les cotisations pour les assurés dont l'affiliation n'est pas effective en Urssaf  - Avoir traité, à fin 2011, 100 % des affiliations en attente, datant de 2009 et avant  - Avoir traité, à fin mars 2012, 100 % des affiliations datant de 2010 et 2011  Maintenir, à partir de fin 2011, un délai moyen de traitement de 20 jours pour les nouvelles affiliations (90 % en 20 jours, 100 % en 60 jours, urgentes en 48h) + un délai de 15 jours pour la prise en compte dans le SI ACOSS
Engagement N° 6 Droits acquis	Être à jour des droits à retraite acquis
Engagement N° 7 Radiations	Diminuer les contentieux infondés  Reprendre progressivement courant 2012 le recouvrement amiable  Traiter en 2011 le stock des TO (absence de revenus 2009 et antérieurs) et limiter les nouveaux RAR liés aux TO (absence de revenus 2010)

(1) Cotisants qui n'étaient pas correctement affiliés pour chaque risque auprès des différentes caisses avant la création du RSI et de l'ISU.

Les premiers résultats tendent à démontrer l'efficacité des dispositifs mis en place.

**Un dispositif de gestion des réclamations** est opérationnel depuis fin 2011 et permet le traitement effectif de l'ensemble des réclamations ISU : le taux de traitement des réclamations s'améliore pour atteindre en mai 2012 un taux de 97 % sur les réclamations reçues, le délai moyen de traitement des réclamations est de 6 jours. Le RSI et l'ACOSS travaillent également en 2012 à la mise en place d'un outil unique pour une vision globale des réclamations, la livraison étant prévue début 2013.

**S'agissant des opérations d'affiliation et de radiation**, suivant les préconisations et orientations de la mission DGME, la Caisse nationale du RSI a mis en place début 2011 un processus d'immatriculation commune, assurée par le Centre National de l'Immatriculation Commune (CNIC).

Malgré l'augmentation des flux d'affiliation principalement liés à l'engouement pour le statut d'auto-entrepreneur (+34 % d'auto entrepreneurs entre 2010/2011) ces solutions ont permis en 2011 de contenir puis réduire sensiblement les délais d'affiliation.

**La fusion des comptes qui n'étaient pas complets** (« singletons ») a mobilisé l'ensemble des réseaux RSI et URSSAF fin 2011. Le RSI et l'ACOSS ont mené cette dernière opération avec succès et 23 147 cotisants qui ont vu leur compte unifié, soit la quasi-totalité des comptes qui n'avaient pas été corrigés en 2010.

**Concernant les droits acquis**, la rénovation des applications informatiques et la mise en place d'un écran portail ISU présentant la synthèse des droits à retraite à jour pour les techniciens et agents d'accueil sont en cours.

La reprise progressive des démarches **de recouvrement amiable** par téléphone, permettant de renouer un contact rapproché avec certains cotisants débiteurs, a été engagée au premier semestre 2012. Le ressenti des cotisants contactés est très positif et l'efficacité sur le recouvrement avérée : 40 % des montants dus ont été ainsi récupérés auprès des indépendants concernés. La généralisation à l'ensemble des caisses des relances amiables, sur une cible restreinte dans un premier temps, est engagée en 2012.

La reprise **du recouvrement forcé** implique la fiabilisation en amont des dossiers. En 2012 a été effectué un contrôle par trois régions (Aquitaine, Bourgogne et Champagne-Ardenne) de l'intégralité des contraintes avant leur envoi aux huissiers de justice. Cet axe fort du programme d'actions ISU 2012 se traduit par un objectif de résorption des stocks des services inter-caisses du contentieux (oppositions à contraintes, flux de retours d'actes huissiers, levée des arrêts).

Le champ du **financement et de la gestion de trésorerie** a fait l'objet d'avancées importantes sur l'année 2011. On peut noter à cet effet la renégociation entre l'ACOSS et la Caisse des dépôts et consignations des conditions de leur partenariat, une plus grande sécurisation du financement du régime général avec l'installation de la mission nationale financière pour un travail interbranches sur les sujets relatifs à la performance de la gestion de trésorerie, aux relations bancaires et aux systèmes d'information du régime général. L'ACOSS a en outre renforcé en 2011 ses travaux d'analyse et de suivi économique afin de fournir des **données statistiques de qualité**.

#### **1.1.6. Une politique d'action sociale tournée vers ses publics les plus fragiles**

Le bilan 2011 de l'action sanitaire et sociale de la **CNAMTS** se caractérise par de nombreuses actions.

Le service social a poursuivi la **mise en œuvre d'offres de service homogènes et généralisées sur l'ensemble du territoire** avec le développement du concept de pro-activité en proposant systématiquement aux assurés signalés du fait d'une situation de fragilisation, soit un rendez-vous



individuel, soit une participation à une réunion d'information collective. Il s'agit ainsi d'intervenir le plus en amont possible sur les facteurs de fragilisation sociale et d'exclusion et de garantir une équité de traitement aux assurés.

L'**accompagnement des assurés les plus fragiles** s'est poursuivi en 2011 par la conduite d'actions favorisant l'accès aux soins et la prévention de la santé des assurés en situation de précarité avec deux objectifs : accompagner les assurés pour une effectivité des soins et les aider à s'engager dans une démarche de santé.

Pour **aller au-devant des assurés en risque de fragilisation et d'exclusion**, le service social s'est appuyé sur les signalements issus de requêtes nationales passées chaque mois par les CPAM sur les bases de l'assurance maladie. En 2011, ces signalements ont concerné les assurés en arrêt de travail de plus de 90 jours et les foyers bénéficiaires d'une attestation d'aide à la complémentaire santé. Déjà fortement impliqué, le service social de l'Assurance Maladie a renforcé son action dans ce domaine dès lors qu'un nouveau programme « **Agir pour favoriser la prévention de la désinsertion professionnelle** » a été défini en 2010. Les informations renseignées dans le système d'information pour la conduite de ces accompagnements sociaux permettent d'établir une analyse qualitative sur la situation des assurés en fin d'intervention avec pour résultat : 70 % des assurés ayant retrouvé un travail, 34 % étant maintenus dans leur emploi et 36 % sur le marché du travail mais 30 % des assurés non maintenus au travail dont 11 % avec une solution sociale (invalidité/retraite/incapacité AT/MP).

Pour **consolider ces orientations**, une enquête annuelle de satisfaction a été conduite en 2011 et les résultats sont encourageants avec 93,4 % de personnes « satisfaites » ou « très satisfaites ». Il a aussi été réalisé une étude d'impact auprès des assurés aidés dans le cadre des programmes nationaux « IJ 90 jours » et « Prévention de la Désinsertion Professionnelle », par l'envoi d'un questionnaire trois mois après la fin de l'intervention du service social. Les résultats font ressortir que 97 % des assurés ont apprécié l'initiative de contact du service social, 89 % estiment avoir une meilleure connaissance de leurs droits et obligations et 83 % une meilleure connaissance des aides possibles et des démarches à entreprendre et huit assurés sur dix considèrent que le service social leur a apporté un soutien dans la gestion de leur situation personnelle.

**La COG 2009-2012 de la CNAF prévoit une progression annuelle des crédits d'action sociale** de 7,5 % par an sur quatre ans, avec pour objectif de soutenir une politique familiale adaptée aux différents besoins des familles. Ce soutien financier s'inscrit dans le cadre d'une offre globale de service définie par la COG et visant à combiner de façon étroite les interventions sociales et le versement des prestations légales, ainsi qu'à mieux articuler l'action des techniciens liquidateurs de prestations et celle des travailleurs sociaux. L'offre globale de service doit permettre plus de lisibilité pour l'utilisateur et plus de complémentarité entre les interventions sociales.

Sur le **développement de l'offre d'accueil collectif du jeune enfant**, les résultats sont encourageants avec une progression de 20 659 places supplémentaires en 2009 et 25 504 en 2010 (cumul des nouveaux agréments PMI et des places obtenues par l'augmentation de la fréquentation). La CNAF prévoit ainsi une atteinte d'au moins 80 % de l'objectif des 100 000 places d'accueil collectif supplémentaires d'ici fin 2012, ce qui apparaît satisfaisant étant donné le contexte de crise économique.

La MSA participe également à l'atteinte des objectifs en matière d'accueil du jeune enfant. Afin que des services et des équipements soient créés ou améliorés, les MSA, en partenariat avec les CAF, accompagnent des collectivités locales du milieu rural, par le biais des contrats enfance jeunesse (CEJ). Après identification des zones se situant en deçà du seuil minimum de couverture du besoin d'accueil du jeune enfant (taux de couverture des besoins < 46 %), la CCMSA a mis au point une méthodologie de diagnostic et de définition de plans d'actions.

Grâce à cette logique d'offre globale de service, le travail social a été recentré sur l'accompagnement des changements pour la famille (décès, séparation), les impayés de loyers et l'indécence des logements, avec une attention particulière portée aux personnes isolées (RSA majoré).

Sur l'accompagnement des jeunes adultes (16-25 ans), la CNAF privilégie l'accès de cette population au logement en favorisant l'accès à leurs droits aux prestations. 84,3 % des CAF indiquent qu'elles mettent en place des actions par des informations sur leurs droits (71,5 % des CAF), des campagnes destinées aux étudiants sur l'ALS (61,7 % des CAF), une participation à des permanences info jeunes (35,2 % des CAF). (Source Qsds 2011)

Pour accompagner l'autonomie des jeunes, 90 % des CAF poursuivent leur action de soutien à la fonction socio-éducative des foyers de jeunes travailleurs (FJT).

Pour prévenir les ruptures du lien familial, en 2011, les CAF ont financé 272 services de médiation familiale. 22 % des CAF ont en effet un service de médiation familiale en gestion directe. En 2011, les CAF ont par ailleurs été invitées à mettre en place une « offre globale de service dans les situations de séparation ou de divorce conflictuels et de non respect de l'obligation alimentaire ». La lettre circulaire du 18 mai 2011 détaille les incidences du processus de médiation familiale sur la gestion de l'allocation de soutien familial (ASF) et du revenu de solidarité active (RSA) ainsi que sur la mission d'aide au recouvrement des pensions alimentaires exercées par les CAF. Plus globalement, 68,6 % des CAF ont mis en place des informations sur la médiation familiale à partir de situations ciblées dans leur fichier allocataires.

**L'année 2011 se caractérise par une forte augmentation des dépenses d'action sociale de la CNAV.** Les facteurs d'explication de cette progression de 26 % sur la ligne dédiée à l'aide au maintien à domicile sont multiples : l'amélioration du fonctionnement du service social, les effets de la médiatisation de l'action sociale développée par la CNAV dans le cadre du débat sur la dépendance et un renouvellement important d'aides au bout de deux ans.

Suite au dépassement de l'enveloppe d'une CARSAT, la CNAV a mis en place trois dispositifs de régulation de la dépense :

- la mise à disposition d'un outil de pré-ciblage des personnes permettant de prioriser lors des demandes d'aide les retraités les plus fragiles ;
- la révision du barème de ressources 2012 ;
- l'octroi de moyens supplémentaires aux CARSAT ayant dépassé leur enveloppe « aide au maintien à domicile » plafonnée à 50 % du montant en dépassement.

La CNAV poursuit sa politique de diversification de son panier d'offre de services, encore largement concentré sur l'aide ménagère à domicile, notamment en privilégiant les actions collectives de prévention de la dépendance, moins coûteuses mais tout aussi pertinentes.

**S'agissant du RSI et plus particulièrement des artisans et commerçants**, comme en 2009 et 2010, l'enveloppe de base 2011 du **fonds d'aide aux cotisants** en difficulté a été engagée intégralement par les caisses du RSI (23,223 M€ en 2011, 23,320 M€ en 2010, 23,458 M€ en 2009).

Sur la globalité de la COG, on peut observer une certaine stabilité dans la répartition par risque des aides accordées, liée en partie à l'ordre d'affectation par rangs de priorité tels que définis par l'article D.133-4 du code de la sécurité sociale.

S'agissant des professions libérales, le taux d'exécution est de 77,2 % en 2011, en retrait par rapport à 2010 et 2009 (respectivement 88,9 % et 88,3 %), les aides accordées aux professions libérales ne couvrant que le risque santé.

Dans le cadre du programme de développement des services d'aide à la personne inscrit dans la COG 2011 – 2014, la signature des conventions entre la **CNMSS** et les Maisons départementales des personnes handicapées se poursuit dans les départements à forte présence militaire.

## **1.2. Améliorer la satisfaction des usagers**

---

L'amélioration de la satisfaction des usagers constitue le socle fondateur des conventions d'objectifs et de gestion depuis leur origine : l'accent est mis sur la qualité de service, dans un contexte de missions de plus en plus diversifiées. De nombreux indicateurs dédiés à la mesure de la qualité du service rendu et de la satisfaction ressentie permettent d'évaluer les résultats obtenus par chaque branche et d'identifier les axes de progrès.

Par ailleurs, en sus des enquêtes de satisfaction produites par chaque opérateur, les enquêtes régulièrement effectuées par certains instituts permettent d'obtenir une vue synthétique et comparée de la manière dont les Français perçoivent leurs services publics. La sécurité sociale se place en bonne position puisque 82 % des Français se disent satisfaits ou très satisfaits du service public de sécurité sociale, en progression d'un point par rapport à l'année précédente (Baromètre Paul Delouvrier, 2011).

Pour parvenir à ce haut niveau de satisfaction, l'ensemble des conventions d'objectifs et de gestion déclinent des engagements de service relatifs à l'accessibilité des services, dans lesquels la dématérialisation des démarches joue un rôle croissant, en lien étroit avec la capacité du service public de la sécurité sociale à tenir et améliorer les délais de traitement des dossiers.

### **1.2.1. Offrir un service public accessible sur tous les modes de contact**

L'accessibilité du service public de la sécurité sociale constitue un enjeu majeur et cela d'autant plus que les modes de contact se diversifient. Le développement de l'offre internet est effectif dans tous les organismes mais elle ne limite que très partiellement la pression sur l'accueil physique et téléphonique.

Les accueils physique et téléphonique conservent la préférence des usagers mais d'autres offres s'enrichissent progressivement pour répondre à des préoccupations de premier niveau qui ne justifient plus d'appeler ou de se déplacer : éditer une attestation de droits à son domicile, consulter ces derniers paiements ou les paiements à venir par exemple. Se développent d'autres formes de contacts : le courrier électronique poursuit sa montée en charge, les rappels par SMS, les fonctionnalités des sites internet, notamment dans les espaces personnels et même les applications sur *smartphones*.

La logique de relation usagers multi-canal que déploient les organismes va au-delà de la superposition des modes de contact. Il s'agit d'organiser les contacts de manière plus efficiente, en cherchant prioritairement à maîtriser les flux de contact entrant vers l'organisme et à orienter les usagers vers le canal le plus adapté chaque fois que possible.

Les stratégies multi-canal s'appuient surtout sur la mise en place de « parcours usagers ». Il s'agit de repérer des événements de vie (la maternité, la retraite...) ou des situations particulières (résidence à l'étranger...) pour lesquelles l'organisme organisera de manière proactive les échanges avec le bénéficiaire ou l'entreprise, au regard des besoins pré-identifiés correspondant à sa situation.

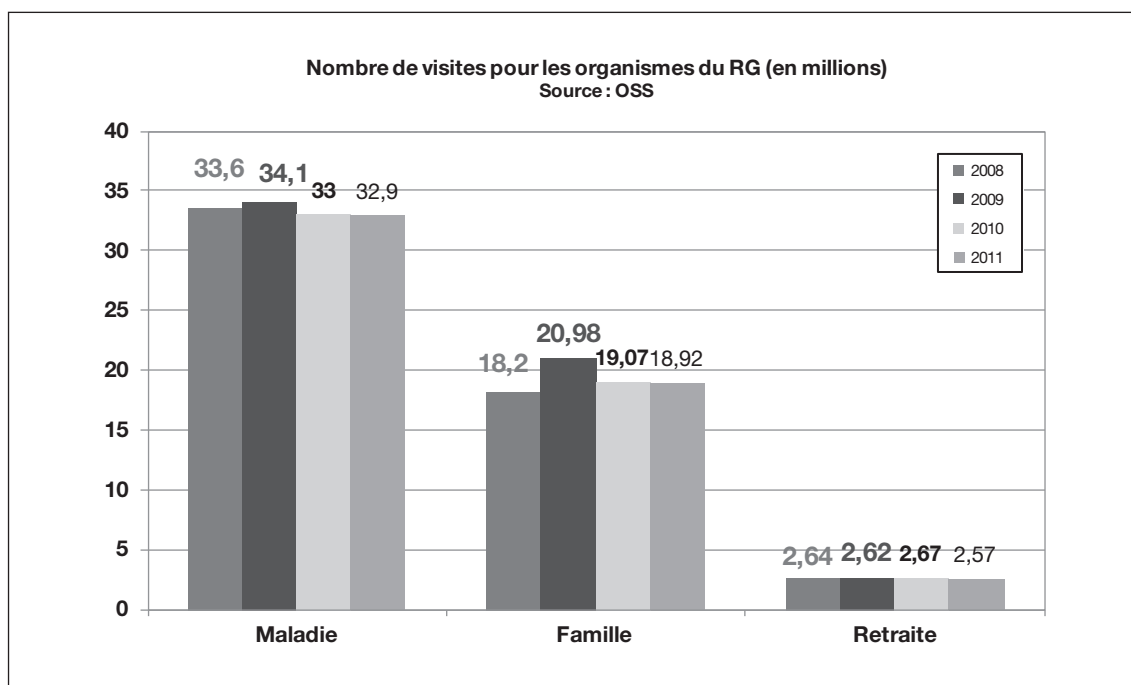
C'est ainsi que l'organisme peut prendre l'initiative des contacts avec l'utilisateur (délivrer la bonne information au bon moment) et éviter des contacts subis, proposer une combinaison optimale de modes de contacts (par exemple courriels et entretien physique sur rendez-vous), ou encore promouvoir son offre de services (par exemple prévention auprès des femmes enceintes).

Cette logique de parcours usagers se déploie dans la plupart des organismes de sécurité sociale, où sa montée en charge est largement conditionnée par leur capacité à caractériser finement les besoins de contact des usagers lors des événements de vie considérés.

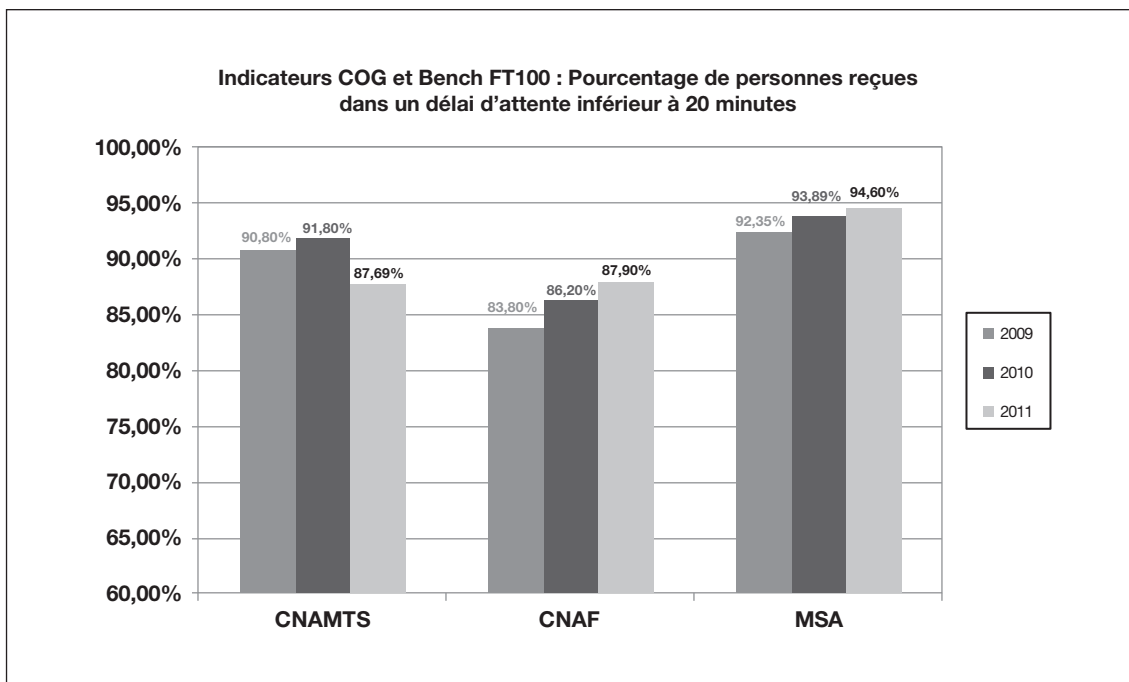
Le respect des engagements de service et de qualité des accueils physique et téléphonique continue de constituer le socle fondateur de la relation aux usagers du service public de la sécurité sociale suivie dans les COG. Les différents modes de contact se sont cependant sensiblement étoffés et une attention particulière est accordée à l'appropriation des nouveaux outils pour les usagers et à la recherche d'un véritable effet substitutif permettant de désengorger ces modes de contact classiques.

### 1.2.1.1. L'accueil physique

Les organismes de sécurité sociale ont pour la plupart des engagements volontaristes en matière de temps d'attente à l'accueil. Par exemple, lorsque le principe retenu n'est pas l'accueil sur rendez-vous, comme dans les CARSAT, les organismes visent un accueil en moins de 20 minutes. Les résultats témoignent, malgré l'afflux aux guichets, à la fois d'un haut niveau de qualité du service mais aussi d'une forte mobilisation des moyens humains pour assurer une performance de ce standard. Ces engagements doivent en effet être mis en relation avec la volumétrie des flux d'accueil et les stratégies d'accueil physique.



En 2011, la volumétrie des visites pour les trois principaux réseaux des CPAM, CAF et CARSAT s'élève à plus de 54 millions de visiteurs, en très léger retrait par rapport à l'année précédente. Dans le même temps, la performance de l'accueil en moins de 20 minutes s'affiche en nette progression pour le réseau des CAF et des caisses de MSA.



Avec 94,6 % des usagers reçus en moins de 20 minutes en 2011, la MSA continue d'améliorer ses scores, très au dessus des 90 % d'adhérents reçus en moins de 20 minutes. S'agissant des CAF, l'accueil dépasse l'objectif COG (85 %) de 2,9 points avec un résultat de 87,9 %, soit une amélioration de 1,8 point par rapport à l'année 2010, alors que la fréquentation est comparable. Les fermetures ponctuelles des accueils physiques, destinées à concentrer les moyens sur la mise à jour des dossiers, ont entamé un repli par rapport à 2010. Dans un esprit comparable à l'organisation des CPAM, une réforme de l'offre d'accueil physique est en cours de conception. Elle sera articulée autour de trois niveaux graduels de réponse (informations générales, spécialisées et expertise). Les travaux en cours reposent sur l'établissement d'une typologie des motifs de contacts. La CNAF s'engagera, au regard de cette analyse, dans la définition de parcours centrés sur des situations de vie des allocataires (naissance d'un enfant, changement de logement, demande de RSA, etc.), dans une optique de plus grande adéquation du contact proposé avec les besoins des allocataires. Cette démarche s'articule donc avec les expériences actuellement conduites par plusieurs organismes qui privilégient l'accueil sur rendez-vous afin de fluidifier et prioriser l'accueil physique.

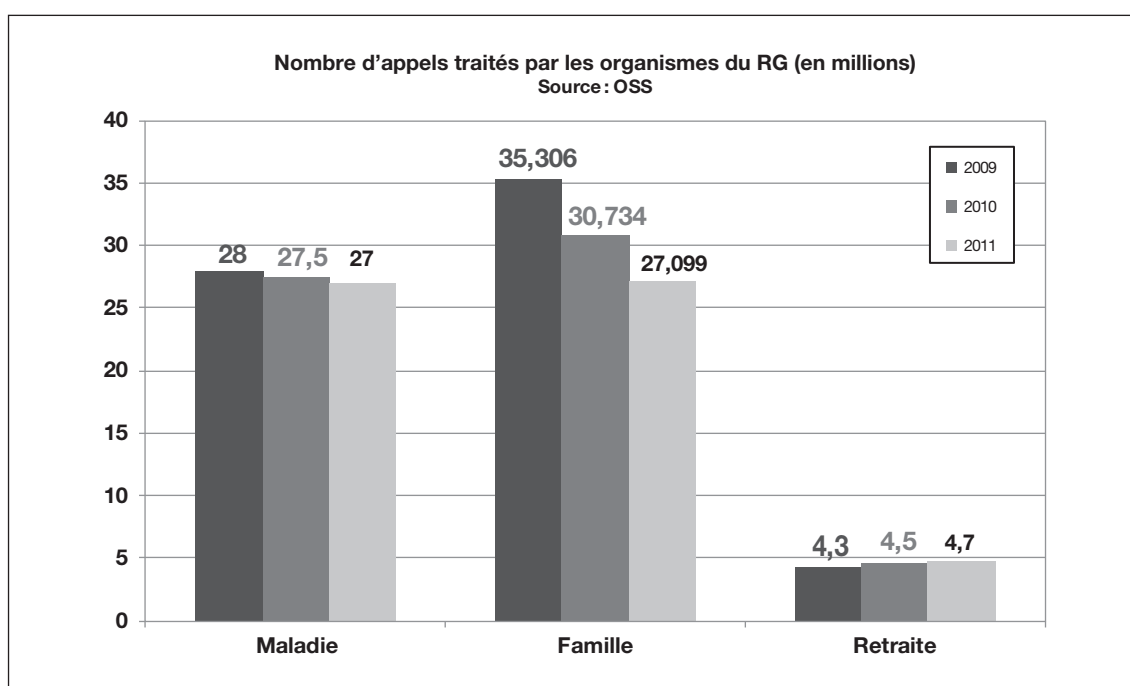
Malgré un retrait de la performance des CPAM à 87,7 %, elles restent sensiblement au dessus de l'objectif de la COG de 85 % d'assurés reçus en moins de 20 minutes. Cette performance des CPAM doit être lue au regard de la mise en place d'une nouvelle doctrine d'accueil sur trois niveaux (libre service, accueil rapide, accueil en bureau individuel). Près de 95 % des organismes ont mis en place ce type d'accueil sur un ou plusieurs sites de leurs circonscriptions en 2011. Pour enrichir les modalités de l'accueil physique, un appel d'offres sur les bornes multiservices a été décidé début 2012. Les premiers déploiements seront possibles à compter de début 2013.

Les caisses RSI, qui travaillent à l'amélioration de leur performance, ont déployé des outils de gestion de file d'attente dans leurs accueils physiques permettant d'avoir une approche plus fine des motifs d'accueil et de mesurer le délai d'attente de manière homogène. Cet outil leur permettra ainsi de mieux organiser leurs accueils afin que les temps d'attente soient inférieurs à 20 minutes.

Cette préoccupation ne concerne pas seulement les régimes de grande taille. À la CNMSS, la relation client constitue également un axe majeur de la COG, plusieurs actions visant le renforcement de la relation de proximité ont démarré en 2011 et se poursuivront en 2012. Ainsi les possibilités d'accueil sont élargies par l'extension de l'amplitude horaire et l'ouverture de nouvelles permanences sur les sites militaires. Pour sa part, la CPRPSNCF dispose d'un réseau de 14 antennes qui lui ont permis d'accueillir environ 129 000 personnes en 2011. Autrefois spécialisées dans l'assurance maladie, elles assurent actuellement une part significative du traitement des feuilles de soins papier. Par ailleurs, les agents des antennes sont maintenant orientés vers l'activité d'information retraite (8 842 rendez-vous en 2011).

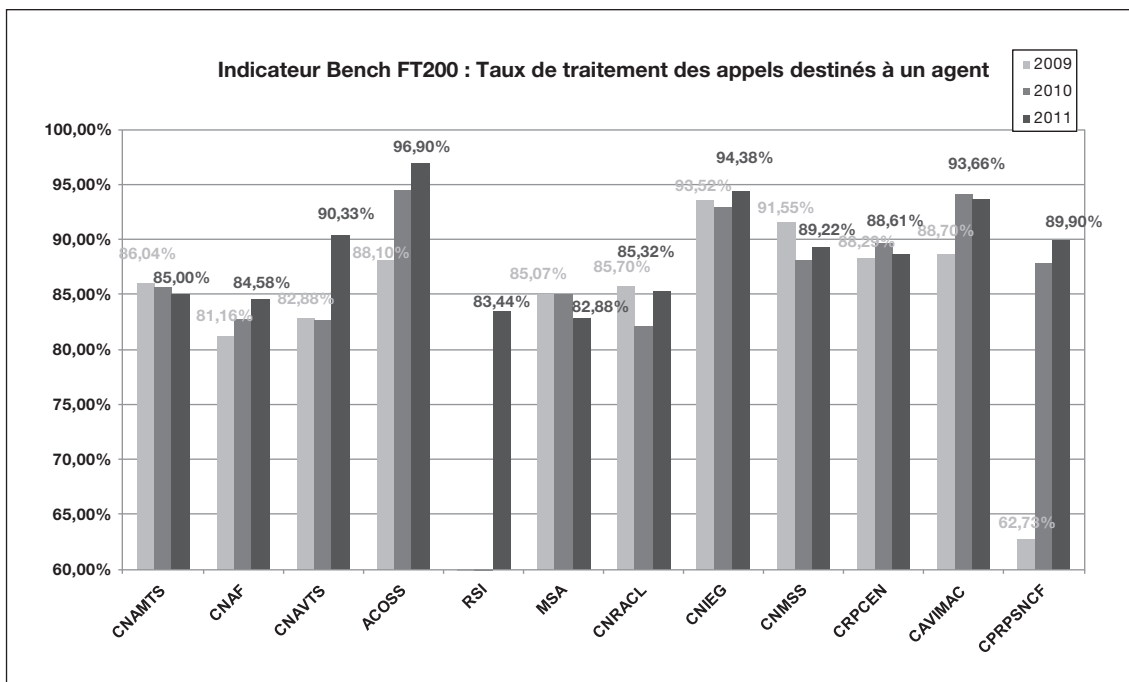
### 1.2.1.2. L'accueil téléphonique

La relation téléphonique toutes branches confondues constitue encore le mode de contact privilégié des caisses de sécurité sociale. Les organismes restent souvent sous tension pour le respect des engagements quantifiés de réponse téléphonique, fixés à un haut niveau de décroché pour près de 59 millions d'appels sur les réseaux les plus sollicités.



La forte demande et le haut niveau d'accessibilité fixé comme objectif ont conduit les organismes à se doter progressivement d'architectures techniques et de compétences adaptées à ce mode de contact. Ce dernier, de plus en plus accessible, le plus souvent grâce à des numéros nationaux uniques au coût d'un appel local ou gratuits depuis un poste fixe, continue de connaître un vif succès. Les divers organismes poursuivent l'adaptation de cette offre afin de se conformer aux objectifs COG, en achevant une organisation en plateformes spécialisées ou en organisant des mutualisations entre organismes voire entre plateformes dans d'autres cas.





Le taux d'appels auquel il est répondu par un agent n'est que de 85 % en 2011 pour les CPAM, contre un objectif COG ambitieux de 90 % vis-à-vis du grand public. L'ajustement offre/demande demeure difficile à équilibrer malgré un numéro national et des plateformes téléphoniques permettant des solidarités inter-organismes. Ce résultat correspond en fait à un début d'année sous tension suivi de résultats supérieurs à 90 % en août, septembre et octobre. Certaines fonctionnalités automatiques du serveur vocal sont de moins en moins sollicitées (5,3 millions d'appels en 2010 et 3,3 millions en 2011) au profit du compte assuré disponible sur internet qui permet l'accès direct à des attestations téléchargeables, à des relevés de remboursements et autres services. La caisse nationale entend notamment améliorer les résultats en faisant prendre en charge une partie des appels des CPAM franciliennes, dont les résultats sont très dégradés et les volumes d'appels importants à l'échelle du réseau, par des CPAM de petite taille, sur le modèle des initiatives entre CAF. Par ailleurs, en matière de téléphone, l'année 2011 est marquée par des travaux très structurants pour simplifier l'accès des professionnels de santé auprès des CPAM, des MSA et du RSI avec la création d'une ligne dédiée dans chaque organisme.

Pour les CAF, en 2011, on note une amélioration significative du nombre d'appels traités par les agents, dans un contexte de légère réduction du nombre d'appels. 86,1 % des appels ont été traités par les agents. Ce résultat reste en-deçà de l'objectif COG de 90 % même s'il augmente de 6,7 points entre 2010 et 2011. Cette amélioration participe d'une organisation plus efficiente, au-delà de la légère diminution des appels. En effet, la CNAF a mis en place une nouvelle doctrine d'accueil téléphonique, avec une organisation de la réponse aux usagers en trois niveaux (information générale, personnalisée, expertise aux allocataires par un technicien-conseil). Cette organisation est complétée par la mutualisation de l'activité téléphone entre les caisses, par exemple par la prise en charge par de CAF en milieu rural d'une partie des appels destinés aux CAF franciliennes. En outre, la branche met en œuvre des plateaux spécialisés de réponse téléphonique nationale pour les aides au logement des étudiants par exemple.

La CNAV a pour la première fois depuis le début de la COG atteint ses objectifs en matière de décroché téléphonique avec au moins 90 % d'appels décrochés dans 14 CARSAT. Elle est parvenue à ce résultat notamment en restructurant ses services au niveau de la caisse nationale

et en conduisant un travail spécifique avec les plateaux téléphoniques en difficulté grâce à l'appui d'un superviseur national. Considérant que les assurés devaient bénéficier d'une offre de service de qualité sur l'ensemble des questions ayant trait aux récentes modifications législatives, la CNAV a mis en place un choix « réforme » à l'entrée du 39 60, le numéro unique de la branche vieillesse. Les appels ont été orientés vers la caisse de résidence de l'appelant et les assurés mis en relation directe avec le téléconseiller sur une file dédiée, ce qui a permis de prendre en charge les appels relatifs à la réforme à 95 %, grâce à un pilotage resserré conduit par le superviseur national de la branche.

Le taux d'appels efficaces des URSSAF s'élève en 2011 à 96,9 %, sur la base d'un délai minimal du décroché fixé à 2,5 minutes. S'agissant des cotisants ISU, le taux de décroché téléphonique s'est amélioré significativement en 2011, atteignant presque la cible fixée par les tutelles de 85 %. Le RSI a fait appel à un prestataire externe pour gérer une partie de ses appels ISU afin d'arriver à ce taux. Parallèlement, la caisse nationale équipe l'ensemble de son réseau de la même solution téléphonique et après une période d'expérimentation, elle s'est engagée dans la constitution de groupes de caisses mutualisant leurs prises d'appels, solution permettant d'améliorer très sensiblement le taux de décroché et la qualité de la réponse.

Le taux d'appels aboutis en MSA s'est amélioré au cours de l'année 2011 de 81,7 % au 1<sup>er</sup> trimestre à 84,1 % au 4<sup>e</sup> trimestre, tout en restant en dessous de l'objectif COG attendu de 85 %. La CNIEG a mené plusieurs enquêtes de perception/satisfaction en 2011. Les améliorations attendues portent sur la clarté des messages délivrés par le serveur vocal et sur la personnalisation des conseils. À cet effet, la refonte de l'arborescence du serveur pour optimiser les accès et faciliter l'aiguillage des appels de manière automatisée est inscrite en priorité dans les objectifs 2012. On peut aussi citer une « ligne handicap » ouverte en 2012 dans cette caisse. Elle vise à personnaliser la prise en charge des populations en situation de fragilité par la mise à disposition de gestionnaires spécialisés. L'affilié concerné est soit pris directement en charge soit orienté vers une boîte vocale sur laquelle il laisse ses coordonnées pour être rappelé dans la journée. On peut noter avec intérêt que, sur la période 2011/2012, son nombre d'appels a baissé de plus de 15 %, soulignant ainsi la plus grande autonomie de la clientèle due pour une large part aux informations pratiques accessibles sur le site internet de la caisse.

La CRPCEN a entamé la rénovation de son accueil téléphonique lors de la précédente COG 2008-2011 par la création, en juin 2011, du Centre de la Relation Clients (CRC) avec un numéro unique d'accès. La plateforme téléphonique gère les appels de l'assurance maladie, de l'action sociale et, depuis octobre 2011, ceux relatifs aux pensions. Malgré l'augmentation de + 6 % du nombre d'appels entrants, le taux de décrochés reste stable à 88,61 %, en phase avec l'objectif. Dans les dispositions de la présente COG 2012-2015, il est prévu que les appels du recouvrement soient également repris par cette plateforme, qui s'est dotée d'un outil de gestion de la relation client permettant d'établir l'historique des contacts. Différentes actions ont été menées depuis 2009 par la CPRPSNCF telles que, par exemple, la mise en place d'un serveur vocal facilitant l'orientation des appels vers le bon service, pour améliorer son pourcentage d'appels aboutis. En conséquence, les résultats 2011 sont meilleurs qu'en 2010 avec 89,9 % d'appels téléphoniques aboutis (87,8 % en 2010), pour un objectif COG 2011 fixé à 88 %.

Les organismes offrent depuis plusieurs années la possibilité d'être contactés à tout moment et d'obtenir une réponse rapide sans se déplacer, ni appeler un téléconseiller grâce au courrier électronique. Il constitue dorénavant un véritable mode complémentaire de contact.

### **1.2.1.3. Le développement des contacts par courriel**

Les dernières générations de COG intègrent pleinement le courriel comme mode de relation avec l'utilisateur, avec un engagement de réponse sous 48 heures. Les volumes ont également atteint des chiffres significatifs : 2,9 millions de courriels avec les CPAM et 2,8 millions avec les CAF en 2011. La CNIEG a vu son volume progresser de 80 % entre 2010 et 2011. Ce mode de contact s'est systématisé dans l'ensemble des organismes. Dans l'attente d'une plateforme sécurisée des échanges dématérialisés, la CRPCEN a mis en place en avril 2012 une adresse générique avec un impact immédiat en termes d'augmentation significative de ce moyen de communication dès l'annonce de sa mise en œuvre.

En termes de performance, en 2011, 93 % des courriels des CPAM et 99,6 % des courriels des URSSAF ont été traités dans les 48 heures, en augmentation par rapport à 2010.

Le traitement de ces courriels est de mieux en mieux piloté en multi-canal. Tout d'abord, ces instances sont souvent intégrées dans l'application de gestion de la relation client. C'est aussi le cas à la CNIEG. Aujourd'hui, les services de prévoyance et de retraite de la CPRPSNCF reçoivent et traitent une part croissante de courriels provenant des assurés. Une action de rationalisation de la gestion de ces courriels est en cours.

Une étape importante est en train d'être franchie sur la gestion des courriels, en les intégrant aux espaces personnels comme sur « Mon compte ameli », les espaces personnels des sites de la CAF, de la MSA et de l'URSSAF. La gestion des courriels par ce biais facilite l'identification, la sécurisation, le suivi avec les autres instances du dossier et la traçabilité des échanges. Ce mode de contact continue d'évoluer vers une meilleure intégration multi-canal très en lien avec les diverses fonctionnalités développées sur internet.

### **1.2.1.4. Le développement de l'offre internet**

L'essentiel des progrès directement perceptibles par l'utilisateur correspondent à l'extension des fonctionnalités des sites internet. Les organismes développent considérablement l'information généraliste de leurs sites internet, les possibilités d'accéder à un espace personnel pour connaître et gérer ses droits, notamment avec l'extension des formalités réalisables en ligne.

**Le succès de fréquentation des sites internet généralistes des organismes ne se dément pas.** Le site ameli.fr continue sa progression avec plus de 60 millions de visites en 2011 et le site ameli-direct.fr, qui présente les références des professionnels de santé en connaît environ 400 000 par mois. Cette même année, le site généraliste caf.fr a fait l'objet de 177 millions de visites et le site de l'assurance retraite a enregistré plus de 3,7 millions de visites. Tous les organismes poursuivent, à des degrés divers, l'adaptation de leur ergonomie, la clarté et l'exhaustivité de leur information généraliste afin de conforter ce mouvement.

Le site de l'assurance maladie ameli.fr demeure le plus fréquenté mais n'est pas le seul offert par la CNAMTS. Il fournit des informations généralistes sur les prestations pour les assurés, entreprises et professionnels de santé mais se voit complété par d'autres sites qui recensent des professionnels de santé avec des indications sur leur tarification et également un site dédié à la prévention santé. L'espace « Employeur/Entreprise » d'ameli.fr s'est enrichi de deux nouvelles rubriques « Vos cotisations » et « Prévention ». En plus des démarches liées à sa relation avec l'assurance maladie (indemnités journalières par exemple), l'entreprise y trouve un

contenu pratique sur les risques professionnels : démarche à faire lors d'un sinistre professionnel, règles de calcul du montant de l'indemnité journalière AT/MP ou celles de la tarification de son taux de cotisation. La rubrique « Prévention » aborde la prévention des risques professionnels sous l'angle « informations utiles », notamment les conventions nationales d'objectifs (CNO), les recommandations et les supports d'information. En 2011, depuis leur ouverture, ces deux espaces recensent en moyenne une audience globale de 335 000 visiteurs par mois soit 15 % de plus que l'ancien dispositif internet de la branche AT/MP.

Le site internet [caf.fr](http://caf.fr) constitue également l'un des premiers sites des organismes de service public. Sa fréquentation a augmenté de 14 % entre 2010 et 2011. Son ergonomie a été entièrement revue mi-2012 notamment par l'introduction d'une base de connaissance structurée à partir de situations et événements de la vie des usagers. En complément à ces avancées, la branche famille dispose d'un outil national lui permettant d'assurer sur l'ensemble du territoire une mission d'information en matière d'accueil du jeune enfant. À ce jour, le site [mon-enfant.fr](http://mon-enfant.fr) recense la quasi-totalité des établissements d'accueil du jeune enfant, des relais assistantes maternelles (RAM), des lieux d'accueil enfants-parents et des accueils de loisirs financés par la branche Famille. Les coordonnées des assistantes maternelles ayant donné leur accord sont en ligne dans 82 départements, ce qui porte à 163 678 le nombre d'assistantes maternelles recensées sur le site, soit plus de la moitié de celles en activité. Le site, qui a enregistré en 2011 2 611 854 visites contre 1 665 306 en 2010, soit une progression de 56,8 %, a été primé par l'Association internationale de la sécurité sociale.

La refonte du portail national [www.urssaf.fr](http://www.urssaf.fr) a été engagée en 2011 et devrait être achevée fin 2012. L'objectif est notamment de faciliter la navigation, assurer une meilleure connaissance par le cotisant des évolutions réglementaires et législatives et favoriser l'intuitivité dans l'accès aux différents services et informations du site. L'ACOSS travaille par ailleurs en étroite collaboration avec le site [www.net.entreprises.fr](http://www.net.entreprises.fr).

Le site internet de la CNIEG est un vecteur essentiel de la communication vers les clients qu'ils soient affiliés, pensionnés ou employeurs, notamment dans le cadre de la réforme du régime spécial instaurée par le décret n° 2011-290 du 18 mars 2011. Afin d'améliorer l'information auprès de ses affiliés la CPRPSNCF a mis en œuvre un projet de refonte du site internet qui a abouti au cours de l'année 2011 : le nouveau site a en effet été ouvert au grand public fin septembre 2011. Pour sa part, la CNMSS a également complètement revu son portail internet en mai 2012. Dernier en date, la CCMSA a refondu la présentation de son site internet en août 2012 pour une meilleure lisibilité et une meilleure valorisation des services en ligne proposés.

**L'avancée majeure de ces sites, outre leur ergonomie, repose sur la montée en charge des espaces personnels**, auxquels les usagers accèdent avec un identifiant et un code confidentiel, dont la fréquentation progresse à mesure que les fonctionnalités offertes s'enrichissent.

Plus de 8,4 millions d'assurés disposaient d'un compte sur [ameli.fr](http://ameli.fr) fin 2011 dont les fonctionnalités se sont encore développées en 2011 et où l'on peut disposer en lecture immédiate de l'ensemble de ses droits et remboursements, sans attendre un envoi par courrier. Ces progrès sont également marqués pour les professionnels de santé abonnés à espace pro, qui étaient près de 336 000 fin 2011 et y suivent plus facilement leurs remboursements ou leurs dossiers patients.

La refonte du site caf.fr a été réalisée en 2012 avec le double objectif d'apporter une réponse adaptée à un nombre croissant d'allocataires internautes et de mieux maîtriser les flux. Le site a été profondément revu pour que la rubrique « mon compte » devienne un véritable noyau central de la relation à l'utilisateur et de la formalisation d'une nouvelle approche pour les données de contact. Pour la MSA, le nombre d'inscrits à l'espace privé internet est de 911 000, par rapport à une cible de 600 000 inscrits en 2011. L'originalité de la démarche de la caisse réside dans un numéro de téléphone d'aide à l'utilisation du site. Sa vocation n'est pas de répondre au fond sur les prestations mais d'épauler l'utilisateur dans ses démarches en ligne et, ce faisant, de mieux identifier les points de progrès qui favoriseraient une plus grande clarté et une meilleure appropriation.

Pour sa part, le RSI a ouvert depuis le 2 janvier 2012 un Portail Compte Assuré permettant aux ressortissants du RSI d'avoir accès à des services dématérialisés : demandes d'attestations en ligne (marchés publics et attestation de vigilance), demandes de Relevé de Situation Individuelle Retraite (RISe), demandes de révision d'assiette de cotisations, demandes de régularisation anticipée. Ces télé services continueront d'être enrichis en 2013 (télépaiement, décompte remboursement santé, etc.).

La rénovation du site internet de la CRPCEN sera finalisée début 2013 pour répondre aux attentes de ses différents publics en simplifiant la navigation et en leur offrant des espaces dédiés aux téléservices qui seront développés tout au long de la COG 2012-2015.

### **La nature et la variété des téléservices offerts sur ces sites et espaces ne cessent de se développer.**

En 2011, un ensemble de services ont été ajoutés sur « Mon compte ameli ». L'assuré peut y consulter et obtenir une attestation de droits ou d'indemnités journalières. Il peut y demander sa carte européenne d'assurance maladie ou le remplacement d'une carte Vitale perdue ou volée. Ces fonctionnalités, choisies grâce à l'analyse des principaux motifs de contacts, rencontrent un vif succès : 2,7 millions d'attestations de droit ont été téléchargées directement à partir du compte personnel en 2011. Il est aussi possible pour le professionnel de santé depuis l'année dernière de réaliser directement dans son cabinet la déclaration de médecin traitant sans recourir à des formalités papier. Les démarches en ligne ont ainsi été développées afin de permettre à l'assuré de gérer sa situation administrative (état-civil, déclaration de bénéficiaires, changement d'adresse, changement de coordonnées bancaires) et d'administrer sa relation entre l'assurance maladie et sa complémentaire santé. Un enrichissement du compte assuré est prévu pour permettre de suivre le dossier administratif et obtenir directement des documents en ligne. L'échange avec les entreprises pour la gestion des indemnités journalières rencontre également un franc succès. Plus de 6 millions d'attestations de salaires ont été transmises de manière dématérialisée en 2011 contre seulement 4,8 millions en 2010.

La télé-procédure de demande d'allocation logement sur caf.fr, encore réservée aux étudiants en 2011, a été ouverte à l'ensemble des bénéficiaires en 2012. L'enjeu est considérable puisque actuellement 900 000 demandes d'aide au logement sont réceptionnées dans l'année par l'ensemble des CAF, dont 400 000 demandes d'allocation logement à caractère familial et social. Les services de la CNAF offriront bientôt la possibilité de numériser les pièces justificatives plutôt que de les adresser par courrier. Dans ce même domaine, la CNAF poursuit l'expérimentation d'Idéal (Intégration des demandes d'aides au logement). Ce dispositif permet au bailleur social de transmettre sous la forme d'un flux dématérialisé et sécurisé les éléments constitutifs de la demande d'aide au logement. Surtout la refonte de l'espace personnel permet une meilleure administration des données de base de l'allocataire et du foyer, plus complète et plus simple, pour l'utilisateur et les CAF. D'autres téléprocédures ont vocation à être proposées rapidement sur le site.

La CNAV a enrichi son portail unique de branche de nouveaux services auxquels elle encourage les assurés à s'abonner. Elle s'implique de plus en plus fortement dans une stratégie de co-production, à travers la mise en place de télé-procédures intégrées, considérant qu'un des leviers pour diminuer sa charge de travail est de faire participer l'assuré au recueil des données, en l'incitant à fournir des informations directement en ligne. Elle est l'une des premières à avoir créé des applications smartphones, de nature à apporter des informations générales sur la réglementation et les voies de contacts avec les CARSAT.

Pour l'ACOSS, en matière de dématérialisation, les résultats 2011 sont très supérieurs à ceux de 2010. 68,6 % des entreprises du secteur privé déclarent leurs cotisations en ligne, l'objectif COG 2013 de 61,5 % étant ainsi dépassé. La progression est particulièrement importante pour les entreprises de moins de 20 salariés (42 % en 2010 et 63,5 % en 2011). Le taux de paiements dématérialisés en montant dans le secteur privé atteint 91,6 % en 2011 (objectif COG 2013 de 90 %). La progression la plus importante est également constatée pour les entreprises de moins de 20 salariés (57,8 % en 2010 et 65,3 % en 2011). La part des volets dématérialisés est de 46,7 % pour le CESU (objectif COG 2013 de 42 %) et de 94,3 % pour la PAJE (objectif COG 2013 de 90 %). La croissance importante constatée pour la PAJE est liée au fait que, depuis avril 2010, les nouveaux employeurs qui adhèrent au dispositif sont préinscrits en dématérialisation et ne reçoivent pas de carnets sociaux « papier » à moins d'en faire la demande.

Le projet « 100 % dématérialisé » consiste à valoriser les services dématérialisés existants et à en développer de nouveaux. À terme, les cotisants pourront réaliser en ligne, outre la déclaration, le paiement des cotisations et la consultation du compte, des demandes d'attestations et d'informations juridiques et certains actes de gestion comme les demandes de délais de paiement ou de remises de majorations de retard. Ces résultats ont été obtenus grâce aux actions de promotion des services dématérialisés notamment auprès des experts-comptables ainsi qu'à la généralisation de la suppression de la Déclaration unifiée de cotisations sociales (DUCS) « papier » et de la dématérialisation du tableau récapitulatif (TR) des cotisations. En outre, un service d'assistance aux services dématérialisés a été déployé afin d'en faciliter l'utilisation.

Certains régimes se rallient à ces solutions existantes en parallèle d'offres spécifiques. En mars 2011, la CRPCEN a mis en œuvre « mon compte assuré » sur [ameli.fr](http://ameli.fr) de la CNAMTS permettant aux assurés de disposer d'une offre de service rapide. Le prochain téléservice mis en place d'ici la fin de l'année 2012 concernera l'utilisation du portail NetEntreprises permettant aux notaires d'envoyer, à la CRPCEN, leur déclaration de cotisations et le paiement de celles-ci de façon dématérialisée.

L'ensemble des organismes offrent également depuis l'été 2012, en étroite coopération entre la CNAV et la DGME, un guichet internet visant à simplifier les démarches de déclaration d'un décès auprès de la sécurité sociale. Ce service permet de connaître les organismes de sécurité sociale déjà destinataires automatiquement de l'information par un circuit automatisé mairie/INSEE/SNGI, cette dernière base de données étant accessible aux organismes gestionnaires de la protection sociale. La liste des organismes abonnés à ce service va progressivement être complétée et, à mesure que les délais de communication mairie/INSEE seront améliorés, la part des personnes devant fournir un avis de décès aux organismes sociaux s'amenuisera.

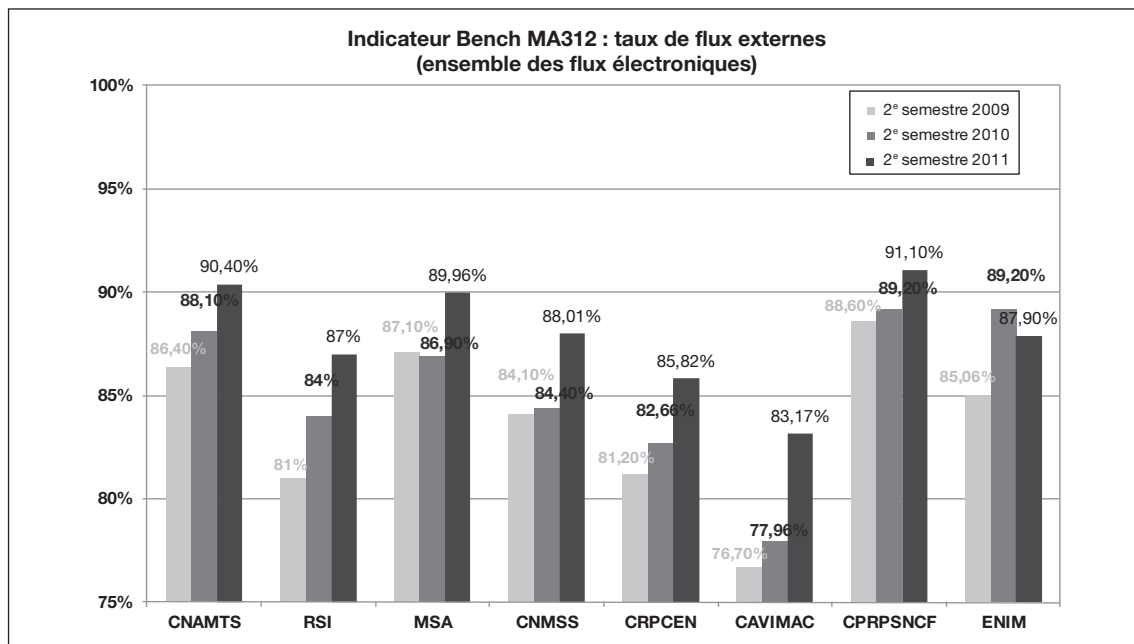


## 1.2.2. Des délais de traitement mieux maîtrisés grâce à la progression des échanges dématérialisés

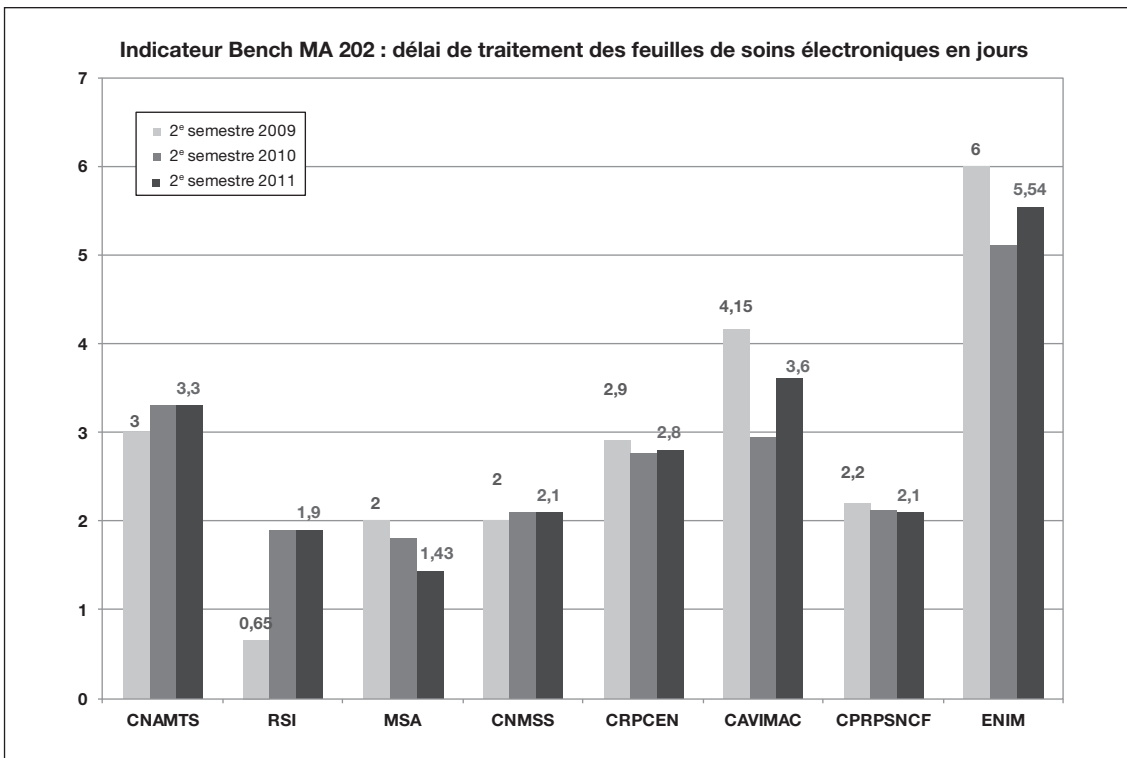
La maîtrise des délais de traitement constitue un enjeu constant de gestion afin de satisfaire les usagers dans les meilleurs délais mais aussi de réguler une partie des flux de contacts, liés à une réassurance quant à l'état d'avancement des dossiers adressés. Il est indéniable que les progrès des téléprocédures sont de nature à améliorer ces délais, comme l'illustre le cas de la feuille de soins électronique. Les COG ont ainsi fixé des engagements de service volontaristes dans tous les domaines d'activité et auprès de l'ensemble des opérateurs.

### 1.2.2.1. L'apport des échanges dématérialisés au respect des délais de traitement

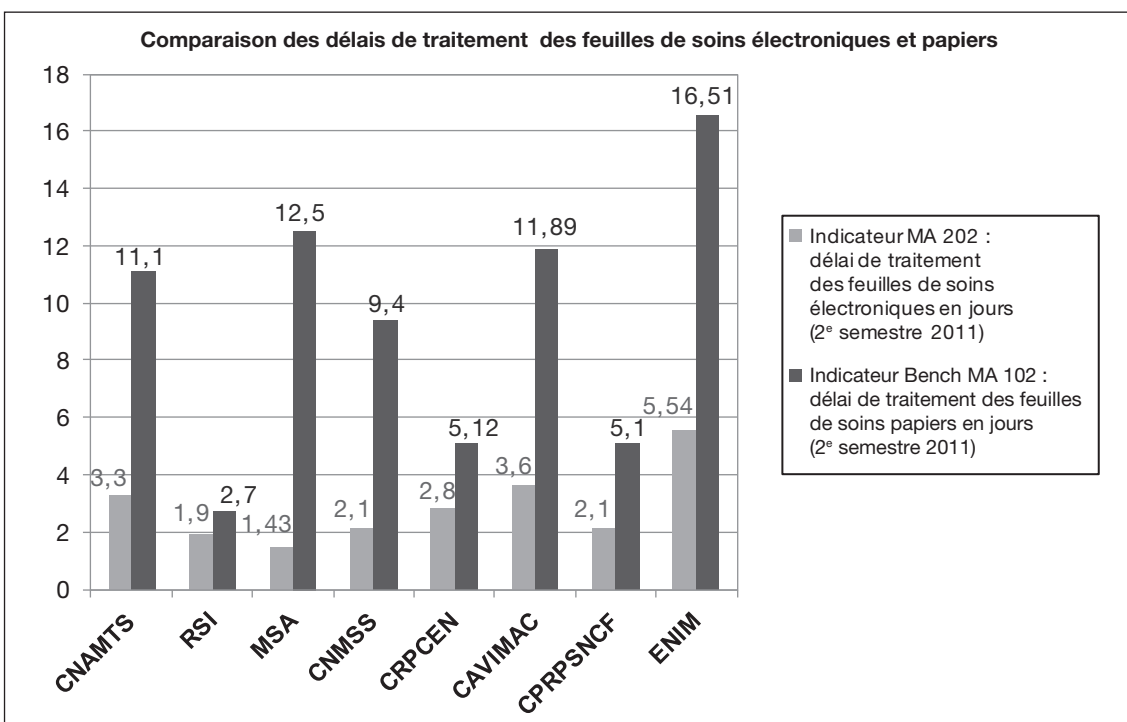
Le premier des progrès tiré de la dématérialisation qui se traduit par un haut niveau de qualité de service résulte du déploiement sur la quasi totalité des professionnels de santé et des assurés des flux dématérialisés, associés directement ou non à l'utilisation de la carte Vitale. Ce point est illustré par le graphique ci-dessous.



Le délai de traitement des feuilles de soins, objet d'une attention constante des organismes d'assurance maladie, entre dans le panier des quelques indicateurs du baromètre des services publics, qui présente les attentes les plus cruciales des usagers au regard des administrations.



Les CPAM affichent un délai moyen de traitement de 3,3 jours, soit un remboursement par la sécurité sociale dans des délais comparables au décaissement par l'assuré social. 90,3 % des remboursements des CPAM sont aujourd'hui issus de feuilles de soins électroniques ou de flux dématérialisés, contre 88 % en 2010. Face à ce traitement très automatisé et extrêmement rapide, les différents organismes conservent une organisation parallèle pour la part décroissante mais toujours trop élevée des feuilles de soins papier, dont les délais de traitement sont sans comparaison en raison de la charge administrative de ce processus.



Si la feuille de soins électronique permet d'alléger les démarches de l'assuré, il existe de nombreux domaines en fort développement, où les organismes de sécurité sociale ont mis ou mettent en place des échanges de données qui ont vocation à simplifier, fiabiliser et accélérer le traitement des dossiers.

En ce qui concerne les entreprises, la dématérialisation des Déclarations annuelles des données sociales (DADS) poursuit une progression continue dans le temps : 95 % en 2009, 97,4 % en 2010 et 98,8 % en 2011, franchissant ainsi le cap des 2 millions de DADS dématérialisées. Le taux avoisine en 2012 les 100 %. L'ACOSS a poursuivi avec la CNAMTS et la CNAV ses travaux sur le rapprochement des données entre les déclarations annuelles de données sociales (DADS) et les bordereaux récapitulatifs de cotisations (BRC). Pour leur part, les CAF collectent dorénavant directement les ressources de leurs allocataires directement auprès des services fiscaux dans 84 % des cas.

Dans le cadre des travaux de la Déclaration sociale nominative (DSN), les organismes et l'État préparent une collecte mensuelle des données individuelles du salarié auprès de son employeur. Cela autorisera un suivi infra-annuel plus simple et potentiellement utilisable pour justifier de données sollicitées par d'autres organismes sociaux, faute d'en disposer au fil de l'eau. Le déploiement de ce projet prévu en 2016 devrait connaître de premières fonctionnalités concrètes dès 2013. Plus largement, les pouvoirs publics et les organismes réfléchissent à la meilleure manière d'échanger des données produites ou déjà connues de l'administration sans re-solliciter inutilement l'usager.

### **1.2.2.2. Des engagements de délai adaptés à la nature des prestations**

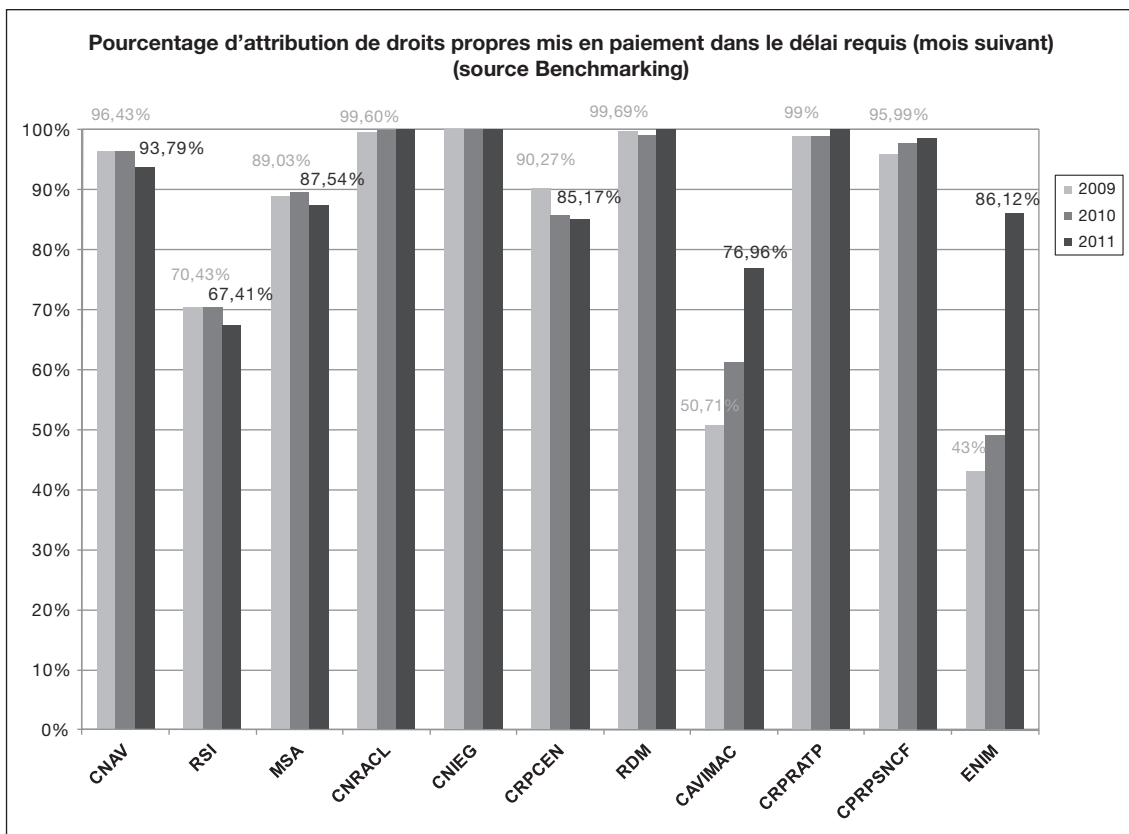
Outre le traitement des feuilles de soins, la CNAMTS a confirmé en 2011 un bon niveau général d'atteinte de ses engagements de services, sur les délais de traitement des dossiers AME et CMU-C, les délais de délivrance de la carte Vitale.

L'indicateur de délai de règlement de la première indemnité journalière non subrogée constitue un engagement de service traditionnellement difficile à atteindre pour la CNAMTS.

La cible 2011 (35 jours) n'est pas atteinte. Des progrès importants ont néanmoins été enregistrés, puisque les résultats 2009 étaient de 46,7 jours. La CNAMTS avait en 2010 atteint les objectifs COG avec 38,2 jours pour une cible de 40 jours. La CNAMTS estime que la non-atteinte de la cible 2011 pourrait s'expliquer par une résorption de stocks de dossiers anciens. Les premiers mois de 2012 font apparaître une relative amélioration (34 jours, pour une cible 2012 de 30 jours).

Dans les CAF, avec un résultat de 80 %, le taux de pièces traitées en moins de 15 jours en 2011 affiche un écart de 5 points par rapport à l'objectif COG fixé à 85 %. Ce résultat est inférieur de 3,2 points à celui de 2010. On observe cependant que près de 60 % des CAF respectent l'objectif. Les CAF ont en fait continué de privilégier le traitement prioritaire en moins de 10 jours des prestations liées aux minima sociaux. Avec un résultat de 93,9 %, la branche progresse encore de 0,4 point par rapport à l'année 2010. Pour la MSA, le nombre des demandes de prestations familiales traitées dans les délais se détériore conjoncturellement en 2011 du fait de l'amplification des restructurations de caisses (spécialisation des sites par type de législation au sein des caisses notamment) mais les résultats devraient s'améliorer en 2012-2013.

Ces objectifs de délai sont également très prégnants auprès des organismes de retraite dont un des premiers engagements est d'assurer le versement de la première pension dans les délais requis afin de garantir la continuité de ressources des retraités. Le graphique ci-dessous illustre, en l'occurrence, le suivi de cet objectif auprès de tous les gestionnaires du risque retraite :



On constate, de manière générale, que les régimes dont les délais de liquidation des pensions étaient d'ores et déjà satisfaisants maintiennent ou améliorent légèrement leur performance, et pour ceux qui jusqu'alors rencontraient des difficultés à remplir l'objectif, un effort a été accompli en ce sens bien que des marges de progression demeurent.

Les performances du RSI en termes de respect du délai de traitement des pensions de retraite sous 60 jours à compter de la demande de première intervention (67,4 %) et de réversion (27,9 %) sont cependant grevées du fait des dysfonctionnements de l'ISU d'une part, et de lourdes opérations associées de radiation et de clôture du compte cotisants et des délais d'obtention de revenus définitifs d'autre part. Le contrôle et les redressements manuels pour assurer la liquidation à bon droit de la prestation attendue de l'assuré indépendant expliquent une partie des délais constatés. Les échanges inter régimes impliqués par la mise en place du régime interlocuteur unique (RIU) et la règle du minimum contributif contribuent également à freiner la reprise de performance au niveau des droits dérivés.

Quant aux URSSAF, le délai de mise à jour du compte cotisant après réception de son bordereau déclaratif et du paiement continue de s'améliorer. Il passe d'une actualisation en 10 jours dans 99,2 % des cas en 2009 à 99,4 % en 2010, et à 99,45 % en 2011 au-delà des objectifs fixés par la COG. Mais les URSSAF travaillent aussi à l'amélioration du recouvrement. Le délai moyen de mise en recouvrement des cotisations sociales est orienté à la baisse depuis le déploiement progressif des socles communs de bonnes pratiques qui ont permis aux URSSAF d'agir au plus vite auprès des cotisants afin de faciliter la récupération des créances et des déclarations. S'agissant des créances, les relances téléphoniques sont effectuées dans la semaine qui suit la mise en recouvrement, les avis amiables adressés en moins de 11 jours calendaires et les mises en demeure en moins de deux semaines.

Les organismes mobilisent évidemment leurs moyens pour traiter les dossiers rapidement, ce qui demeure l'attente principale des usagers. Ils restent toutefois extrêmement attentifs à la qualité

du traitement des dossiers, indispensable pour garantir la satisfaction et la non réitération des démarches. Les résultats des enquêtes de satisfaction, les conclusions tirées des échanges avec des groupes d'utilisateurs permettent aux organismes et à l'État de disposer d'une meilleure connaissance de leur perception du service et de leurs attentes prioritaires, sans se limiter à une gestion purement quantitative de la charge de travail.

### **1.3. Renforcer la politique de contrôle**

Si le contrôle a toujours été une activité importante des organismes, l'accent porté depuis sur la lutte contre la fraude a renforcé cette politique.

#### **1.3.1. Une meilleure appréhension de la maîtrise des risques**

La maîtrise des risques, et cela quelle que soit la branche ou le régime concerné, comporte différents axes stratégiques et leviers d'action sur lesquels les caisses se mobilisent de manière à renforcer le contrôle mais également à éviter la survenance même des risques par une meilleure maîtrise des processus.

De façon novatrice, en agissant sur le risque en amont de sa réalisation avec les plans de maîtrise des risques mais également avec des aspects plus classiques tels le développement de répertoires, le contrôle interne ou encore l'optimisation des méthodes de travail.

##### **1.3.1.1. L'appropriation de la démarche de maîtrise des risques par chaque branche**

**Harmoniser et professionnaliser la gestion des contentieux constitue un enjeu important pour la sécurisation financière de la Branche AT/MP.** Après la centralisation du contentieux de la tarification assurée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France, c'est la gestion des contentieux sur le taux d'incapacité permanente qui a été centralisée en avril 2011. Ainsi, la représentation de l'ensemble des CPAM, pour leurs dossiers de contentieux techniques AT/MP devant la Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail (CNITAAT), est désormais assurée par la Caisse d'Assurance Maladie de la Somme. Neuf mois après sa mise en place, cette toute nouvelle organisation a déjà permis de plaider 301 dossiers au cours de 36 audiences. Elle s'intensifie avec pour le premier trimestre 2012, 359 dossiers confiés à la Caisse d'Assurance Maladie de la Somme, dont 225 déjà plaidés au cours de 17 audiences.

**Pour la CNAF**, le bilan est en demi-teinte. Si les indicateurs quantitatifs prévus par la précédente COG relatifs au pourcentage d'opérations contrôlées sont largement atteints, la refonte du dispositif de contrôle interne (déploiement d'une approche par processus) connaît un retard significatif (1 processus sur 10 déployé en 2011) et les indicateurs qualitatifs suivis en dehors de la COG (tests de reliquidation) mettent en évidence une qualité de la liquidation dégradée par rapport à 2010 (2,4 % de taux d'erreur à incidence financière contre 1,9 % en 2010). Cette situation a conduit la Cour des comptes à exprimer un refus de certification des comptes 2011 alors qu'elle les avait certifiés pour les exercices 2009 et 2010.

Au-delà de ses travaux de construction d'un référentiel unique de maîtrise des risques, **la CNAV** doit définir un plan d'actions d'ici la fin de la COG pour réduire significativement les erreurs de portée financière et améliorer la qualité de la liquidation en CARSAT, l'impact des anomalies étant élevé en termes de charges de travail.

L'amélioration de la qualité des droits mis en paiement est suivie au travers de deux indicateurs :

- l'Indicateur Qualité des dossiers Validés (IQV) qui mesure le taux de dossiers sans erreur à incidence financière, mesuré au stade du contrôle des agences comptables préalablement à la mise en paiement. C'est un indicateur quantitatif qui permet d'évaluer la qualité de la liquidation en « sortie » des services de production ;
- le Taux d'incidence financière (TIF) des erreurs, qui constitue l'indicateur qualitatif de mesure du risque financier résiduel, fondé sur les résultats d'une re-vérification exhaustive des données de carrière et du calcul du droit d'un échantillon de 6 000 dossiers mis en paiement dans l'exercice (50 dossiers par mois et par caisse). Il rapporte le montant des erreurs financières de l'échantillon contrôlé aux montants initiaux de l'échantillon.

Malgré une légère amélioration (+0,24 %) par rapport à 2010, l'**IQV** reste en deçà de l'objectif fixé par la branche pour 2011 (93,96 %). Une part importante des erreurs relève d'une saisie erronée par les techniciens ou d'erreurs dans les pièces justificatives et serait ainsi évitable.

Après une nette amélioration en 2010 (-0,2 %), le **TIF** se dégrade de manière sensible en 2011 (+0,1 %) pour atteindre 0,686 %. Il demeure cependant conforme à l'objectif de la branche pour 2010 (0,700 %). Cette dégradation s'explique, selon la CNAV, par un poids relatif des dossiers de droits dérivés dans l'échantillon plus important que les exercices passés, en lien avec la réforme des retraites. Le montant des erreurs affectant ces droits étant généralement plus élevé que celui des erreurs relatives aux droits propres, leur montant moyen annuel (numérateur du TIF) est ainsi passé de 330,13 € par dossier erroné en 2010 à 417,38 € en 2011.

La faiblesse de la liquidation dans les agences de petite taille a été pointée par la Cour des comptes qui évoque un épuisement du modèle de proximité et des agences retraite. Le lien s'opère difficilement ou pas du tout avec les équipes de supervision côté ordonnateur et les équipes de contrôle des agences comptables. En conséquence, les taux d'erreurs des techniciens du service ordonnateur (indicateur IQL) stagnent à des niveaux élevés depuis plusieurs années, avec un impact majeur sur la charge de travail, au-delà des problèmes de non-qualité. La caisse nationale admet les limites de cette organisation et travaille à son redressement.

La cartographie des risques **des URSSAF**, adossée au référentiel des fonctions et processus et finalisée en 2010, a été déployée dans les organismes les plus importants du réseau et le premier plan national de maîtrise des risques intégrant notamment les recommandations de la Cour des comptes a été élaboré et diffusé. Le plan 2012 et ses déclinaisons locales s'appuient sur le nouvel Outil national de maîtrise des risques (ONMR).

Pour la **MSA**, en 2011 l'ensemble des 20 processus métiers socle (PMS) du dispositif de contrôle interne ont été diffusés dans le réseau. L'indicateur relatif au taux d'erreurs dans les dossiers mis en paiement, dont le résultat est de 4,09 %, reste encore élevé même s'il atteint la cible COG (moins de 6,4 % d'erreurs).

La mise à jour du référentiel national de contrôle interne du **RSI** a porté en 2011 sur les processus relatifs à la liquidation et à la révision des pensions de retraite de droits propres et de droits dérivés, au contrôle des carrières et à la maîtrise des missions déléguées aux organismes conventionnés. Les travaux démarrés en 2011 et poursuivis en 2012, notamment sur le recouvrement des cotisations (phase amiable), incluant ainsi les changements liés à l'ISU, le recouvrement contentieux et les affiliations/modifications/radiations, participent au plan d'actions pour la certification des comptes que la caisse nationale du RSI pilote dans un but d'obtention de cette certification pour les comptes 2013.



S'agissant des régimes spéciaux, la **CNIEG** a défini 3 niveaux de risques: risque opérationnel (potentiel ou avéré inhérent à l'activité courante d'un processus et suivi par un pilote), risque majeur (avéré ou potentiel qui nécessite un suivi particulier du fait de la gravité de ses éventuels impacts financiers, réglementaires), risque stratégique (transverse, suivi par le comité de direction. Il correspond à un axe de préoccupation prioritaire dans le pilotage de la Caisse). Cette démarche est assurée au travers de l'outil informatique de maîtrise des risques, par la déclinaison de chaque risque stratégique en risques majeurs et opérationnels, eux-mêmes couverts par des contrôles et des bonnes pratiques.

Un état des lieux sur les actions de gestion du risque a été mené au sein de la **CNMSS**, ce qui a conduit à la création en 2012 d'un service spécifique.

Les plans de maîtrise des risques de la **CRPCEN** ont commencé à être rédigés en 2010 et couvrent désormais la quasi-totalité des processus de travail. Les revues de processus sont mises en place depuis 2011.

### **1.3.1.2. La consolidation des outils de maîtrise des risques**

Afin d'améliorer l'efficacité des contrôles en **CAF**, en les déclenchant plus tôt et en les ciblant mieux, la branche s'est engagée dans une démarche de *datamining*: cette nouvelle méthode de gestion et de pilotage de la vérification s'inscrit en complément des actions conduites dans le cadre de la politique de contrôle des allocataires et des tiers, dans une perspective d'amélioration de détection et de prévention des indus et fraudes. Elle permet par l'analyse de données caractéristiques d'une population à risque, soit de mieux repérer des populations allocataires comparables, soit de faire émerger des comportements atypiques pouvant induire une présomption de fraude. Le *datamining* a fait l'objet d'une expérimentation dans 17 organismes, dont les résultats satisfaisants ont permis d'envisager une généralisation en fin d'année 2011. Les premiers résultats observés de novembre 2011 à mars 2012 montrent une évolution des rendements de plus de 25 % (les taux d'indus détectés par contrôle sur place passent de 24 % à 30 %).

Le plan de maîtrise des risques de la CNAF pour 2011, au-delà des objectifs généraux de contrôle, a intégré des évolutions en termes d'amélioration de l'efficacité des contrôles. En lien avec la démarche processus, les boucles qualité instaurées en 2010 sont maintenues et d'autres ont été instaurées concernant le RSA, le traitement des déclarations de situation, et en lien avec l'amélioration de l'efficacité des contrôles, une boucle qualité sur le traitement des contrôles et leur clôture.

La **CNAV** a pris l'engagement de faire aboutir l'ensemble des conventionnements sur l'alimentation des données de carrière en provenance d'autres organismes de protection sociale à fin 2012 ce qui constitue un enjeu important en matière de sécurisation du SNGC et dans la perspective du RGCU. Le projet de décret relatif au contrôle interne qui devrait être promulgué avant fin 2012 rendra obligatoire ses conventionnements en matière d'échanges de données et aidera à l'aboutissement de ce processus.

L'**ACOSS** a fortement revu en 2011 le contrôle des éléments déclaratifs. L'augmentation et la complexité croissante des données disponibles dans les systèmes d'information ou en entrée de ceux-ci nécessitent en effet des actions importantes de fiabilisation s'appuyant sur des contrôles de cohérence appliqués dès le traitement d'intégration des éléments déclaratifs. Deux socles nationaux de paramétrage du système d'information, l'un relatif à la table des bordereaux

récapitulatifs de cotisations (BRC), l'autre relatif à la table des Déclarations annuelles de données sociales (DADS) ont été diffusés au réseau des URSSAF. Par ailleurs, l'ACOSS a poursuivi avec la CNAMTS et la CNAV le rapprochement des données entre DADS et BRC.

Le pilotage de la production et de la maîtrise des risques au sein de la branche recouvrement est assuré depuis 2010 par une direction dédiée. Les nouvelles instances de gouvernance ont été installées en 2011 avec pour objectif d'améliorer la coordination du pilotage des actions par les différents acteurs de la branche. La cartographie des risques propre à l'établissement public sera également réalisée avant fin 2012.

Le rôle et la cohérence des démarches d'audit conduites par l'ACOSS ont par ailleurs été renforcées par la création d'un comité d'audit qui coordonne le dispositif.

Les comptes 2011 de l'ACOSS ont été certifiés par la Cour des comptes qui a souligné que le transfert aux URSSAF du recouvrement des contributions d'assurance chômage s'était effectué dans de bonnes conditions. L'ACOSS engagera des réflexions en 2012 en vue de la construction d'une trajectoire de levée des réserves.

Dès début 2011, la **CCMSA** est parvenue à faire aboutir son processus de refonte du dispositif de contrôle interne et les 20 Processus Métiers Socle (PMS), dont les 14 clés au regard de la certification, ont été mis en place en début d'exercice. La matrice des risques a été finalisée et les rapports de l'audit interne montrent une amélioration générale de l'environnement du contrôle interne.

Compte tenu de ces évolutions, et sur la base des travaux réalisés pour apprécier l'efficacité du dispositif déployé, les commissaires aux comptes ont certifié l'organisme pour l'exercice 2011. Cette première certification de la branche était un enjeu très important pour la MSA qui s'est fortement investie pour atteindre ce résultat.

Pour l'exercice 2011, les comptes de la **CNIEG** ont été certifiés « réguliers et sincères ». Pour ce faire, le Directeur et l'Agent Comptable ont conçu et mis en place, en commun, un dispositif de contrôle interne permettant de maîtriser les risques, notamment financiers, directs et indirects, inhérents aux missions confiées à la CNIEG. Dans ce cadre, un Pôle Contrôle est placé sous l'autorité de l'Agent Comptable avec pour missions principales : le suivi de l'ensemble des actions relatives au contrôle interne et l'examen des résultats et des actions correctives, le pilotage de la mise en œuvre et du suivi du plan de contrôle interne, en particulier, dans le domaine de la supervision et de l'analyse des risques, l'examen des plans de contrôle des différents secteurs afin de garantir leur cohérence et leur complémentarité, la réalisation de l'audit interne.

Depuis 2011, en matière de gestion du risque, la **CPRPSNCF** a organisé ses actions de contrôle autour de deux axes que sont : les actions définies par avance à partir d'un contexte et inscrites dans un programme annuel, les signalements qui relèvent d'actions ponctuelles et ciblées sur un professionnel de santé ou un assuré à partir de comportements atypiques. Pour ce qui concerne les cartographies des risques, elles ont toutes été actualisées et complétées en 2011, y compris sur les processus de gestion administrative ou processus délégués. Elles seront complétées en 2012.

Les objectifs visés par ces actions ont été « de meilleurs soins au juste coût ». Grâce aux travaux menés par les équipes, les résultats des contrôles et signalements montrent une progression significative. Cette progression résulte d'une optimisation des contrôles en ciblant les actions avec une réelle plus-value, de l'augmentation du nombre de signalements examinés, et d'un recours aux contrôles a priori plutôt qu'a posteriori, optimisant ainsi les coûts de gestion.

Par ailleurs, pour 2012, les objectifs prévus au programme de gestion du risque sont, outre la poursuite des actions de contrôle engagées en 2011, le développement de nouveaux outils de recherche statistique des abus, fautes ou fraudes, la poursuite et le développement de la promotion de la maladie et enfin le développement des partenariats avec les autres organismes. Il est à noter qu'en 2011, 82 % des actions du plan de Contrôle Interne ont été réalisées et le taux de couverture des processus atteint 88 %, ce qui est conforme à l'objectif COG.

La certification des comptes de la **CNMSS** pour l'exercice 2011 a été obtenue sans réserve.

La **CRPCEN** s'est inscrite dans la démarche de contrôle interne depuis 2008 en définissant la cartographie des processus de la Caisse et les modalités d'audit et mission de contrôle. Cette cartographie est actualisée au moins une fois par an concernant les nouveaux contrôles. Un Comité de Pilotage « Maîtrise des Risques » est organisé chaque mois pour suivre les actions du contrôle interne. La caisse est certifiée par les commissaires aux comptes, chaque année depuis 2008, sans réserve ni observation.

### **1.3.2. La lutte contre la fraude: un axe majeur des COG**

La lutte contre la fraude à la sécurité sociale recouvre à la fois la lutte contre la fraude aux prestations et à la constitution de droits et la fraude aux cotisations. Elle constitue l'un des axes majeurs des COG actuelles, qui comprennent toutes des engagements spécifiques forts en matière de lutte contre la fraude avec des objectifs chiffrés tant en termes de détection de la fraude qu'en termes de sanction ou de recouvrement des indus frauduleux et des redressements.

Parmi les nombreux engagements contractuels souscrits en ce domaine, on peut discerner plusieurs grands axes transversaux :

- la professionnalisation des agents en charge des contrôles et des méthodes de ciblage et d'investigation ;
- le renforcement du pilotage et des partenariats opérationnels ;
- l'adaptation des systèmes d'information et le développement des croisements de fichiers permettant aux actions de lutte contre la fraude de gagner en efficacité, tout en concourant à la simplification des démarches administratives.

#### **1.3.2.1. Une mise en œuvre spécifique à chaque réseau ou organisme**

**Pour la CNAMTS**, l'année 2011 a été ponctuée par plusieurs réalisations marquantes : l'élaboration du référentiel de définition des fraudes et activités abusives (en lien avec la MSA et le RSI), l'expérimentation du *datamining*, la mise en place de premiers travaux d'évaluation de la fraude, et la refonte des modules de formation des personnels (statisticien, juriste, investigateur administratif et médical) en charge de la lutte contre la fraude. En 2012, la généralisation de l'outil de suivi des signalements et des fraudes (O3S) et la formalisation en cours d'une doctrine nationale en matière de traitement des contentieux montrent la poursuite de ce mouvement de professionnalisation.

On peut noter la bonne appropriation par la CNAMTS des outils de sanctions : elle a dénombré en 2011 1 094 saisines du parquet, 1 395 pénalités financières, 474 retenues d'IJ et 213 sanctions financières/établissements. On passe donc de 1 585 pénalités et retenues financières en 2010 à 1 869 en 2011. L'objectif de 1 600 à fin 2011 prévu dans la COG est donc atteint.

**Pour la CNAF**, la base nationale fraude, autorisée par la délibération de la CNIL du 13 janvier 2011, a été livrée en janvier 2012. Elle permet, dans l'immédiat, de partager plus facilement les cas de fraudes multiples qui y sont regroupées. Elle offrira également une visibilité de tous les dossiers frauduleux sur l'ensemble de la France, dès que son alimentation pourra être assurée exhaustivement et automatiquement à la fin de l'année 2012. L'accès à la base nationale fraude est limité aux organismes de la branche Famille et aux personnes habilitées, après un recensement des habilitations auprès des référents fraude. Ce sont pour la branche 15 011 fraudes qui ont été détectées en 2011 pour un montant de 101,491 M€.

En matière de lutte contre la fraude, **la CNAV** est au rendez-vous en termes de performance avec un renforcement des moyens conforme à l'objectif COG (83 ETP mobilisés) qui ont permis d'atteindre des résultats en hausse en termes de nombre et de montant de fraudes détectées, sachant que la moitié du préjudice constaté (7,7 sur 14,3 M€) est lié aux dossiers frauduleux liés au dispositif carrières longues. La CNAV a accru son recours aux pénalités financières en passant de 12 à 104 sanctions notifiées entre 2010 et 2011.

Pour autant, le renforcement des moyens dédiés et l'amélioration des résultats s'accompagnent toujours d'une forte hétérogénéité en ce qui concerne le nombre de contrôles par agent, qui traduit un besoin de développer le management des équipes dans les CARSAT. Il est en outre nécessaire que la branche continue à se mobiliser sur le recours aux sanctions administratives, et le développement de la lutte contre les fraudes aux décès à l'étranger.

**L'ACOSS** mène une politique active de lutte contre les fraudes aux cotisations ainsi qu'à la constitution de droits, avec 1 550 inspecteurs et 219 contrôleurs. Dès 2010 la fonction de contrôle a été régionalisée dans le cadre d'un pilotage national. La qualité de ciblage des risques a par ailleurs été améliorée notamment sur le segment des TPE et PME. 12,3 % des cotisants du régime général ont subi une action de contrôle en 2011, la cible de la fin de COG en 2013 étant de 13,5 %.

Afin d'accroître l'efficacité financière de la lutte contre le travail illégal, l'ACOSS a élargi le spectre des catégories de cotisants contrôlés. Des actions ont été menées sur la fraude aux offres de service à la personne (CESU et PAJE) et sur les activités non déclarées sur internet. Le contrôle des auto-entrepreneurs a été mis en place et l'exploitation des procès-verbaux des autres corps de contrôle a été optimisée. De plus, les partenariats avec les autres acteurs ont été poursuivis notamment avec l'Office central de lutte contre le travail illégal avec lequel l'ACOSS a signé une convention en mai 2011. Près de la moitié des actions menées par le réseau s'inscrivent dans le champ de cette coopération.

En matière de contrôle, le taux de redressement des cotisations contrôlées est de 2,11 %, en nette progression par rapport à 2010 (1,80 %), traduisant l'amélioration de la qualité de ciblage, notamment sur le segment des TPE et PME. La cible COG 2013 de 1,80 % est dépassée. Le taux de redressement des personnes dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé est de 77,2 % en augmentation de sept points par rapport à 2010.

Au sein du recouvrement, les résultats en matière de lutte contre les fraudes et notamment contre le travail dissimulé sont excellents et continuent de progresser en 2011. Le montant des redressements augmente depuis 2009 et atteint en 2011 219,6 M€ en progression de 18 % par rapport à 2010 (185 M€ en 2010 et 130 M€ en 2009).

L'ACOSS doit construire en 2012 en lien avec les tutelles un indicateur relatif au taux de recouvrement des redressements notifiés au titre de la lutte contre le travail illégal et fixer des objectifs pour 2012 et 2013.

Pour **la MSA**, la COG prévoit de mettre chaque année à disposition du réseau deux nouvelles requêtes ciblées destinées à faciliter la détection des cas frauduleux : ces deux nouvelles requêtes ont effectivement été mises à disposition en 2011. Cela a permis de détecter 20,68 M€ de fraudes en 2011, de prononcer 169 sanctions et de notifier 9,5 M€ de redressements.

Le Plan national santé d'évaluation, de contrôle et lutte contre les fraudes, fautes et abus **du RSI** pour l'année 2012 s'articule autour de différents volets : l'évaluation des pratiques professionnelles, la répression des fraudes et des fautes, la lutte contre les pratiques dangereuses, la réduction des pratiques abusives. Ainsi, au titre de ce Plan, les actions engagées en 2012 ont pour objectif de détecter un montant de 5,4 M€ sous forme de prestations indûment prises en charge ou de préjudices évités.

Plus spécifiquement, quatre actions nationales phares en matière de lutte contre les fraudes sont identifiées : contrôle de l'immatriculation pour les assurés étrangers avec NIR non certifiés, récupération sur succession du FSV suite à décès (contrôle 6 mois après le décès), contrôle des revenus des professions libérales exerçant sous forme de société d'exercice libéral (SEL) et déclaration des dividendes des SEL, auto-entrepreneurs (AE) : détection à partir de situations génératrices de fraudes et d'éventuelles filières.

La Caisse nationale lance une série d'actions expérimentales sur les AE, sur le second semestre 2012 compte tenu du mode déclaratif de l'affiliation et de l'ouverture des droits à l'assurance maladie. L'objectif poursuivi est d'identifier sur un certain nombre de cibles, des comportements engendrant la fraude à partir de filières éventuelles.

Le RSI a ainsi pu détecter 11 178 fraudes en 2011 pour un montant de 7,4 M€ et la COG 2012-2015 fixe pour 2012 un objectif de 10 M€. Le nombre de sanctions administratives, qui relèvent des articles L. 114-17, L.162-1-14 et L. 323-6 du CSS, prononcées par le RSI en 2011 est de 39. La COG 2012-2015 fixe pour 2012 un objectif de 260.

**La CNIEG** a créé en 2010 un Groupe d'Analyse du Risque de Fraude (GARF), constitué de représentants des différents services de la Caisse (7 participants), dont les missions sont notamment de proposer annuellement une politique de lutte contre les fraudes et, à ce titre déterminer les priorités, centraliser et analyser l'ensemble des informations relatives aux fraudes, abus et fautes afin d'avoir une vue globale de la situation au sein de la CNIEG, proposer des actions de prévention par le biais de « blocages » sur les chaînes de production, la création de requêtes informatiques et la mise en place de circuits de détection, et organiser le déploiement opérationnel du dispositif (plan d'action, méthodologie, communication).

Les travaux du GARF ont permis l'identification d'actions spécifiques de lutte contre la fraude menées en 2011, pouvant se distinguer selon leurs finalités. En vue de lutter contre la fraude interne, le GARF s'est attaché à la sécurisation des procédures de redressement de données, grâce à l'outil Jenkins et à la refonte des habilitations d'accès à la principale application de production de la CNIEG. En vue de lutter contre la fraude externe, il a travaillé à la parution d'un article de sensibilisation aux risques encourus en cas de fraude au sein du journal d'information « CNIEG et vous » envoyé à l'ensemble des pensionnés de la Caisse, aux contrôles à chaque paiement d'échéance de pension (requêtes de détection des évolutions anormales de montants de pension), aux contrôles des relevés d'identité bancaires (RIB) par interrogations – pour l'instant manuelles – de l'application FICOBA mise à disposition par la DGFIP.

À noter que, concernant cette dernière action, la mise en œuvre d'échanges en masse entre la CNIEG et la DGFIP n'a pas encore pu être concrétisée mais le sera d'ici la fin 2012. Deux cas de fraudes externes caractérisées ont été relevés sur 2011 pour un montant total de 106 112,59 € en cours de recouvrement.

Afin de renforcer l'efficacité de sa politique de lutte contre les fraudes, **la CNMSS** a décidé de créer en 2012 un service chargé de la coordination des actions menées au sein de ses différents départements.

Dans la continuité du contrôle interne, **la CRPCEN** a structuré en 2011, son organisation de la lutte contre la fraude autour de 11 référents fraude et un coordinateur chargé de centraliser et agréger les résultats des différents métiers de la Caisse. Le plan de lutte contre la fraude pour 2012 est composé de 3 axes (prévention, détection et répression) déclinés en 52 actions. La CRPCEN enregistre une augmentation du nombre d'inspections de 5,15 % en 2011. Le montant des redressements a fortement augmenté en valeur absolue par rapport à l'année 2010, soit + 52,49 %, une hausse consécutive à l'accroissement du volume des contrôles sur l'année et au ciblage des études de plus de 50 salariés. Le principal motif de redressement porte sur les points de formation non attribués. La politique de lutte contre la fraude a permis de détecter 13 dossiers suspects toutes branches confondues et trois dossiers frauduleux : deux pour la branche maladie concernant des actes infirmiers et des indemnités journalières, un pour la branche retraite concernant le cumul emploi retraite. Le montant global de la fraude s'élève à un peu plus de 150 000 € (1/3 pour la branche maladie et 2/3 pour la branche pensions) pour l'année 2011.

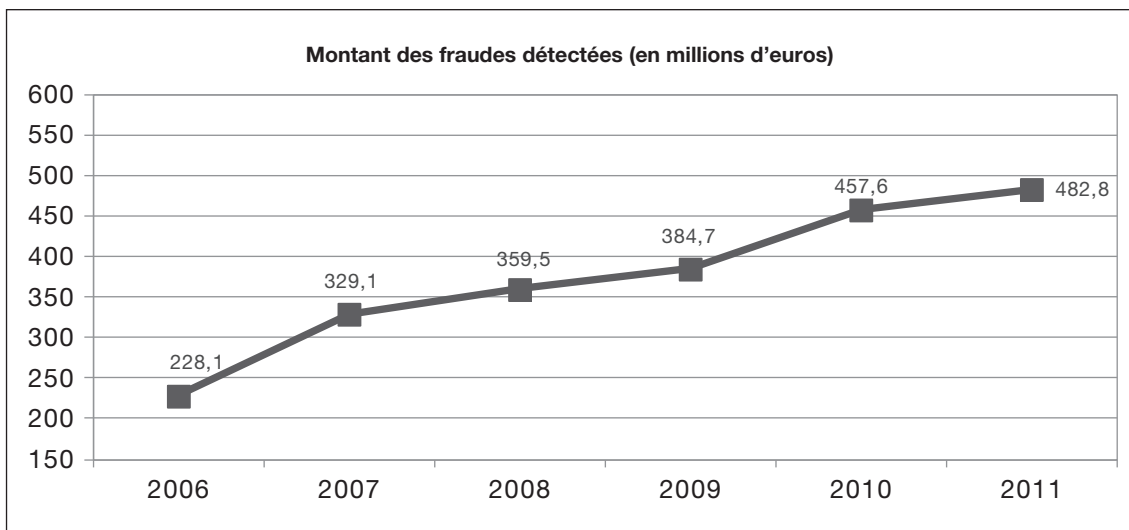
Pour **la CRPSNCF**, l'année 2011 a permis d'approfondir et de professionnaliser l'activité liée à la lutte contre la fraude aux prestations sociales. Le référent fraude de la Caisse a engagé une démarche préventive, notamment sous l'angle des mentions informatives obligatoires à faire figurer sur les formulaires de demande de prestations ou de déclaration de situation. Un travail a également été réalisé pour identifier et exploiter au mieux les outils de détection (demande d'agrément FICOBA déposée en 2011 par exemple) et de répression des fraudes mis à la disposition des organismes de sécurité sociale par les textes (création de la Commission des sanctions administratives vieillesse, adoptée par le Conseil d'administration du 28 juin 2011). Par ailleurs, un réseau de correspondants fraude était en cours de constitution en 2011 avec les régimes spéciaux. Cette démarche doit être généralisée et formalisée en 2012, sachant qu'une circulaire DSS du 16 décembre 2011 prévoit qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, les régimes spéciaux participent à la remontée d'informations auprès de la Mission Nationale de Contrôle (MNC).

Sur l'année 2011, 36 dossiers ont été identifiés et/ou ont fait l'objet d'une étude par la cellule fraude. Sur ces 36 dossiers : 20 ont été confirmés comme potentiellement frauduleux ; 3 ont déterminé un indu non frauduleux ; 6 ont été classés sans suite faute de pièces justificatives ou d'indu et 7 restent en cours d'instruction. Pour les 20 dossiers identifiés comme potentiellement frauduleux par la CRPSNCF en 2011, le préjudice estimé par la Caisse se porte à 867 625 €, dont 793 229 € pour 10 dossiers faisant l'objet d'une procédure pénale et 74 397 € pour les 10 autres dossiers.

### **1.3.2.2. Bilan synthétique du montant des fraudes détectées**

Le montant des fraudes détectées s'est élevé à 482,8 M€ en 2011, enregistrant une progression de 6 % entre 2010 et 2011, contre 19 % entre 2009 et 2010.





Depuis 2006, année de lancement des premiers programmes nationaux de lutte contre la fraude au sein de la sécurité sociale, plus de 2,2 Md€ de fraudes ont été détectés par les organismes. Le montant annuel de la fraude détectée a d'ailleurs plus que doublé depuis 2006.

Branches Régimes	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total 2006-2011
CNAMTS	118	143	160	151,6	156,3	120	848,9
CNAF	35	58	79,7	85,7	90,1	101,5	450
CNAV	1,1	1	2,6	3,4	10,1	14,4	32,6
ACOSS	74	118	108	130,1	185,5	219,6	835,2
CNRSI			3,8	5,9	6,3	7,4	23,4
CCMSA	ND	9,1	5,4	8	9,3	16,6	48,4
Régimes spéciaux	ND	ND	ND	ND	ND	3,3	3,3
<b>TOTAL fraudes</b>	<b>228,1</b>	<b>329,1</b>	<b>359,5</b>	<b>384,7</b>	<b>457,6</b>	<b>482,8</b>	<b>2241,8</b>

Source: DSS - OSS

Les **redressements notifiés** par les **URSSAF** s'élèvent à près de 220 M€ en 2011 contre 185 M€ en 2010 et 130 M€ en 2009. Ils ont doublé depuis 2008. En intégrant le montant des redressements notifiés par les MSA au titre de la lutte contre le travail illégal et les fraudes aux cotisations, on atteint un chiffre global de 229,4 M€ de fraudes détectées en 2011 dans le cadre du contrôle des prélèvements sociaux, soit une hausse de 20 % par rapport à 2010. En outre, 20,3 M€ de cotisations d'assurance-chômage ont été redressées par les URSSAF pour le compte de Pôle emploi au titre du travail dissimulé.

La très grande majorité des redressements porte sur les cotisations et contributions dues pour l'emploi de salariés pour un montant global de 219,8 M€.

Les redressements visant les travailleurs indépendants pour dissimulation d'activité s'élèvent à 9,4 M€, dont 1,3 M€ sur les seuls exploitants agricoles. Au niveau des URSSAF, le chiffre des redressements sur les travailleurs indépendants (8,1 M€) est en nette progression par rapport aux résultats constatés en 2009 (2,8 M€) et 2010 (4,1 M€) et permet de retrouver le niveau de performance de 2007 (7,2 M€), avant la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU).

Le montant des **indus constatés** dans le cadre de la lutte contre les fraudes aux prestations s'élève globalement à 253,4 M€, contre 266,6 M€ en 2010, marquant une légère baisse de 5 %.



Dans le détail, on constate que seuls les résultats de la branche maladie accusent une baisse, relativement sensible, de plus de 30 M€ (-23 %). Cette baisse s'explique principalement par la suspension de la campagne de contrôle externe de la tarification à l'activité (T2A) des établissements pendant quatre mois, en attente de l'adaptation des textes : le montant des indus T2A des établissements liés aux fraudes et activités fautives passe en effet de 71,1 M€ en 2010 à 37,8 M€ (-33,3 M€) en 2011.

Dans la branche famille, le montant des fraudes détectées s'élève à 101,5 M€. Par rapport à 2010, l'accroissement se révèle cependant un peu plus faible en masse financière (+12,5 %) qu'en nombre (+14,5 %), en raison d'une détection plus précoce des fraudes. D'ailleurs le montant moyen de préjudice s'élève à 6 761 € en 2011 contre 8 489 € en 2008. La fraude détectée, très atomisée, porte essentiellement sur les minima sociaux (63 % du total) et sur les aides au logement (25 %). Rapporté au nombre de bénéficiaires, le RSA apparaît comme la prestation pour laquelle la détection des fraudes est la plus importante, sachant que c'est également la prestation la plus contrôlée.

Dans la branche vieillesse, le montant des fraudes détectées s'élève à 14,3 M€, en hausse de plus de 40 % par rapport à 2010 (10,1 M€). Près de la moitié du préjudice (6,6 M€) résulte des enquêtes menées sur des régularisations de cotisations arriérées sur lesquelles pesaient des suspicions de fraudes. Par ailleurs, le préjudice évité, détecté au cours de la constitution des droits ou en amont de la liquidation de la pension, est évalué à 53,5 M€ en 2011 contre 47,5 M€ en 2010.

### **1.3.2.3. Sanctions administratives et pénales**

Au total, 5 318 procès-verbaux de **travail dissimulé** ont été dressés par des agents de contrôle des URSSAF et MSA et transmis aux Procureurs de la République. Ce nombre progresse de plus de 22 % par rapport à 2010, et de 140 % par rapport à 2009. Cette hausse très importante illustre un fort investissement dans la lutte contre le travail dissimulé, puisqu'on estime la part de la verbalisation à l'origine des organismes sociaux à environ 50 % du total de l'ensemble de l'activité des corps de contrôle habilités (police, gendarmerie, inspection du travail principalement), alors qu'elle n'en représentait qu'environ 20 % il y a 3 ans.

Le niveau des condamnations pénales reste en revanche relativement limité, ce qui pose un vrai problème en termes de dissuasion et de prévention de la récidive. En effet, si les infractions sont généralement poursuivies, le montant moyen des amendes pour exercice d'un travail dissimulé n'est que de 1 026 € en 2010, contre un peu plus de 1 500 € en 2004, alors que le montant moyen du préjudice pour la sécurité sociale s'élève à environ 25 000 €, et que le montant maximal de l'amende pénale prévu par les textes est de 45 000 €.

En revanche, les mesures législatives adoptées au cours des dernières années relatives aux pénalités et redressements sont désormais opérationnelles dans les URSSAF et les caisses de MSA :

- parmi le montant global des redressements, les régularisations liées à l'application d'un redressement forfaitaire s'élèvent à 33,6 M€ (contre 29 M€ en 2010) et concernent plus de 9 000 salariés. Cette mesure, issue de la LFSS pour 2008, s'applique dès lors qu'aucun élément ne permet de connaître la rémunération versée au salarié et sa période d'emploi. L'employeur en infraction s'expose alors à devoir payer un redressement forfaitaire de 3 500 à 4 000 € par salarié dissimulé (le montant varie en fonction du taux de la cotisation accident de travail) ;
- le montant des exonérations patronales de sécurité sociale remises en cause s'élève à 12,2 M€ (contre 9,1 M€ en 2010). Cette mesure, issue de la LFSS pour 2006 et renforcée depuis à plusieurs reprises, a été appliquée à 2 534 reprises en 2011. Elle permet d'exiger de l'entreprise fraudeuse le remboursement de tout ou partie des exonérations dont elle a bénéficié sur la période au titre de laquelle le délit de travail dissimulé a été constaté.

Dans le cadre de **la lutte contre la fraude aux prestations**, plusieurs voies d'action sont possibles :

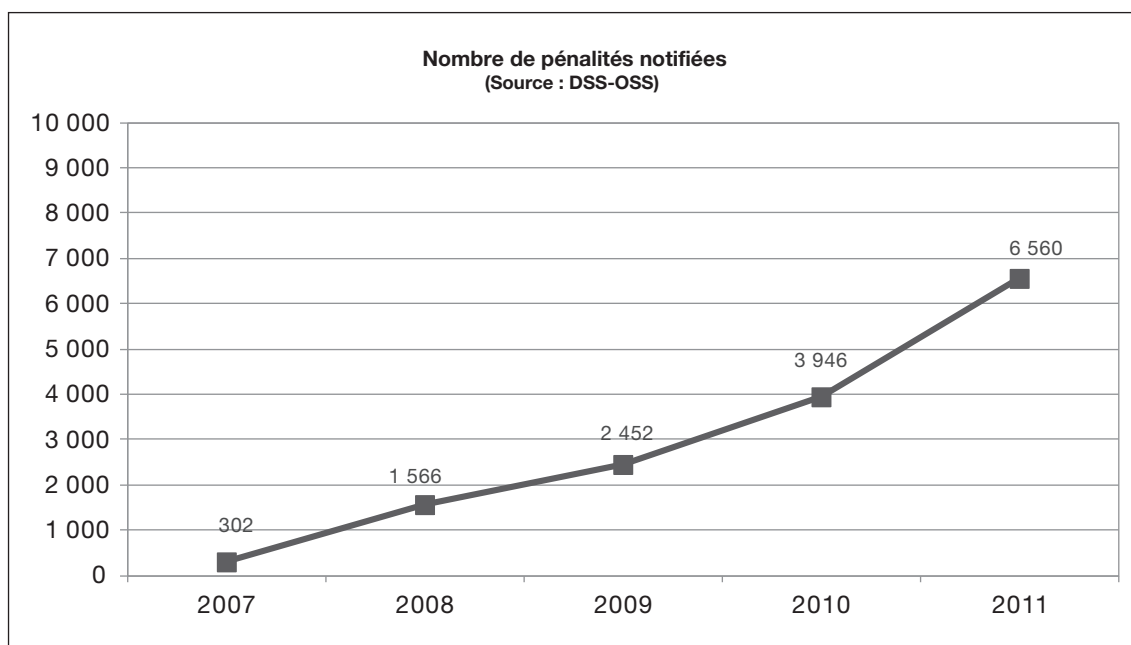
- l'avertissement ou la mise en garde en cas de première occurrence d'une fraude dont le caractère de gravité et le montant de préjudice apparaissent peu élevés ;
- la notification d'une sanction administrative, généralement sous la forme d'une pénalité financière ;
- l'engagement d'une action pénale par le biais d'une plainte ou d'un signalement au Procureur de la République, pour les cas de fraudes les plus graves et/ou représentant les enjeux financiers les plus importants ;
- l'engagement d'une action spécifique (plainte ordinaire, procédure conventionnelle) face à des manquements commis par des professionnels de santé.

L'année 2011 marque une nette évolution dans les politiques de sanction des organismes prestataires. Le nombre de dépôts de plaintes continue de baisser, passant de 4 854 en 2009 et 3 957 en 2010 à 3 749 en 2011, au bénéfice de l'engagement de procédures de sanctions administratives. Le nombre de pénalités financières notifiées passe en effet de 3 946 en 2010 à 6 560 en 2011 (+66 %), principalement sous l'effet des actions entreprises par les CAF et dans une moindre mesure du fait de l'institution des commissions des pénalités dans l'ensemble des CARSAT et des MSA (cf. tableau ci-dessous).

#### Nombre de pénalités notifiées

Branches-Régimes	2007	2008	2009	2010	2011	Evolution 2010-2011
CNAMTS	201	521	560	1 132	1 395	23,23 %
CNAF	101	1 037	1 869	2 766	4 889	76,75 %
CNAV	NC	8	13	12	104	766,67 %
MSA	NC	NC	10	36	172	377,78 %
<b>TOTAL</b>	<b>302</b>	<b>1 566</b>	<b>2 452</b>	<b>3 946</b>	<b>6 560</b>	<b>66,24 %</b>

Source : DSS - OSS



Les **dispositifs de pénalités financières** apparaissent souvent comme une réponse efficace et adaptée, compte tenu de l'engorgement d'un certain nombre de tribunaux répressifs. En effet, comme le précisait la Cour des Comptes dans son rapport d'avril 2010, « la sanction pénale est dans la plupart des cas très hypothétique et très lointaine : au bout de 5 à 7 années, les organismes de sécurité sociale n'obtiennent de condamnations de première instance que dans 40 à 50 % des cas. Ceci n'est pas principalement dû à la faiblesse de leurs causes, puisqu'il y a assez peu de relaxes et de non-lieu, mais plutôt à la fréquence des classements opérés par les parquets ».

#### **1.3.2.4. Le recouvrement des montants frauduleux**

Le **recouvrement forcé des cotisations redressées**<sup>(2)</sup> dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé s'avère en pratique extrêmement difficile. L'ACOSS évalue ainsi à 15 % le taux de recouvrement des sommes redressées deux ans après la fin des contrôles. Si des efforts ont été engagés pour faire progresser ces résultats, les marges de progrès apparaissent relativement limitées. En effet, seules 44 % des entreprises redressées pour travail dissimulé en 2009 disposaient encore d'un compte actif en URSSAF fin 2011, la majorité d'entre elles ayant disparu suite à un dépôt de bilan ou une mise en liquidation judiciaire. Sur les seuls comptes d'employeurs actifs, le taux de recouvrement des redressements est d'un peu plus de 30 %.

Le **montant des indus frauduleux recouvrés** pour un exercice donné est présenté ci-après :

- plus de 90 M€ d'indus frauduleux ont été recouvrés par les CAF en 2011, mais la majorité d'entre eux (52 M€) avaient été notifiés au cours des exercices précédents ; la CNAF estime que globalement le taux de recouvrement des indus frauduleux avoisine les 90 % et s'opère généralement par compensation entre la créance et les prestations restant à verser ;
- environ 2 M€ d'indus frauduleux ont été recouvrés dans la branche vieillesse du régime général, contre 1,2 M€ en 2011.

Compte tenu des enjeux financiers en cause et des observations portées par la Cour des comptes sur le sujet dans le cadre des certifications des comptes 2011, l'amélioration de la comptabilisation et du suivi des indus frauduleux constitue une priorité forte sur l'année 2012. Des instructions communes à l'ensemble des branches seront finalisées d'ici la fin de cette année.

---

(2) NB : les montants de cotisations redressées sont comptabilisés dans les fraudes détectées (cf. supra). Par ailleurs, nous ne disposons pas des données CNAMTS sur le montant des indus frauduleux recouvrés en 2011.