



SIXIEME CHAMBRE

TROISIEME SECTION

S2024-0677

OBSERVATIONS DEFINITIVES

(Article R. 143-11 du code des juridictions financières)

LA CNAM: EXAMEN DE LA GOUVERNANCE ET DE CERTAINES FONCTIONS DE GESTION

Exercices 2017-2022

TABLE DES MATIÈRES

AVERTISSEMENT	4
AVERTISSEMENT	5
SYNTHÈSE	6
RECOMMANDATIONS	8
INTRODUCTION	9
1 UNE GOUVERNANCE COMPLEXE ET PEU UNIFIEE PAR LES CONTROLES OU UN PILOTAGE STRATEGIQUE	11
1.1 Un établissement public à la gouvernance particulière et marqué par l'importance des missions informatiques et du contrôle médical	11
1.1.1 Une répartition atypique du pouvoir de décision dans un EPA	11
1.1.2 L'importance de l'informatique et du contrôle médical	12
1.2 Un enchevêtrement de la gouvernance de l'EP et du réseau	14
1.2.1 Une présentation financière et comptable complexe	14
1.2.2 Une déconcentration de la gestion budgétaire	17
1.2.2.1 Une négociation de la convention d'objectifs et de gestion (Cog) portée par la direction déléguée aux opérations (DDO) et une gestion déconcentrée des crédits	17
1.2.2.2 Une procédure budgétaire pilotée, pour le siège, par le secrétariat général	17
1.2.3 Une forte imbrication du secrétariat général et de la DDO dans la gestion de l'effectif de l'établissement public	18
1.2.4 Des instances de dialogue social multiples, reflets de chacun des périmètres de la Cnam-établissement public	18
1.3 Des mécanismes de contrôle qui ne couvrent pas toutes les activités	19
1.3.1 Un contrôle externe budgétaire assuré efficacement par le Cgéfî, mais qui ne couvre pas tout l'établissement public	19
1.3.2 Un contrôle interne du réseau qui s'exerce peu sur l'établissement public	21
1.3.2.1 Un contrôle interne défini dans le cadre du réseau	21
1.3.2.2 Un contrôle insuffisant des processus internes	22
1.3.3 L'absence de perspective stratégique propre à l'établissement public	23
2 UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DU SIEGE A RENFORCER	26
2.1 Une gestion de l'évolution de l'effectif et des rémunérations moins contrainte au niveau du siège que dans l'ensemble du réseau	26
2.1.1 Un pilotage de l'effectif dans le cadre du réseau, favorable à la Cnam (EP)	26
2.1.2 Un « atterrissage » tardif de la trajectoire des emplois	28
2.2 Une grande souplesse dans le recrutement qui peut entraîner de trop fortes distinctions entre agents	29
2.2.1 Un établissement à faible composante d'agents publics	30
2.2.2 Un contrôle sur les recrutements exercé par le Cgéfî adapté à la spécificité de la Cnam	30
2.2.3 Une direction générale composée majoritairement d'agents de droit public, recrutés à des conditions avantageuses	31
2.3 Le statut spécifique du siège nécessiterait une gestion des emplois plus prospective	33

2.3.1	Un processus d'attribution de rémunération lourd et aux effets managériaux peu perceptibles	33
2.3.2	Une intégration des agents issus du RSI et des mutuelles étudiantes réussie	34
2.3.3	La mise en œuvre itérative du télétravail	34
2.3.4	Des mesures favorables aux employés	36
2.3.5	En l'absence de GPec, un cadre stratégique encadrant les RH insuffisant	37
3	UNE GESTION DES ACHATS A MIEUX ORGANISER	39
3.1	Une structuration des achats complexe, à ajuster aux enjeux concernés	39
3.1.1	Un environnement complexe	39
3.1.2	Un suivi éclaté entre plusieurs pôles	40
3.1.2.1	Une répartition subtile des compétences	40
3.1.2.2	Le marché " <i>Accompagnement en santé</i> "	41
3.1.3	Une commission préparatoire des achats qui n'a pas permis de compenser le fonctionnement en silo des acheteurs	42
3.1.4	Le plan prévisionnel des achats : un document dont la portée doit être améliorée	43
3.2	Des anomalies lors de l'exécution de contrats qui appellent une organisation renforcée	43
3.2.1	Une acceptation de l'exclusivité à reconsidérer	44
3.2.2	Des commandes régularisées <i>a posteriori</i>	45
3.2.3	Un rôle d'opérateur d'achat au service d'une politique de santé publique à clarifier	45
3.2.4	Le poids budgétaire des prestations intellectuelles expose la Cnam à une forte dépendance vis-à-vis de ses fournisseurs	47
4	LA DIRECTION DE LA STRATEGIE, DES ETUDES ET DE LA STATISTIQUE (DSES), UN ENSEMBLE D'ACTIVITES A MIEUX ENCADRER	51
4.1	Des missions définies de manière très large	51
4.1.1	Une définition d'origine interne	51
4.1.2	Des priorités évolutives	51
4.1.3	Des activités de nature différente	53
4.2	La montée en charge de missions nouvelles, au prix de tensions	54
4.2.1	Les missions liées aux expérimentations issues de « l'article 51 »	54
4.2.2	La mise à disposition de données médicales dans le cadre du SNDS	55
4.3	Un risque de dégradation de l'exercice des missions	57
4.3.1	Des objectifs inégalement atteints	57
4.3.2	Une augmentation des dépenses tirée par les besoins d'aide à la maîtrise d'ouvrage	58
4.3.3	Des compétences internes à faire évoluer	60
5	LE SERVICE MEDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE : UN ORGANE ESSENTIEL DONT LES CAPACITES PEUVENT ETRE MIEUX EXPLOITEES	61
5.1	Une activité importante et diversifiée	61
5.1.1	Une composante importante de l'activité globale de l'établissement	61
5.1.2	Des missions légales étendues	61
5.1.3	Une activité centrée sur les prestations servies aux assurés	62
5.1.4	Une priorité accordée au contrôle des indemnités journalières	63
5.2	Une recherche d'adaptations, encore insuffisante, face à la diminution de l'effectif de praticiens-conseils	66
5.2.1	Le service médical est confronté à la diminution de son effectif, en particulier des praticiens-conseils	66

5.2.2	La gestion des ressources humaines s'est adaptée à la raréfaction de la ressource médicale, mais encore insuffisamment	66
5.3	Des efforts d'optimisation de l'activité dont les résultats insuffisants nécessitent une inflexion stratégique	69
5.3.1	Une organisation des services à la fois structurée et souple	69
5.3.2	Un encadrement de l'activité aux résultats en demi-teinte	70
5.3.3	Une stratégie de contrôle des indemnités journalières en évolution mais encore insuffisamment performante	72
5.4	La nécessité d'inflexions plus profondes	73
5.4.1	Conforter le recentrage de l'activité des praticiens-conseils sur les professionnels de santé	73
5.4.2	La réorientation des contrôles nécessite la mise en œuvre de mesures et d'outils adaptés	76
	CONCLUSION	78
	ANNEXES	79
Annexe n° 1.	Nature et montant des achats de prestations intellectuelles sur la période 2012-2022 (montants en euros)	80
Annexe n° 2.	L'activité de contrôle des indemnités journalières des DRSM	81

AVERTISSEMENT

AVERTISSEMENT

La Caisse nationale d'assurance maladie comprend un établissement public national, tête de réseau, auquel sont rattachées des directions régionales du service médical, et un ensemble de 102 caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) qui composent ce réseau.

Le présent rapport ne porte que sur l'établissement public national, hors réseau des Cpam.

La Cnam dans son ensemble, y compris le réseau des Cpam, fait cependant l'objet de contrôles récurrents par la Cour qui examine chaque année la sincérité et la régularité des comptes de la Cnam dans son ensemble, à l'occasion de leur certification¹ ; elle formule aussi des observations à l'occasion d'enquêtes portant sur les politiques de santé dont la Cnam et son réseau sont des opérateurs majeurs, ou qui concernent la gestion des organismes de base de la branche maladie.

C'est l'ensemble de ces contrôles sur les comptes, la gestion et l'exercice de ses nombreuses missions, qui permettent d'apprécier la performance de l'action de la Cnam, pilote de l'assurance maladie.

¹ Depuis 2006 : ont été ainsi certifiés avec diverses réserves les comptes consolidés de la branche maladie ainsi que ceux de la Cnam elle-même.

SYNTHÈSE

Établissement public autonome juridiquement et financièrement, la Cnam gère les risques des branches d'assurance maladie et d'accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) dans le cadre de conventions d'objectifs et de gestion (Cog) quinquennales conclues avec l'État. Son fonctionnement est supervisé par le contrôle général économique et financier (Cgéfi) dont une antenne est installée dans l'établissement.

Elle est, à la fois, le pilote et le siège du réseau chargé de la gestion de l'assurance maladie, et l'un des organismes et services opérationnels de celui-ci au travers de son service médical. Son fonctionnement, notamment en matière de ressources humaines, relève du cadre de gestion des organismes de sécurité sociale.

Ce caractère multiforme de l'établissement, comme son faible poids en termes d'effectif et de dépenses au regard du réseau (2 499 agents au siège et 7 400 au service médical contre 62 000 travaillant pour l'assurance maladie ; des charges de fonctionnement propres de moins de 2,2 Md€² contre 248,8 Md€ de dépenses d'assurance maladie en 2022) se manifeste dans les procédures de gestion budgétaire et de gestion des ressources humaines, et complique sa gouvernance. Il est d'usage, en interne, de désigner, sous l'expression "Cnam (EP)" pour "établissement public", le siège exclusivement, excluant le réseau déconcentré du service médical alors que celui-ci en est une composante importante³.

Aucun des multiples dispositifs de contrôle interne et externe s'exerçant sur l'établissement n'en appréhende la totalité. Ils s'appliquent, chacun, sur des parties de fonction ou de structure, selon des contours variables que l'établissement présente en fonction de leur objet. Il en résulte une absence de définition de perspectives stratégiques d'ensemble, propres à l'établissement.

L'analyse de deux fonctions transversales – la gestion des ressources humaines du siège et le processus des achats – montre que cette situation entraîne un cloisonnement des directions et une maîtrise insuffisante des fonctions de support. L'étude approfondie de deux services opérationnels – la direction de la stratégie, des études et de la statistique (DSES) et le service du contrôle médical – met en évidence les différences de nature d'activités entre le siège et ses services déconcentrés qui appellent à des choix de priorité plus clairs dans les missions à accomplir, au regard des moyens disponibles.

La gestion des ressources humaines de l'assurance maladie assurée dans le cadre de l'ensemble du réseau, a réservé au siège de la Cnam une réduction des emplois moins sévère que celle exigée des organismes locaux. En revanche, accaparant la DRH du secrétariat général, les sujets concernant les organismes de l'assurance maladie (intégration des agents du régime général des indépendants et des mutuelles étudiantes) ou, plus largement, de sécurité sociale (télétravail, organisation du temps de travail, rémunération, etc.), n'ont pas laissé la possibilité d'appréhender les besoins spécifiques du siège en matière de ressources humaines et d'y

² Montant inscrit dans les états financiers correspondant aux charges de gestion courante de la Cnam en tant que tête de réseau, tous fonds confondus, branches « maladie » et « accidents du travail-maladies professionnelles ».

³ Dans le présent rapport, l'expression Cnam (EP) couvre l'ensemble officiel de l'établissement public, DRSM incluses.

répondre avec méthode, notamment par une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

Par ailleurs, la possibilité réglementaire offerte à la caisse nationale de recourir à des agents publics et à des salariés de droit privé sous convention collective, a été utilisée pour constituer une équipe de direction générale recrutée majoritairement en dehors du réseau, à des conditions avantageuses pour les intéressés, en décalage sensible avec le personnel de direction issu du réseau.

L'analyse des quelques marchés qui ont connu des difficultés d'ordre juridique (contentieux) ou financier (dépassements budgétaires) – peu nombreux au regard de l'ensemble des contrats passés – a révélé quelques faiblesses dans les procédures. Le risque d'insuffisante coordination attaché à la complexité de l'organisation mise en place pour la gestion des achats et des marchés, notamment la coexistence de trois pôles d'achats, s'est concrétisé en quelques occasions, en particulier pour les marchés à forte composante informatique. En outre, la position particulière de la Cnam, qui a conclu des marchés pour le compte des administrations centrales du ministère sans que le partage des rôles avec celles-ci ait été suffisamment précisé, a provoqué des risques de rupture d'approvisionnement en matériel ou en services de santé puis, pour s'en prémunir, des dérapages financiers importants. Enfin, cette analyse des marchés a fait apparaître une forte dépendance vis-à-vis de certains prestataires dans les deux domaines cruciaux que sont, d'une part, la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre informatiques, d'autre part, le conseil stratégique.

Par son effectif, la direction de la stratégie, des études et de la statistique (DSES) est une petite direction de la Cnam (EP) mais, sur le fond, son importance correspond à son intitulé ; elle participe à la gestion opérationnelle du risque. Outre ses activités de recherche et de production de données, elle contribue principalement à la préparation des orientations en matière d'organisation du système de soins et de gestion des risques. Depuis quelques années, des missions nouvelles lui ont été confiées, notamment l'évaluation des expérimentations de financements innovants des soins (au titre de l'« article 51 » de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018) et de mise à disposition des données de santé. Cependant, cette extension de compétences s'est accomplie par ajout de tâches sans révision de l'ensemble de celles-ci, ce qui a rendu plus difficile l'atteinte des objectifs qui lui ont été assignés. L'absence de réflexion stratégique est particulièrement sensible dans le domaine de la mise à disposition de données de santé alors que la répartition des rôles entre la Cnam et le GIP « Plateforme nationale des données en santé » (dit HDH) n'est toujours pas définie clairement.

Contrairement à la DSES, l'activité du service du contrôle médical repose sur une définition réglementaire de ses missions. Cette activité est aussi en augmentation, en nature et en volume. Dans le contexte de raréfaction de la ressource humaine, notamment en médecins-conseils, la direction déléguée aux opérations (DDO) de la Cnam qui pilote le service médical en plus des organismes du réseau, a engagé des évolutions : diversification des compétences du personnel et délégation de tâches, structuration de l'organisation des services, élaboration de nouveaux processus et d'outils. Ces évolutions sont encore insuffisantes comme le montrent les résultats obtenus en matière de contrôle des dépenses d'assurance maladie. Les contrôles exercés par les praticiens-conseils devraient être plus résolument orientés sur les prescripteurs et sur les professionnels de santé – y compris en matière d'indemnités journalières – avec un soutien technologique adéquat, en conformité d'ailleurs avec les textes législatifs définissant les missions fondamentales du service médical et en meilleure correspondance avec les moyens dont il dispose.

RECOMMANDATIONS

- Recommandations n° 1 : (*Cnam, DSS*) élargir le projet d'établissement au périmètre de l'établissement public, pour y inclure les DRSM, et le faire approuver par la tutelle.
- Recommandations n° 2 : (*Cnam, ministère de la santé, ministère des comptes publics*) associer le Cgéfî à la détermination des lignes directrices des contrats pluriannuels de gestion (CPG) de ces directions, ainsi qu'à l'élaboration et au suivi de leurs indicateurs d'efficacité et de performance.
- Recommandations n° 3 : (*Cnam*) mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) pour le personnel du siège, en accordant la priorité aux métiers en tension.
- Recommandations n° 4 : (*Cnam*) adopter une charte de l'externalisation ; clarifier la compétence des pôles d'achat ; établir une doctrine procédurale pour les achats transversaux.
- Recommandations n° 5 : (*Cnam - réitérée*) faire aboutir le projet Resid'ESMS conformément à la réglementation qui prévoyait son déploiement pour la fin de 2019.
- Recommandations n° 6 : (*Cnam, ministère de la santé*) orienter le contrôle médical en priorité sur les prescripteurs et les professionnels de santé.

INTRODUCTION

La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) est un établissement public (EP) national à caractère administratif qui dispose de l'autonomie juridique et financière. De nature hybride au sein de la sécurité sociale dans la mesure où elle exerce des missions de tête de réseau du régime d'assurance maladie obligatoire et des missions de gestionnaire de deux branches de risques (assurance maladie et accidents du travail-maladies professionnelles), ses contours sont appréhendés de manière variable selon les attributions que l'on évoque. Les acceptions retenues par l'établissement public lui-même peuvent être source de confusion.

Ainsi, l'expression "Cnam-établissement public (EP)" désigne usuellement pour la structure ses seuls services et missions de tête de réseau (siège et services informatiques implantés en province) alors que, selon les textes, l'établissement public inclut juridiquement le siège, ses composantes délocalisées précitées et les services déconcentrés du contrôle médical hébergés dans les locaux des caisses principales d'assurance maladie. Le périmètre retenu par la Cour pour son contrôle est celui de l'établissement public considéré juridiquement, que la Cnam nomme Cnam-Entreprise (cf. tableau n° 1).

Tableau n° 1 : Périmètres et dénominations de la Cnam

<i>Dénomination officielle</i>	Assurance maladie, risques professionnels des travailleurs salariés et indépendants	Cnam-établissement public (EP)	Cnam-siège	Site parisien du siège
<i>Dénomination en usage à la Cnam</i>	Assurance maladie, risques professionnels des travailleurs salariés et indépendants	Cnam-entreprise	Cnam-établissement public	Cnam-siège
<i>Services du siège installés dans le site parisien (direction générale et directions rattachées)</i>	X	X	X	X
<i>Services du siège installés dans des sites annexes (pôles régionaux, essentiellement pour l'informatique)</i>	X	X	X	
<i>Directions régionales du service médical</i>	X	X		
<i>Réseau des CPam</i>	X			
<i>Autres (Carsat, CGSS, etc.)</i>	X			

Source : Cour des comptes

La Cnam-siège (hors réseau déconcentré du service médical), ou "Cnam-EP" selon la terminologie de la Cnam, rassemble près de 2 400 personnes ; ses charges de fonctionnement

s'élèvent à 2,2 Md€⁴. Elle pilote un réseau d'environ 62 000 personnes, composé principalement des caisses primaires d'assurance maladie (CPam) et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), et gère des dépenses de santé qui ont atteint 248,8 Md€ en 2022. La convention d'objectifs et de gestion (COG)⁵ que la Cnam signe avec l'Etat pour six ans, et qui fait l'objet d'un suivi annuel par la tutelle, porte sur l'ensemble du réseau. C'est à cette échelle que la Cour des comptes se prononce annuellement sur les comptes consolidés de l'assurance-maladie et évalue les réalisations sur différents thèmes de la politique publique de santé. Le présent rapport porte, quant à lui, sur le fonctionnement propre de l'établissement public Cnam.

Le fonctionnement en réseau et les objectifs de santé publique tendent à brouiller les contours et les marges de manœuvre de la Cnam qui présentent, en outre, quelques particularités :

- comme les autres caisses nationales de la sécurité sociale mais à la différence des organismes primaires du réseau, le statut d'EP de la Cnam la soumet au contrôle économique et financier de l'État qui s'assure, par un suivi continu, de l'efficacité de sa gouvernance et de son contrôle interne ;
- à la différence de la plupart des établissements publics administratifs mais comme les autres caisses nationales de sécurité sociale, la Cnam dispose d'un personnel composé non seulement d'agents publics mais, aussi, de salariés de droit privé relevant du code du travail et dont les conditions de travail sont régies par les conventions collectives applicables à l'ensemble du personnel des organismes de sécurité sociale⁶ ;
- l'organigramme de la Cnam (EP) est composé de services de nature très différentes ; outre les directions consacrées à la gestion du risque – direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS), direction déléguée aux opérations (DDO), direction des risques professionnels (DRP), notamment – et les directions support, la Cnam (EP) gère directement un acteur majeur de la gestion du risque, les services locaux du contrôle médical qui lui sont rattachés mais en étant adossés au réseau des organismes primaires d'assurance maladie ; dans la pratique, leur gestion interne est disjointe de celle du reste de l'EP.

Dans une perspective de complémentarité avec les différents travaux que la Cour réalise par ailleurs, le présent contrôle organique de la Cnam porte sur la gouvernance de l'établissement public (I), sur les processus de gestion des ressources humaines (II) et d'achat (III) qu'il met en œuvre au bénéfice de l'ensemble du réseau, sur le fonctionnement de sa direction de la stratégie, des études et de la statistique (DSES), encore jamais contrôlée (IV), et sur le service médical qui mobilise l'essentiel de son effectif (V).

⁴ Montant inscrit dans les états financiers correspondant aux charges de gestion courante de la Cnam en tant que tête de réseau, tous fonds confondus, branches « maladie » et « accidents du travail-maladies professionnelles ».

⁵ La plus récente s'est achevée au cours du présent contrôle et couvrait la période 2018-2022. La nouvelle Cog, signée en juillet 2023, couvre la période 2023-2027.

⁶ Les conventions collectives sont au nombre de trois : convention collective nationale du personnel des organismes de sécurité sociale du 8 février 1957 ; convention collective des agents de direction et des agents comptables du 25 juin 1968 ; convention collective nationale des praticiens-conseils du régime général de la Sécurité sociale du 4 avril 2006 (qui s'applique également aux praticiens-conseils chargés du contrôle médical).

1 UNE GOUVERNANCE COMPLEXE ET PEU UNIFIEE PAR LES CONTROLES OU UN PILOTAGE STRATEGIQUE

L'organisation de l'établissement public Cnam est déterminée par la double échelle de ses diverses missions : celles exercées en tant que tête du réseau de l'assurance maladie, au premier rang desquelles la fonction centrale de gestion des moyens financiers de l'assurance maladie dans son ensemble, et celles qu'il exerce en propre en tant que composante de ce réseau et au service de celui-ci, comme l'informatique et le contrôle médical (1). Les deux catégories de missions sont réparties dans l'organigramme du siège. L'imbrication des compétences qui en résulte rend plus difficile l'appréhension du champ d'activité de l'établissement public *stricto sensu* (2), difficulté qui se retrouve dans l'insuffisante affirmation d'un pilotage stratégique à cette échelle, les modes de contrôle et la définition des objectifs des différents services ne compensant qu'insuffisamment la parcellisation induite (3).

1.1 Un établissement public à la gouvernance particulière et marqué par l'importance des missions informatiques et du contrôle médical

1.1.1 Une répartition atypique du pouvoir de décision dans un EPA

Comme les autres caisses nationales de la sécurité sociale, la Cnam est un établissement public national à caractère administratif (EPA) et jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle agit cependant sous la double tutelle du ministère chargé de la santé et du ministère chargé de l'économie et des finances, et son contrôle externe est assuré par le Contrôle général économique et financier (Cgéfi) qui est présent *in situ*.

À la différence des autres caisses nationales de sécurité sociale, elle est dotée d'un "conseil"⁷ et non d'un conseil d'administration. Conformément à l'article L. 221-3 du code de la sécurité sociale (CSS), le rôle du conseil de la Cnam consiste à déterminer les orientations relatives à la contribution de l'assurance maladie à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, ainsi que celles afférentes à la politique de gestion

⁷ Le Conseil de la Cnam se compose de 35 membres, nommés pour quatre ans : 13 représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national (CGT, CFDT, CGT-FO, CFTC, CFE-CGC) ; 13 représentants des employeurs, désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives (Medef, CPME, U2P) ; trois représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) ; trois représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie, désignées par le ministre chargé de la Sécurité sociale : Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (Fnath), Union nationale des associations familiales (Unaf) et Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (Unaass) ; un représentant des associations d'étudiants : Fédération des associations générales étudiantes (Fage) ; une personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie, désignées par le ministre chargé de la Sécurité sociale. Trois représentants du personnel de la Cnam - représentant respectivement les employés et assimilés, les praticiens-conseils et les cadres - siègent aux séances du conseil avec voix consultative.

La branche « accidents du travail et maladies professionnelles » est gérée de manière distincte, avec une commission spécifique.

du risque. Le conseil vote les budgets nationaux de gestion et d'intervention et arrête les comptes financiers de la Cnam sur proposition du directeur général mais son rôle dans le fonctionnement interne de la Cnam, établissement public, est modeste.

Le directeur général est, quant à lui, doté de pouvoirs étendus, tant en matière de direction de l'établissement que dans l'administration du réseau. Il a, en effet, « *autorité sur le réseau de caisses locales* » dont il « *est responsable [du] bon fonctionnement* » (cf. CSS, art. L. 221-3-1). Il est également le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), instance créée par la loi de 2004 qui regroupe les deux principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole)⁸. Il est nommé par décret pour une durée de cinq ans.

L'équilibre des pouvoirs est clairement en faveur de l'exécutif : si la convention d'objectifs et de gestion entre la Cnam et l'Etat doit être signée par le président du conseil et par le directeur général, le conseil ne dispose, en matière de nomination et de renvoi du directeur général⁹, ainsi qu'en matière budgétaire et de gestion du risque¹⁰, que d'une capacité ténue car, pour être adoptée, une délibération de censure doit être votée à la majorité des deux tiers de ses membres.

1.1.2 L'importance de l'informatique et du contrôle médical

Avec près de 10 000 agents, la Cnam (EP) emploie 16 % de l'effectif du réseau de l'assurance maladie. L'organigramme simplifié met en évidence le poids élevé des fonctions informatiques et des directions régionales du service médical (DRSM) qui réalisent le contrôle médical.

Les directions du siège sont, quant à elles, classées en deux catégories, selon leur mission principale, dans un document de présentation de la Cnam :

- celles qui interviennent dans la gestion du risque (considérées comme des "directions opérationnelles") ;

⁸ À ce titre, elle a notamment mandat du directeur de la Mutualité sociale agricole pour négocier les conventions avec les professionnels de santé, arrêter les décisions en matière de nomenclature et proposer au Conseil les taux de ticket modérateur.

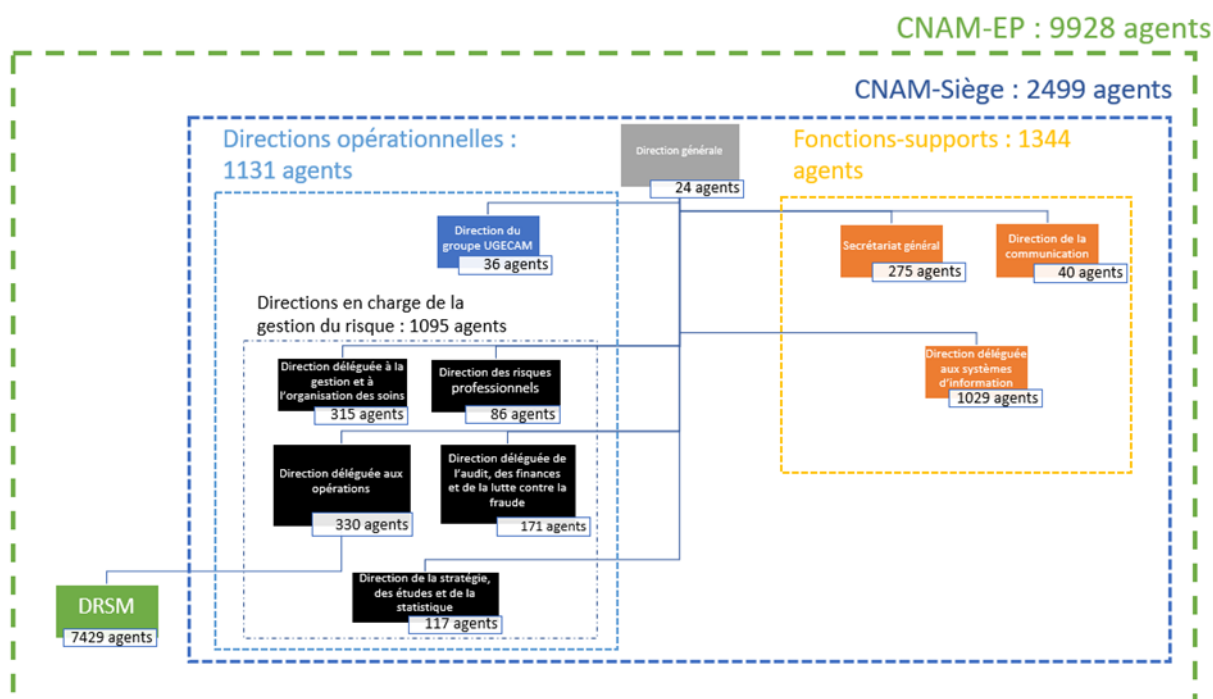
⁹ Le Conseil, saisi pour avis par le ministre chargé de la sécurité sociale, peut à la majorité des deux tiers de ses membres s'opposer à la proposition de nomination du directeur général. Le directeur général est nommé par décret pour une durée de cinq ans. Avant ce terme, il ne peut être mis fin à ses fonctions qu'après avis favorable du conseil à la majorité des deux tiers.

¹⁰ Le directeur général prépare les orientations mentionnées au 2° du présent II, les propositions mentionnées au 3° et les budgets prévus au 9° en vue de leur approbation par le conseil. Le Conseil peut, sur le fondement d'un avis motivé, demander au directeur général un second projet. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité des deux tiers de ses membres.

- celles qui, *a contrario*, sont considérées comme exerçant des "fonctions support"¹¹.

Il convient de souligner que ce classement est en partie conventionnel. Ainsi, la direction chargée des finances est passée de "direction support" à "direction de gestion du risque" lorsqu'elle a intégré l'audit et la lutte contre la fraude (même de manière relativement limitée en effectif) pour devenir la direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude. De même, il n'est pas évident que la direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES) fasse partie des directions dites opérationnelles, intervenant dans la gestion du risque.

Organigramme n° 1 : Organigramme simplifié de la Cnam avec les effectifs de 2022



Sources : Cour des comptes d'après données Cnam et organigramme

Au sein de la Cnam (EP), le personnel affecté de manière spécifique à la fonction de pilotage et de tête de réseau, pour les deux branches, ne représente qu'un peu plus de 25 % de l'effectif, les trois quarts restants (soit presque 7 500 agents) étant situés dans les DRSM, qui sont des services déconcentrés de la Cnam, organisés dans chaque région.

Au sein du siège (hors DRSM), les fonctions de support mobilisent près de 54 % de l'effectif. Ce poids s'explique par leur vocation, à l'exception du secrétariat général, à soutenir

¹¹ L'organigramme mentionne également la direction nationale du groupe des Unions pour la gestion des établissements des caisses maladies (Ugecam), rattachée directement au directeur général de la Cnam. Les 13 Ugecam sont des organismes privés à but non lucratif qui ont une activité distincte de l'assurance maladie. Ces unions sont des opérateurs de santé de l'assurance maladie avec pour mission principale de gérer des établissements publics de santé (EPS), des établissements privés participant au service public hospitalier et des établissements ou services médico-sociaux (ESMS) qui dépendent de chaque union. La Cour des comptes a publié un rapport sur leur gestion en 2017.

l'ensemble du réseau. Ainsi, la direction déléguée des systèmes d'information (DDSI) qui emploie à elle seule 41 % de l'effectif, « assure la qualité, l'évolutivité, la disponibilité et les performances de l'informatique de l'assurance maladie dans le respect des besoins de l'ensemble des organismes du réseau de l'assurance maladie »¹². L'informatique est évidemment une infrastructure essentielle pour un réseau dont la finalité première est de rembourser des prestations de soins sur facturation.

L'informatique est, de même, importante dans le budget propre à l'établissement public.

Tableau n° 2 : Part du SI dans le budget par destination de la Cnam en 2022

Destination	Personnel	Fonctionnement	Investissement	Intervention	Total
Stratégie SI	129,3 M€	287,6 M€	99,5 M€	0,00 €	516,5 M€
Part du SI dans les AE	50,90 %	89,00 %	94,04 %	0,00 %	*75,63 %

* hors dépenses d'intervention (les dépenses d'intervention correspondent essentiellement aux dotations des organismes du réseaux pour financer leur fonctionnement.

Source : Cour des comptes d'après données Cnam

Le secrétariat général exerce son activité principale au service du siège de l'établissement public, notamment en matière budgétaire, mais participe aussi au bon fonctionnement du réseau.

1.2 Un enchevêtrement de la gouvernance de l'EP et du réseau

Les diverses présentations budgétaires et comptables des activités pilotées par le siège traduisent la complexité de l'organisation. Il en résulte une diversité des circuits de décision, notamment en matières budgétaire ou de gestion des emplois.

1.2.1 Une présentation financière et comptable complexe

La Cnam présente plusieurs états budgétaires dans la mesure où le périmètre financier retenu varie en fonction de l'approche choisie.

Les comptes combinés intègrent les opérations du réseau et incluent la gestion des deux branches (assurance maladie et AT-MP).

Ils représentaient 248,8 Md€ en 2022. La présentation des comptes distingue deux parties, les charges dites « de gestion technique » et les « charges de gestion courante ». Les premières sont composées des dotations aux organismes du réseau pour le paiement des prestations sociales réglées dans l'exercice, des transferts et contributions versés à d'autres entités publiques et du complément de dotations inscrites aux comptes de l'EPN au titre des provisions pour litige de recouvrement. Elles constituent l'essentiel (97,3 %, soit 242,2 Md€ en 2022) du montant global.

¹² Cf. règlement d'organisation de la Cnam (EP)

Les charges de gestion courante retracent les opérations nécessaires au fonctionnement des organismes locaux et du siège. Leur montant est modeste au regard de l'ensemble des flux financiers (2,6 % des charges totales) gérés par la Cnam mais ont tout de même atteint 6,51 Md€ en 2022.

Tableau n° 3 : Évolution des charges de gestion courante (en milliers d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Achats (60)	16 761	13 770	20 000	18 983	19 462
Autres charges externes (61, 62)	412 098	375 868	348 200	377 220	454 190
Impôts, taxes, etc. (63)	71 625	70 001	75 200	77 722	71 247
Salaires et traitements (641 à 644)	698 285	687 907	745 300	770 104	736 769
Autres charges de gestion courante (651 à 655 sauf 65585)	4 824 187	4 700 582	5 000 700	5 047 022	5 055 992
Dotations amortissements, dépréciations et provisions (681 sauf 6814 et 6817)	157 232	147 745	167 800	142 225	171 406
Total	6 180 187	5 995 872	6 357 100	6 433 276	6 510 509

Source : Cour des comptes d'après comptes de la Cnam

L'évolution des charges de gestion courante est relativement contenue. L'augmentation des charges courantes, de 5,3 % en quatre ans, résulte de la conjonction de la progression des dotations et contributions de fonctionnement servies aux organismes primaires et aux partenaires (près de 4,8 %), d'une part, et de la progression des charges de personnel (5,5 %), d'autre part, qui constituent les deux principales charges (respectivement 77,66 % et 11,32 % du total). Les achats ont augmenté très fortement (16,1 %) mais cette progression est peu sensible du fait de la faiblesse de sa part dans le total (0,30 %). L'augmentation de 10,2 % des prestations externes a davantage de conséquences car elle concerne près de 7 % des charges totales.

Ces charges excèdent de beaucoup cependant le périmètre de la Cnam (EP) puisqu'elles recouvrent principalement des dotations aux organismes du réseau au titre de leur gestion administrative (4,55 Md€ en 2022 sur les comptes « 6551 - dotations de gestion courante » et « 6552 - contributions de gestion courante »). Hors dotations et contributions et hors contrôle médical, les dépenses de fonctionnement de la Cnam se sont élevées à 1,96 Md€ en 2022, c'est-à-dire à 0,7 % du total des charges. Le coût de fonctionnement de l'établissement public représente ainsi environ 30 % du total des dépenses de fonctionnement du réseau et moins de 1 % - environ 0,8 % - des charges globales des deux branches.

Les comptes de 2022 distinguent le service médical, dont les charges courantes s'élevaient à 593 M€ en 2022, et les autres charges courantes (hors contrôle médical) qui ont atteint 5,92 Md€. La distinction opérée dans les charges de gestion courante, entre celles du contrôle médical et celles hors contrôle médical, traduit la réalité de la gestion de l'établissement public. En effet, malgré le rattachement du personnel du service médical à la

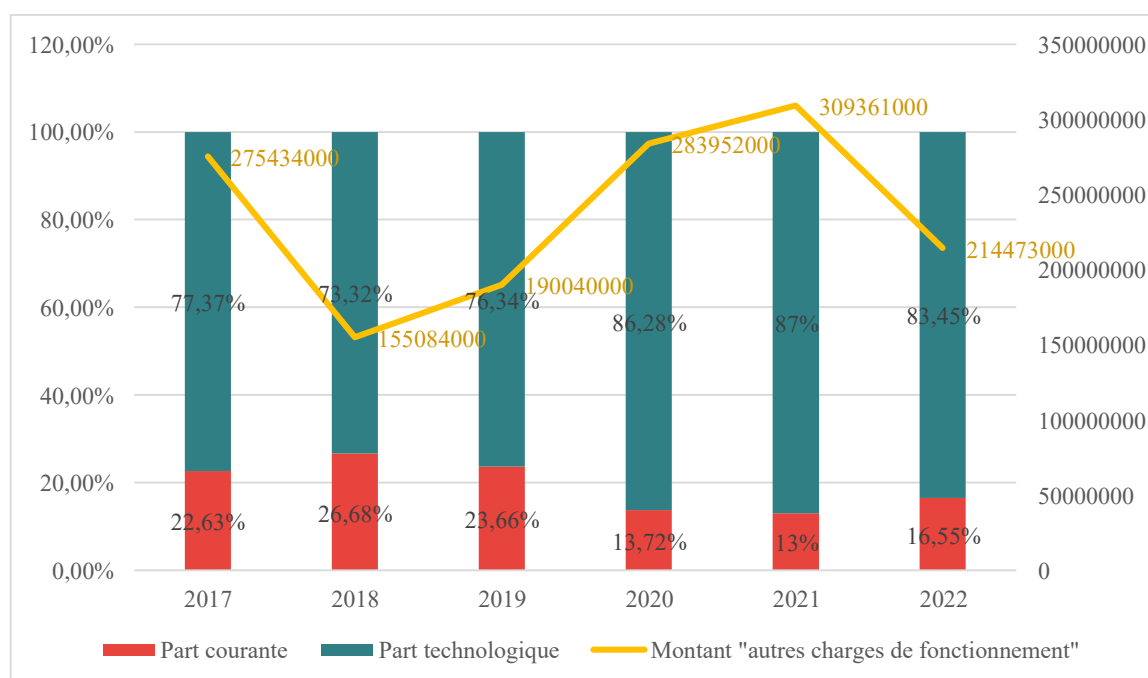
caisse nationale¹³, la gestion courante de l'organisme différencie, d'une part, la gestion du siège (et de ses sites déconcentrés, hors de Paris) et, d'autre part, celle des directions régionales et des échelons locaux du service médical (DRSM et ELSM). En interne, la "Cnam-entreprise" (*sic*) comprend le siège et les DRSM, et l'"établissement public" désigne le seul siège.

Ce dernier est géré de manière distincte par le secrétariat général alors que le service médical est intégré à la gestion du réseau et piloté par la direction déléguée aux opérations (DDO) qui en a la charge.

Les évolutions respectives des charges courantes du contrôle médical et du siège entre les deux derniers exercices (2022 et 2021 proforma) sont divergentes, avec une diminution de 4,8 % des charges du premier et une augmentation de 1,40 % de celles du second.

Le budget propre à l'EP est constitué des charges de personnel (détaillées *infra*, dans la partie relative à la gestion des ressources humaines), des dépenses d'investissement et de l'enveloppe « *Autres charges de fonctionnement* ». Ces dernières sont composées, en forte majorité, de dépenses consacrées au système d'information.

Graphique n° 1 : Composition de l'enveloppe "Autres charges de fonctionnement" du budget par nature, en part technologique¹⁴ et en part courante



Source : Cnam

¹³ Achievé avec le rattachement de l'ensemble de son personnel à la Cnam par décret n° 2015-1622 du 9 décembre 2015

¹⁴ Expression employée au sein de la Cnam pour désigner les dépenses liées aux systèmes d'information et à l'informatique.

1.2.2 Une déconcentration de la gestion budgétaire

L'analyse du processus budgétaire de la Cnam révèle un fonctionnement déconcentré, aussi bien pour la négociation de la Cog que pour la gestion annuelle courante.

1.2.2.1 Une négociation de la convention d'objectifs et de gestion (Cog) portée par la direction déléguée aux opérations (DDO) et une gestion déconcentrée des crédits

Lors des négociations de la Cog et, notamment, du montant réservé au fonds national de gestion (FNG) qui regroupe l'ensemble des ressources affectées au fonctionnement du réseau, la direction déléguée aux opérations (DDO), sous la responsabilité du directeur général, constitue l'interlocuteur privilégié des services de l'État. La négociation des grandes masses financières ne fait donc pas intervenir le secrétariat général de l'EP qui est traité dans la procédure budgétaire comme une entité du réseau, délégataire de la gestion d'une partie du budget.

La gestion du FNG lui-même est ensuite déconcentrée. Elle est répartie en compartiments entre la direction informatique, la direction du réseau et le secrétariat général. En ce qui concerne la masse salariale, par exemple, deux directions des ressources humaines ont des fonctionnements et des missions séparés, l'une au secrétariat général et l'autre à la DDO, comme le présente le tableau qui suit.

Tableau n° 4 : Délégation de la gestion des crédits

<i>Enveloppe</i>	Champ de compétence	Gestionnaire des crédits
<i>Masse salariale</i>	Réseau	DDO
	Établissement public (siège)	SG
<i>Fonctionnement informatique</i>	Réseau	DDSI
	Établissement public	DDSI
<i>Fonctionnement hors informatique</i>	Réseau	DDO
	Établissement public (siège)	SG

Source : Cnam

De la même manière, la gestion des autres fonds de la Cnam, destinés à des risques particuliers, est déconcentrée dans les directions de rattachement. C'est ainsi le cas du fonds pour l'innovation du système de santé (voir *infra*, dans la partie relative à la DSES), ou encore du fonds de lutte contre les addictions.

1.2.2.2 Une procédure budgétaire pilotée, pour le siège, par le secrétariat général

Les dépenses de fonctionnement du siège, réduit à son acception la plus étroite (hors services du contrôle médical), relèvent de la compétence du secrétariat général.

La procédure budgétaire prend la forme d'une comitologie à rythme semestriel sous forme de conférences entre le secrétariat général et les correspondants budgétaires des directions du siège. La première, au printemps, a pour but le suivi et la projection des dépenses

pour la fin d'année, tandis que la seconde, en automne, présente en plus une projection pour l'année suivante et propose des arbitrages. Le budget primitif présenté l'année qui précède, et les budgets rectificatifs, sont soumis par le directeur général au vote du conseil de la Cnam. L'approbation par l'État de ces budgets est réputée acquise après le délai prévu par le code de la sécurité sociale, s'ils sont conformes à la Cog.

1.2.3 Une forte imbrication du secrétariat général et de la DDO dans la gestion de l'effectif de l'établissement public

Le secrétariat général assume, à travers sa direction des ressources humaines (DRH-EP) la responsabilité d'employeur, à la fois stratégique et opérationnelle, du personnel du siège et des sites déconcentrés de la Cnam. Il gère, à ce titre, la réintégration des agents de direction nommés dans le réseau en cas de mise en œuvre de leur droit à réintégration. Sa compétence s'étend au personnel des DRSM pour la gestion des contentieux le concernant. Il abrite également le "Lab innov" qui appuie les caisses du réseau dans leur démarche de transformation et contribue à l'acculturation des collaborateurs du réseau.

La direction des ressources humaines de la DDO, dite DRH-R (pour "DRH réseau"), assume, outre une fonction d'animation plus appuyée que celle mise en œuvre à destination des CPam, une fonction d'employeur pour la nomination et l'affectation du personnel des DRSM. L'essentiel de la gestion des ressources humaines est, par ailleurs, assuré au niveau local dans les DRSM : gestion de la paie, définition des plans de développement des compétences.

Enfin, les accords dits "d'entreprise" applicables au siège et aux DRSM sont négociés avec les représentants du personnel conjointement par le secrétariat général et la DDO.

Cette structuration qui répartit la gestion des ressources humaines de l'établissement public entre le secrétariat général et la direction déléguée à l'animation du réseau, rend peu lisible la fonction de gestion des ressources humaines au sein de l'établissement public, notamment pour le personnel des DRSM dont la gestion est éclatée entre ces deux DRH.

1.2.4 Des instances de dialogue social multiples, reflets de chacun des périmètres de la Cnam-établissement public

Le rôle de la Cnam au sein du réseau la place au cœur d'une comitologie de dialogue social complexe.

Outre un CSE central¹⁵ (CSE C) à l'échelle de l'établissement public Cnam, chapeautant le dialogue social du siège et des DRSM, dix-sept CSE coexistent : un par DRSM et un pour le siège (sites informatiques déconcentrés compris). Les appellations courantes de ces instances – "CSE-établissement" pour le seul siège, "CSE-entreprise" pour le CSE central – témoignent de la difficulté pour la Cnam à considérer la totalité de son périmètre organisationnel, englobant en droit les DRSM qui ne disposent pas d'une autonomie juridique mais qui sont gérées séparément.

¹⁵ Il exerce « les attributions qui concernent la marche générale de l'entreprise et qui excèdent les limites des pouvoirs des chefs d'établissements »

En pratique, la définition des périmètres d'information ou de consultation entre ces deux niveaux traduit le rôle spécifique, historique, joué par le CSE du siège et la prépondérance des sujets concernant le service médical abordés en CSE-C. De même, les sujets de politique générale de l'Assurance maladie (lutte contre la fraude, gestion du risque...) sont historiquement traités dans le cadre du CSE du siège. C'est la raison pour laquelle le CSE du siège se réunit à un rythme a minima mensuel, ce qui n'est pas le cas du CSE central.

Trois niveaux de négociation des accords collectifs se superposent donc : celle conduite au niveau de l'Ucanss à l'échelle de l'assurance maladie, celle conduite au niveau de la Cnam-entreprise (siège avec ses sites distants, et DRSM) et celle conduite au niveau du seul siège. Selon la Cnam elle-même, ce triple niveau de négociation rend parfois artificiel l'exercice de la négociation au niveau dit de "l'entreprise" : compte tenu des différences importantes entre les organisations et les enjeux de gestion du personnel des DRSM et du siège, la négociation d'entreprise balance parfois entre le double écueil d'une négociation circonscrite à l'affirmation de principes très généraux (déjà posés par des accords négociés au niveau de l'Ucanss) et la recherche d'une harmonisation qui ne répond qu'imparfaitement aux véritables enjeux locaux (cf. la négociation en cours sur le renouvellement des instances représentatives du personnel qui illustre assez bien des réalités de terrain très différentes).

1.3 Des mécanismes de contrôle qui ne couvrent pas toutes les activités

Des éléments d'unification sont apportés par les divers contrôles mais ceux-ci comportent des insuffisances qui limitent leur portée et leur capacité à mettre en cohérence l'ensemble de l'activité :

- le contrôle opéré par le Cgéfi se révèle rigoureux et efficace mais il ne concerne que la Cnam-siège et pas les DRSM (1) ;
- concernant le contrôle interne, si le pilotage par objectif est bien maîtrisé par la Cnam *via* l'outil de suivi des objectifs (de la COG), ce pilotage n'est pas doublé d'un contrôle plus stratégique et transversal (2).

1.3.1 Un contrôle externe budgétaire assuré efficacement par le Cgéfi, mais qui ne couvre pas tout l'établissement public

Le contrôle de la Cnam EP opéré par le Cgéfi¹⁶ repose sur :

- la participation du Cgéfi en qualité de membre consultatif au conseil de la Cnam et aux commissions ;
- sa saisine pour avis sur les budgets des différents fonds de la Cnam ;

¹⁶ Le contrôle est fondé sur : l'arrêté du 7 septembre 2016 relatif à l'exercice du contrôle sur les caisses nationales du régime général de sécurité sociale et de l'ACOSS ; le document de contrôle du 20 février 2017 mis à jour le 27 septembre 2018.

- son activité de visa concernant, outre les marchés, la gestion des ressources humaines, la passation des conventions de financement sur les différents fonds de l'assurance maladie, les acquisitions et les aliénations immobilières, les baux immobiliers ;
- son association à la négociation et au suivi des Cog, en relation étroite avec les tutelles ainsi qu'avec la Cnam.

L'activité de visa est rigoureusement exercée par le Cgéfi, l'examen portant sur des motifs tenant aussi bien à la régularité de la dépense qu'à son efficience. Il est en mesure d'analyser les risques et évaluer les performances de l'établissement public et, ce faisant, d'exercer un contrôle éclairé de l'Etat sur la Cnam.

Cependant, le contrôle du Cgéfi est restreint au siège de la Cnam. Sauf à l'occasion de quelques audits réalisés par la direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude (DDAFC) (cf. *infra*), le Cgéfi n'accède pas actuellement aux informations budgétaires sur les DRSM. Les budgets du fonds national de gestion (FNG) présentés au conseil de la Cnam pour approbation, et au Cgéfi pour avis, ne sont guère accompagnés d'informations sur la répartition des crédits entre le réseau des caisses primaires et celui des DRSM. Une telle situation nuit au bon exercice par le Cgéfi du contrôle budgétaire de la Cnam dont il est chargé.

Pourtant, le service médical est bien une composante de l'établissement public Cnam aux termes du code de la sécurité sociale (CSS, art. R. 315-9 et 10), même si des dispositions réglementaires (CSS, art. R. 251-1 et suivants) maintiennent la distinction entre le fonds national de gestion administrative (FNGA) et le fonds national du contrôle médical (FNCM). Le CSS (art. R. 315-10) prévoit que la Cnam « *notifie à chaque médecin-conseil régional les crédits mis à sa disposition* », tandis que l'article R. 315-12 de ce même code indique que « *les opérations comptables afférentes au contrôle médical et réalisées à l'échelon régional sont incorporées périodiquement dans les écritures de la Cnam* ». Le budget de l'établissement public constitue un compartiment du FNG qui ne comprend toujours pas les dépenses des DRSM.

Malgré ces ambiguïtés réglementaires, c'est bien le directeur général de la Cnam, sur avis du médecin-conseil national et par l'intermédiaire de la DDO, qui pilote l'activité des DRSM.

Une alternative qui clarifierait le statut des DRSM et les soumettrait à des contrôles économiques et financiers appropriés, est donc possible :

- soit, rattacher de manière plus claire les DRSM à la Cnam et les soumettre à ses contrôles budgétaires *a priori* (avec des procédures adaptées) ;
- soit, préciser le contenu de leur autonomie de gestion et les soumettre à des contrôles budgétaires en région (en en confiant la responsabilité aux directions régionales ou départementales des finances publiques - DFiP).

L'équipe du Cgéfi est réduite et ne semble pas en mesure d'assurer ce contrôle au regard de sa charge de travail. Ledit contrôle pourrait donc plutôt être confié aux échelons régionaux, ce qui serait cohérent avec l'autonomie de gestion reconnue en région. *A minima*, le Cgéfi devrait être associé à la détermination des lignes directrices des contrats pluriannuels de gestion (CPG) des DRSM ainsi qu'à l'élaboration et au suivi de leurs indicateurs d'efficience et de performance.

1.3.2 Un contrôle interne du réseau qui s'exerce peu sur l'établissement public

1.3.2.1 Un contrôle interne défini dans le cadre du réseau

Le contrôle interne est exercé essentiellement à partir de la direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude (DDAFF). Outre l'établissement des comptes de l'assurance maladie et le contrôle de la qualité des comptes des caisses locales, cette direction a pour fonction de définir, proposer, impulser et coordonner la politique de contrôle interne dans le domaine financier et comptable, et les plans annuels de lutte contre la fraude intégrant les actions à visée dissuasive de prévention, en relation avec les autres directions de la Cnam.

La DDAFF pilote aussi, en partenariat avec la DDSI et la DDO, la politique de contrôle interne informatique en direction du réseau, des CTI et des sites déconcentrés de la Cnam.

La mission "*Sécurité de l'informatique décisionnelle*" de la DDSI assure, quant à elle, le maintien du bon niveau de sécurité du patrimoine des applicatifs et des techniques dans les domaines relevant d'elle. Elle assume, dans ce cadre, le contrôle interne des applications à objet ou à effet financier.

Des audits sont aussi réalisés par la DDAFF, sous le contrôle du comité national d'audit qui donne un avis sur les programmes et procédures d'audit. Il est composé de représentants de la Cnam et de représentants du réseau.

Des audits ont ainsi été réalisés dans différentes DRSM.

Tableau n° 5 : Audits de la direction de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraude - département de l'audit général

<i>DRSM concernée</i>	<i>Date de remise du rapport définitif</i>
<i>DRSM Aquitaine</i>	septembre 2017
<i>DRSM Auvergne</i>	décembre 2017
<i>DRSM Bourgogne-Franche Comté</i>	octobre 2019
<i>DRSM Normandie</i>	décembre 2019
<i>DRSM Centre-Val de Loire</i>	décembre 2019
<i>DRSM Hauts-de-France</i>	septembre 2020
<i>DRSM Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse</i>	décembre 2020
<i>DRSM Ile-de-France</i>	avril 2022
<i>DRSM Grand-Est</i>	2023 (rapport provisoire)

Source : Cnam

La Cnam n'a pas produit d'audit sur l'une ou l'autre des directions du siège.

1.3.2.2 Un contrôle insuffisant des processus internes

Au sein de secrétariat général de l'établissement public, la mission "*Contrôle de gestion*" (MCG) a pour fonction de structurer le contrôle de gestion au sein de la Cnam (siège)¹⁷ au service de la direction générale¹⁸ et des directions.

Son activité consiste à :

- piloter, sous la responsabilité du secrétaire général, le processus de management par objectif ;
- contribuer à la mise en place d'outils de pilotage budgétaire ;
- assurer le fonctionnement de la commission des achats et contribuer à la mise à jour du processus des achats (le rôle de la commission des achats est examiné *infra*).

Le management par objectif repose sur l'outil de suivi des objectifs (OSO) dont la Cnam s'est dotée dès 2006. Reprenant la structuration de la Cog, dont il est la mesure collective et individuelle de mise en œuvre, cet outil distingue trois niveaux d'objectifs :

- les objectifs Cnam qui intéressent les projets les plus stratégiques et qui relèvent du directeur général de la Cnam ;
- les objectifs "directions", complémentaire des précédents et jugés stratégiques à l'échelle des directions, qui relèvent des directeurs ;
- les objectifs individuels assignés aux directeurs, cadres et agents, primables ou non, faisant référence en tout ou en partie aux objectifs Cnam et directions.

Les objectifs individuels permettent d'établir le montant de la prime variable ou de la prime de résultat versée aux agents primables, selon la pondération suivante : 25 % OSO Cnam, 25 % OSO Directions, 50 % objectifs individuels ; ils relèvent de l'autorité des supérieurs qui procèdent à l'entretien annuel d'évaluation.

Le dispositif est annuel. Il mobilise la direction générale (notamment son cabinet) et les directions. La MCG alimente l'outil informatique destiné à suivre ces objectifs. Les données sont saisies par les « correspondants OSO » au sein des directions. Deux transmissions exhaustives à la direction générale sont obligatoires : arrêtées au 30 septembre et à la clôture, le 31 décembre. La MCG contrôle la cohérence des données reçues et peut être amenée à demander des justificatifs. En fin d'exercice, un arrêté intermédiaire est établi avec les données de la fin septembre et la MCG rédige une note de synthèse à l'attention du cabinet du DG, soulignant les points d'attention et les alertes éventuelles par rapport à la trajectoire prévue. A ce stade, des indicateurs peuvent être neutralisés, en principe seulement lorsque, pour des raisons extérieures, ils ne peuvent pas être mesurés.

L'exemple qui suit est extrait d'une note interne de présentation de ce système hiérarchisé de suivi de l'activité.

¹⁷ Elle a également vocation à animer le réseau des contrôles de gestion de la Cnam réseau.

¹⁸ Au niveau de l'établissement public dans son ensemble et au niveau du réseau, c'est la DDO qui anime le contrôle de gestion

Schéma n° 1 : Exemple d'OSO direction fondé sur la COG

Direction pilote - Direction associée - Pondération indicateur - Libellé Indicateur - Cible indicateur

OBJECTIFS CNAM 2022 >> AXE CONFORTER L'ACCESSIBILITÉ DU SYSTÈME DE SOINS (14%)				
Pilote	Associé	Apport	Sous-objetsifs / Indicateurs	
1.1. Comprendre le renoncement et accompagner les assurés dans leur accès aux soins (45%)				
DDO	DICOM	28%	Améliorer l'accès aux droits et aux soins des jeunes de l'enseignement secondaire	
DDO	DICOM	7%	<ul style="list-style-type: none"> Déployer le module scolaire expliquant le rôle de l'Assurance Maladie dans l'enseignement secondaire - Expérimentation dans 3 académies >> Cible à atteindre : 30/06/2022 	
DDO	DICOM	7%	<ul style="list-style-type: none"> Déployer le module scolaire expliquant le rôle de l'Assurance Maladie dans l'enseignement secondaire - Bilan pour généralisation >> Cible à atteindre : 30/10/2022 	
DDO	DICOM	7%	<ul style="list-style-type: none"> Déployer une offre intégrée lors de l'autonomisation des jeunes ayant 18 ans dans l'année - Contact proactif vers les parents >> Cible à atteindre : 31/12/2022 	
DDO	DICOM	7%	<ul style="list-style-type: none"> Déployer une offre intégrée lors de l'autonomisation des jeunes ayant 18 ans dans l'année - Accompagnement des jeunes dans l'utilisation des outils de l'Assurance Maladie >> Cible à atteindre : 31/12/2022 	
DDO	DICOM DDGOS	21%	Favoriser l'accès aux droits et à la prévention des jeunes	
DDO	DICOM DDGOS	7%	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en oeuvre la convention signée avec l'enseignement supérieur (guide interactif et promotion des offres de service et de prévention) >> Cible à atteindre : 31/12/2022 	
DDO	DICOM DDGOS	7%	<ul style="list-style-type: none"> Déploiement de la nouvelle offre d'accompagnement santé jeunes auprès du réseau, des partenaires et des PS en y intégrant des outils en cours d'élaboration pour le repérage de la souffrance psychique et des conduites addictives chez les adolescents par le >> Cible à atteindre : Ouverture d'un compte RS avant le 30/06/2022 dès que la Cnam de Nanterre pourra y consacrer les moyens nécessaires 	
DDO	DICOM DDGOS	7%	<ul style="list-style-type: none"> Déploiement de la nouvelle offre d'accompagnement santé jeunes auprès du réseau, des partenaires et des PS en y intégrant des outils en cours d'élaboration pour le repérage de la souffrance psychique et des conduites addictives chez les adolescents par >> Cible à atteindre : Déploiement de l'offre au 31/12/2022 	

Source : Cnam, mission contrôle de gestion

En volumétrie, l'objectif affiché est de ne pas excéder 100 indicateurs Cnam et entre 10 et 50 indicateurs de direction, selon la taille de celle-ci. Ce nombre extrêmement élevé d'indicateurs suivis, même assortis de pondération, neutralise l'intérêt du dispositif à l'échelle de chaque agent. De surcroît, quelques indicateurs, notamment ceux du niveau de la Cnam, ne dépendent pas du seul contrôle de l'organisme (par exemple, celui relatif au « nombre de médecins ayant signé un CAPI [contrat d'amélioration des pratiques individuelles] ». Ce dispositif particulièrement lourd et consommateur de temps pour les divers niveaux hiérarchiques ne peut avoir qu'une portée très limitée sur les performances de l'établissement public, au regard de sa rigidité et du nombre de critères sur lequel il repose.

Les achats constituent l'autre axe d'intervention de la MCG. Ceux-ci ont fait l'objet d'audits sur la réalité du service fait qui avaient plusieurs objectifs : vérifier l'adéquation entre charges et ressources, réaliser un contrôle interne, améliorer la gestion budgétaire, mettre en place des indicateurs de performance, renforcer la traçabilité des mesures mises en œuvre. Ils se sont conclus par 23 recommandations, trois ayant été écartées comme étant sans nécessité, quatre ayant été mises en œuvre, cinq étant en cours de mise en œuvre et le reste étant à lancer selon les éléments présentés lors du contrôle.

1.3.3 L'absence de perspective stratégique propre à l'établissement public

Plus que par des contrôles, une cohérence accrue entre les diverses missions et pôles de l'établissement public pourrait être assurée par un document consacré aux orientations

stratégiques. Un tel document existe pour les organismes dits « de base » (les Cnam, à titre principal) qui concluent avec la caisse nationale un contrat pluriannuel de gestion (CPG) qui les engage sur la durée de la Cog, pour ce qui concerne leurs principaux objectifs mais aussi pour les contraintes de leur gestion.

Il est logique qu'un tel document en forme contractuelle ne soit pas prévu pour le siège ou pour l'établissement public, puisque cela reviendrait à organiser une négociation interne à l'organisme "tête de réseau". Cette contrainte n'empêche pas, toutefois, d'impossibilité de toute projection stratégique pour l'établissement public lui-même.

La Cnam indique qu'elle s'est dotée, en mai dernier, d'un "projet d'établissement" intitulé "*Yes You Cnam*" qui n'a, cependant, pas été transmis à la Cour à l'appui de sa réponse. Il concerne le siège de la Cnam et ses sites distants mais pas le service médical, ce qui est regrettable au regard de ce qu'est l'établissement public au sens des dispositions légales, et au regard du caractère stratégique de l'ambition exprimée.

Le directeur général de la Cnam a indiqué que la seconde action de ce projet prévoyait de « *prendre en compte la transversalité dans les méthodes de gestion de projet* », notamment pour les projets dits complexes, et de les suivre au niveau du comité de direction. Il a aussi signalé que le pilotage des ressources dans le périmètre de la Cnam siège faisait l'objet d'une procédure et d'une comitologie spécifique qui permettait d'affecter des moyens supplémentaires aux missions jugées stratégiques ainsi qu'aux projets complexes. Ces points seraient, en effet, susceptibles d'améliorer les performances de gestion de la Cnam.

S'ils améliorent la gestion de l'existant, ces éléments du projet d'établissement ne tracent pas, pour autant, de perspectives stratégiques pour l'organisme, au titre de ses missions de gestion des risques de l'assurance maladie. Par ailleurs, un tel document devrait être approuvé par les tutelles, au moins, comme l'a relevé la direction de la sécurité sociale du ministère chargé de la santé, pour « *quelques grandes fonctions spécifiques à la CNAM ainsi qu'à quelques thématiques ciblées comme les achats, la gestion des ressources humaines ou la gestion financière, afin de renforcer les processus internes si cela est jugé nécessaire* ».

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La conjonction d'une déconcentration étendue de la gestion dans les directions et d'une faible focalisation des outils de contrôle sur les missions transversales ne contribuent pas à la cohésion de l'établissement public ni à la cohérence des nombreuses actions et projets transversaux qu'il lui appartient de piloter, il engendre en outre un risque de forces centrifuges ou, plus concrètement, d'arbitrages peu cadrés en amont.

L'analyse des fonctions transversales – gestion des ressources humaines et suivi des marchés - confirme ce risque.

Recommandation n° 1 : (Cnam, DSS) élargir le projet d'établissement au périmètre de l'établissement public, pour y inclure les DRSM, et le faire approuver par la tutelle.

Recommandation n° 2 : (Cnam, ministère de la santé, ministère des comptes publics) associer le Cgéfi à la détermination des lignes directrices des contrats pluriannuels de gestion (CPG) de ces directions, ainsi qu'à l'élaboration et au suivi de leurs indicateurs d'efficacité et de performance.

2 UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DU SIEGE A RENFORCER

La gestion des ressources humaines de la Cnam (siège) reflète la complexité liée à son double statut d'organisme du réseau de l'assurance-maladie et d'établissement public administratif.

Les contraintes relatives à l'effectif et à l'évolution des rémunérations pèsent davantage sur le réseau que sur la Cnam (EP) (1), avec des différences complémentaires entre la direction générale et les autres entités (2). Dans la période récente, des chantiers complexes en termes de gestion des ressources humaines ont été menés à bien mais la vision prospective est insuffisante, notamment en ce qui concerne la gestion des emplois et des compétences (GPEC) (3).

2.1 Une gestion de l'évolution de l'effectif et des rémunérations moins contrainte au niveau du siège que dans l'ensemble du réseau

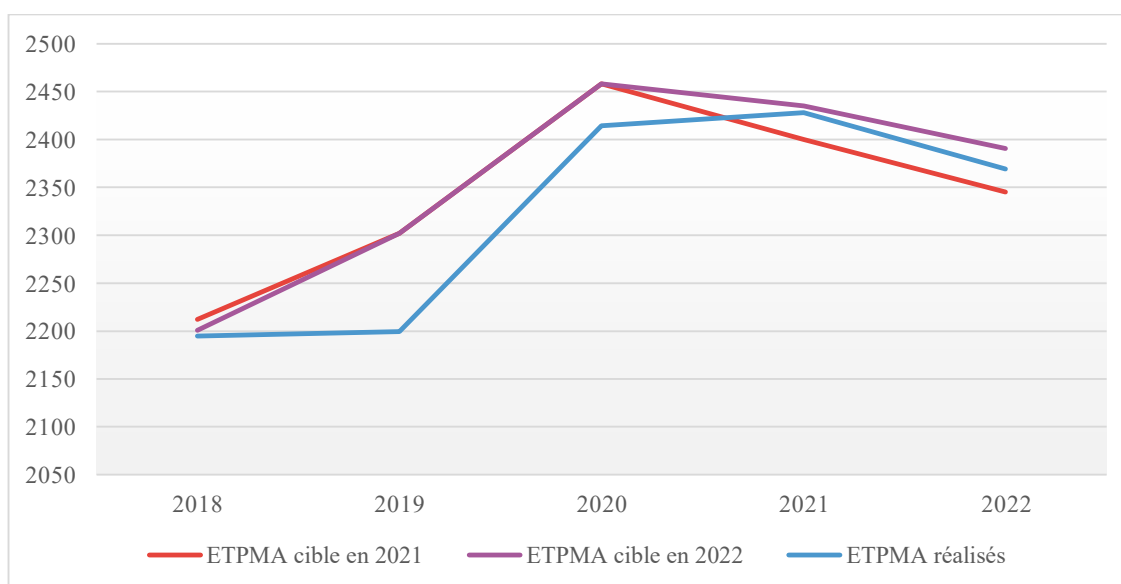
2.1.1 Un pilotage de l'effectif dans le cadre du réseau, favorable à la Cnam (EP)

Dans la Cog 2018-2022, le pilotage de la masse salariale reposait sur trois leviers :

- la détermination d'une enveloppe limitative de frais de personnel, avec une sous-enveloppe particulière pour l'établissement public (hors contrôle médical) ;
- une trajectoire d'évolution de l'effectif arrêtée pour la durée de la Cog et mesurée en équivalents temps plein, en moyenne annuelle (ETPMA) ;
- un encadrement par les pouvoirs publics, depuis 2011, de la rémunération moyenne du personnel en place (RMPP) qui prend en compte les mesures collectives (augmentation de la valeur du point, etc.), les mesures conventionnelles automatiques (point d'expérience, etc.) et les mesures individuelles.

Le pilotage de la masse salariale de la Cnam est inséré dans le processus de gestion du budget global de la branche "Assurance maladie et AT-MP". Il est préparé par la direction déléguée aux opérations (DDO) avant d'être arbitré par le directeur général. Dans ce processus, la Cnam est restreinte à son siège et considérée comme un organisme du réseau. C'est donc la DDO qui prévoit la trajectoire des emplois du siège et fixe la dynamique de sa RMPP. En retour, le secrétariat général et sa direction des ressources humaines entretiennent un dialogue de gestion régulier avec les principales directions (dont la DDO) qui composent l'établissement public Cnam et pilotent la gestion des ressources humaines à l'intérieur de ce périmètre.

La gestion est plus souple pour le siège que pour le reste du réseau. La version initiale de la Cog prévoyait une réduction de l'effectif de l'assurance maladie exigeante, de 12 % (soit de 7 706 ETP, sur une base de 64 806 ETP en 2017). Il a dû être tenu compte, en cours de réalisation, de l'intégration du régime des indépendants et des mutuelles étudiantes puis de la crise sanitaire. La trajectoire assignée au siège a été, elle aussi et en conséquence, évolutive.

Graphique n° 2 : Suivi de l'effectif de la Cnam de 2018 à 2022 en ETPMA

Nota : ETPMA signifie "équivalent temps plein en moyenne annuelle"

Source : Cour des comptes d'après documents Cnam

Alors que l'objectif fixé initialement était de rendre 222 postes, le siège a finalement gagné des ETP. Cet apport net tranche avec les évolutions enregistrées dans le reste du réseau.

Tableau n° 6 : Évolution des ETPMA 2017-2022, Cnam-siège, DRSM et réseau

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2017-2022	en %
Cible COG	64 806	63 415	62 461	64 083	63 743	61 913	-2 893	-4,5 %
Réalisation DRSM	7 204	7 096	6 808	6 955	7 033	6 828	-376	-5,2 %
Réalisation Cnam	2 138	2 188	2 197	2 411	2 424	2 369	231	10,8 %
Réalisation réseau	64 806	63 622	61 909	63 618	63 823	61 911	-2 895	-4,5 %
Écart	-	207	-552	-465	80	-2	-2	

Source : Cour des comptes d'après données de la Cnam

La rémunération moyenne du personnel en place a évolué aussi de manière différente, entre l'établissement public Cnam et le réseau : le taux d'évolution visé est supérieur à celui consenti à l'ensemble du réseau, même si cet effet a été un peu atténué en 2022. Pour cet exercice, en effet, la revalorisation de la valeur du point¹⁹ a conduit à différencier deux périmètres : hors revalorisation (HR)²⁰ et avec revalorisation (AR) ; la structuration des emplois, différente entre le réseau et l'EP (faible présence de bas salaires et de formateurs, par exemple) a ainsi conduit à établir un taux cible inférieur moins favorable pour le personnel de

¹⁹ Augmentation valeur du point de 3,5 % le 1^{er} octobre 2022

²⁰ Le cadrage hors revalorisation comprend la RMPP initiale (1,50 % pour le réseau), un complément pour augmentation de plafond (0,08 %), la mesure en faveur des bas salaires (0,25 %) et la mesure pour les primes attribuées aux formateurs occasionnels (0,03 %)

l'EP. En revanche, sur l'ensemble de la période couverte par la Cog, l'évolution cible de la rémunération moyenne reste, malgré cet effet de structure, globalement plus favorable à l'EP qu'au reste du réseau (+9,80 % contre +9,02 %).

Tableau n° 7 : Évolution de la RMPP "EP" et de la RMPP "réseau"

RMPP	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2022/2017
Taux cible pour assurance-maladie	1,50 %	1,50 %	1,50 %	1,50 %	(HR) 1,86 %	8,11 %
					(AR) 2,72 %	9,02 %
Taux cible pour l'EP	1,75 %	1,70 %	1,70 %	1,72 %	(HR) 1,68 %	8,85 %
					(AR) 2,57 %	9,80 %
RMPP réalisée par l'EP	1,66%	1,74%	1,72%	1,71%	1,67 %	8,79 %
					2,55 %	9,74 %

Source : Cour des comptes d'après Cnam

Cette évolution particulière des emplois et de la RMPP du siège par rapport à celle des autres composantes du réseau n'a été possible que parce que la gestion du siège a été réalisée dans le cadre global du réseau. Les spécificités du siège, notamment sa mission de pilotage de l'ensemble, peuvent justifier des trajectoires différentes de celles des organismes primaires, en particulier en temps de crise sanitaire. Pour autant, il serait utile, pour la Cnam comme pour ses tutelles, de préciser les ressources humaines –en nombre, en compétences et en rémunération – nécessaires à la réalisation performante de ses tâches. L'inscription de ces objectifs dans un document prévisionnel, approuvé par les tutelles, comme un projet d'établissement évoqué plus haut, permettrait de mieux justifier des différences de traitement à partir d'une projection stratégique propre au siège.

2.1.2 Un « atterrissage » tardif de la trajectoire des emplois

La maîtrise des emplois du siège est intervenue tardivement. Ce n'est qu'à la fin du premier semestre 2021, en effet, qu'une stratégie contraignante a été mise en œuvre. Un outil (« calculette ») permettant de mesurer les conséquences en ETPMA des différents mouvements réalisés et prévisionnels a été diffusé à l'ensemble des directions et un dispositif de supervision mensuelle par direction a été mis en œuvre. Jusque-là, des recrutements dits en surnombre – gagés par des probabilités théoriques de départ avant la fin de la période – étaient tolérés.

De surcroît, le calcul en ETPMA permet de jouer sur les dates de recrutement pour rester dans la cible alors même que la prise en compte de l'ensemble des postes pourvus au cours d'une année peut engendrer un dépassement sur l'année pleine suivante, comme le montre le tableau présenté en comité de direction le 14 novembre 2022.

Tableau n° 8 : Projection de l'effectif de référence au 1^{er} janvier 2023

Direction	PROJECTION ETPMA A FIN 2022 (selon «DRHEP») (A)	Effet report 2023 (B)	Effectif de référence au 01/01/2023 (A+B)	Impact ETPMA du plan de recrutement en cours dont l'intégration est prévue en 2023 (Valorisé en année pleine) (C)	ETPMA SI LA TOTALITE DU PLAN DE RECRUTEMENT EN COURS EST VALORISEE EN ANNEE PLEINE (A + B + C)	Rappel cibles direction 2022	Ecart aux cibles « direction »
DDAFF	165,82	-0,76	165,06	6	171,06	166,00	5,06
DDGOS	291,62	5,19	296,81	18	314,81	297,50	17,31
DDO	301,61	9,87	311,48	19	330,48	308,67	21,81
DDSI	1028,63	-19,28	1009,35	20	1029,35	1030,92	-1,57
DICOM	38,55	0,45	39,00	1	40,00	38,00	2,00
DIR	23,90	-0,08	23,82	0	23,82	20,09	3,73
DIR-DGU	26,41	5,24	31,65	4	35,65	35,00	0,65
DRP	79,74	4,00	83,74	2	85,74	82,00	3,74
DSES	108,43	3,61	112,04	5	117,04	108,58	8,46
SG	278,60	-10,59	268,01	7	275,01	278,67	-3,66
MAD	25,44	-2,80	22,64	1	23,64	25,00	-1,36
TOTAL	2368,75	-5,15	2363,61	83	2446,61	2390,43	56,18

Source : Cnam

Un pilotage plus rigoureux de l'effectif de l'établissement public suppose de décompter les emplois, non seulement en ETPMA mais aussi en ETP.

Par ailleurs, l'examen de l'effectif des DRSM fait apparaître une anomalie : le nombre des agents de direction (arrêtés au 30 avril 2022) a augmenté durant la COG, passant de 22 en 2018 à 38 en 2022. L'augmentation constatée concerne en réalité non pas des créations de postes mais des situations de rattachement administratif d'agents œuvrant pour le siège, pour des raisons tenant à des contraintes géographiques personnelles. Ces personnes « mises à disposition » ne le sont donc que facialement et l'augmentation constatée n'est pas réellement liée à l'activité des DRSM. Or, si le plafond des emplois est fixé pour l'ensemble du réseau, laissant le directeur général de la Cnam libre d'affecter le personnel au sein de celui-ci comme il le souhaite, dès lors que le plafond n'est pas dépassé, l'annexe de la Cog détaillant les évolutions du Fonds national de gestion administrative (FNGA) distingue, quant à elle, les dépenses - et notamment, celles de personnel - selon qu'elles concernent le réseau ou le siège. L'affectation formelle en DRSM de personnes travaillant pour le siège brouille le suivi de son effectif et fausse les analyses stratégiques à mener sur sa configuration, même si elle ne concerne qu'une douzaine de personnes.

2.2 Une grande souplesse dans le recrutement qui peut entraîner de trop fortes distinctions entre agents

Ainsi que le prévoit l'article L. 224-7 du code de la sécurité sociale, la Cnam, caisse nationale, est à la fois un établissement public qui peut recruter des fonctionnaires en détachement et des contractuels de droit public, et un organisme de la sécurité sociale qui emploie des salariés de droit privé dont les conditions d'emploi sont soumises aux conventions collectives qui régissent ce personnel.

2.2.1 Un établissement à faible composante d'agents publics

Conformément à la réglementation, durant la période 2017-2022, 20 fonctionnaires ont été détachés à la Cnam, dix étant présents en 2022²¹. Douze contractuels de droit public ont été présents durant la période 2017-2022, six en 2022. Ce personnel – en nombre réduit – n'est pas intégré dans le plafond des emplois suivis par la Cog.

Cet effectif est à rapprocher des 2 547 salariés présents fin 2021²², parmi lesquels 2 493 étaient en contrat à durée indéterminée (CDI). Ce personnel est généralement très qualifié.

Tableau n° 9 : Effectif sous contrat à durée indéterminée par structure de qualification, au 31 décembre 2021

Qualification	Nombre
<i>Employés</i>	155
<i>Cadres</i>	1 352
<i>Cadres supérieurs</i>	679
<i>Agents de direction</i>	253
<i>Praticiens-conseils</i>	54
Total CDI	2 493

Source : bilan social 2021 EP

Sur la période 2018-2021, chaque année, 200 personnes en moyenne ont été recrutées sur contrat à durée indéterminée.

2.2.2 Un contrôle sur les recrutements exercé par le Cgéfi adapté à la spécificité de la Cnam

S'agissant de salariés pour l'essentiel, le contrôle exercé par le Cgéfi est fondé principalement sur la dimension budgétaire. L'article 225 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, applicable à la Cnam, dispose : « *lorsqu'ils sont soumis à son visa ou à son avis préalable, le contrôleur budgétaire examine les projets d'autorisations et d'actes mentionnés au premier alinéa au regard de la disponibilité des crédits et des emplois, de la hiérarchie des emplois et des rémunérations au sein de l'organisme et de leurs conséquences budgétaires.* »

« *Pour tenir compte de la maturité du processus de gestion des ressources humaines au sein de l'établissement public* », le contrôle des actes de gestion des ressources humaines a été allégé. Depuis le 1^{er} mai 2021, il repose principalement sur l'utilisation de « nuages de points » représentant le niveau de rémunération des agents exerçant le même métier, comme on peut le voir dans l'exemple qui suit. Le modèle de régulation retenu est un critère d'âge et de

²¹ La Cour a examiné une dizaine de dossiers sans relever d'irrégularité.

²² Cf. bilan social 2021

progression linéaire des salaires qui reflète l'évolution des agents régis par la convention collective, où le salaire initial a un effet important sur le reste de la carrière.

Si un agent, de par son âge et ses prétentions, s'éloigne dudit nuage, un arbitrage du Cgéfi est requis. Le contrôleur financier s'est ainsi opposé à des recrutements au nom du principe de hiérarchie des emplois et des rémunérations. Des aménagements ont été trouvés dans chaque cas particulier : modération de l'offre salariale ou requalification du contrat²³.

La conjonction entre le statut d'établissement public de la Cnam et le caractère contractuel de la relation de travail repose donc sur le concept de hiérarchie des emplois et des rémunérations qui laisse subsister une grande marge d'appréciation, et sur la valorisation de la compétence et de l'expérience des agents fondée sur l'ancienneté.

2.2.3 Une direction générale composée majoritairement d'agents de droit public, recrutés à des conditions avantageuses

Le directeur général, lui-même, est nommé par le gouvernement pour cinq ans. Le directeur général actuel a été nommé en juillet 2020. S'agissant des emplois rattachés directement à la direction générale, la hiérarchie des rémunérations ne coïncide pas avec la hiérarchie des fonctions.

Sur la période examinée au titre du présent contrôle²⁴, les agents de droit public ont occupé jusqu'à trois des quatre postes de directeur délégué de la Cnam. Deux d'entre eux ont été placés à leur demande sous contrat à durée indéterminée relevant de la convention des agents de direction, après plusieurs années d'exercice de leur fonction : l'un en 2018, l'autre en 2022. Parmi les autres membres du comité de direction, la directrice des Ugecam, rattachée au directeur général, est une fonctionnaire détachée. La composition du comité de direction a légèrement évolué depuis mai 2023 : sur ses 11 membres, hors directeur général, cinq (45 %) sont aujourd'hui issus du réseau et ont effectué leur carrière au sein de la sécurité sociale.

Les autres directeurs – dont la secrétaire générale – relèvent de la convention collective des agents de direction mais seulement deux d'entre eux, sur quatre, sont issus des agents de direction de la sécurité sociale et diplômés de l'École nationale supérieure de la sécurité sociale (EN3S). Les deux autres, embauchés directement sur contrat à durée indéterminée relevant de la convention collective, ont acquis leur expérience dans les administrations publiques sans être fonctionnaires. Leur recrutement²⁵ n'a pas fait l'objet d'un appel à candidatures dans la bourse des emplois de L'Ucanss, contrairement aux dispositions de la convention collective. L'établissement public reconnaît, en effet, que les « *candidats étaient pressentis* », s'agissant de « *postes clé* ».

²³ Par exemple, en contrat à durée déterminée de droit public plutôt qu'en contrat à durée indéterminé, pour un agent dont la situation s'écarte sensiblement du nuage de points, tant au regard de son âge que de sa rémunération salariale.

²⁴ Une nouvelle directrice déléguée des systèmes d'information a été nommée récemment. Diplômée de l'EN3S, elle a fait l'essentiel de sa carrière dans le réseau de la sécurité sociale.

²⁵ L'inscription sur la liste d'aptitude n'est pas obligatoire pour les emplois d'agent de direction des caisses nationales du régime général.

Alors que le recrutement des agents de direction est soumis à l'agrément du ministre chargé de la santé, une seule notification formelle a été produite par l'établissement public, informant l'intéressé de son agrément implicite (absence de décision contraire du ministre²⁶). L'autre agrément n'a pas été produit. Ces recrutements ont donc été opérés sans satisfaire pleinement aux règles de fonctionnement de l'établissement.

Qu'ils soient recrutés en tant que fonctionnaires en détachement²⁷, en tant que contractuels de droit public ou en tant que salariés, la classification des emplois et la rémunération des directeurs de la Cnam correspondent à, ou excèdent, celles des cadres dirigeants très expérimentés issus du réseau. C'est le cas d'un agent de la fonction publique d'Etat détaché. Tout en accordant son visa, le contrôleur financier a souligné le « *risque d'apparition de distorsions non justifiées entre les rémunérations des cadres dirigeants de la Cnam qui ne font pas partie du comité de direction de l'établissement et celles des membres de ce comité* ». Sa rémunération, part variable comprise, dépasse sensiblement la rémunération qu'il percevrait sur un poste équivalent dans son administration d'origine.

Un contrat de directeur prévoit une indemnité "*avantage personnel*" mensuelle de 1 407,35 € (elle a augmenté de 50 € alors qu'elle est dite résorbable sur le contrat de travail). Cette prime résulte de la négociation salariale mais n'est pas prévue dans la convention collective. Cette pratique reste exceptionnelle puisqu'elle n'est servie qu'à cinq autres agents – hors cadres dirigeants – et pour des montants plus modiques : de 29,98 € à 409,86 € mensuels.

Si les conditions de rémunération des membres de la direction générale ne font pas apparaître d'irrégularité systémique ou significative, la Cour relève néanmoins que les conditions de rémunération accordées aux directeurs rattachés directement au directeur général et les avancements de carrière doivent être mis en perspective avec :

- les engagements de l'établissement public quant à sa masse salariale ;
- le signal envoyé aux agents issus du concours, effectuant une carrière longue et très cadrée pour ce qui est de la rémunération, au sein de l'EP.

²⁶ Dans le délai de six mois après nomination impartie par l'article R. 123-49 du code de la sécurité sociale.

²⁷ L'article 15 du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 (fonction publique hospitalière), et l'article 6 du décret n° 86-68 du 13 janvier 1986 (fonction publique territoriale) prévoyaient : « *Le détachement ne peut être accordé que lorsque la rémunération afférente à l'emploi de détachement n'excède pas la rémunération globale perçue dans l'emploi d'origine, majorée, le cas échéant, de 15 p. 100.* » De même, les articles 4 du décret n° 87-1101 du 30 décembre 1987 et 3 du décret n° 90-128 du 9 février 1990 (fonction publique territoriale) ne permettaient pas la nomination dans un emploi de direction « *lorsque la rémunération afférente à l'emploi de détachement excède la rémunération globale perçue dans le grade d'origine de plus de 15 %* ». Les décrets n° 2008-592 du 23 juin 2008 (fonction publique hospitalière) et n° 2008-654 du 2 juillet 2008 (fonction publique territoriale) ont supprimé ce plafond. Une telle disposition n'existait pas, réglementairement, dans la fonction publique de l'État. Cependant, une circulaire de la direction du budget du 17 novembre 2004 précisait les conditions dans lesquelles les contrôleurs financiers étaient autorisés à viser les notices financières des détachements sous contrat comportant un gain de rémunération supérieur à 15 %. Ce taux pouvait être perçu comme un plafond à ne pas franchir. La circulaire du 8 septembre 2008 a abrogé la circulaire du 17 novembre 2004. Toute référence à une limite de gain de rémunération est donc supprimée pour les trois fonctions publiques.

2.3 Le statut spécifique du siège nécessiterait une gestion des emplois plus prospective

La gestion des ressources humaines du siège, dans la période récente, a été marquée par des événements attendus, comme l'intégration du personnel du régime des indépendants et des mutuelles étudiantes, et par des crises imprévues telles que l'incendie du bâtiment du siège fin juillet 2018 et, surtout, la pandémie de covid-19, qui ont nécessité l'organisation rapide du travail à distance et mobilisé fortement le secrétariat général, sa direction des ressources humaines en particulier. Ces tâches exceptionnelles se sont ajoutées à des procédures récurrentes déjà lourdes.

2.3.1 Un processus d'attribution de rémunération lourd et aux effets managériaux peu perceptibles

En 2021, la masse salariale du personnel régi par un statut de droit public s'élevait à moins de 2 M€ tandis que celle du personnel relevant du droit privé atteignait 151,3 M€. La rémunération de ces deux catégories de personnel est marquée par des différences sensibles.

Celle du personnel de droit public est caractérisée par une forte proportion de primes (38,7 %). À l'inverse, le salaire de base des agents sous contrat à durée indéterminée a représenté 81,1 % de leur rémunération en 2021, les autres indemnités et avantages divers, d'un montant de 3,7 M€ en 2021, ne représentant que 2,5 % du total et les primes d'intéressement, 1,5 % (2,3 M€). La part variable est donc relativement modeste. Fondé sur la détermination d'objectifs individuels apparemment ambitieux mais largement théoriques, au regard du nombre et de la nature des critères devant être pris en considération (cf. *supra*, développements concernant l'OSO) et d'un seuil d'attribution peu élevé (le collaborateur doit avoir atteint, au minimum, la moitié des objectifs individuels qui lui ont été fixés), la prime de résultat ou la part variable, quasi-généralisée, n'a guère de vertu managériale, ce qui est contradictoire avec la lourdeur du processus à l'issue de laquelle elle est versée.

La détermination du salaire lui-même nécessite, dans le cadre des conventions collectives applicables, la mise en œuvre de campagnes salariales très mobilisatrices, pour la direction des ressources humaines comme pour l'encadrement. Elles débutent après que les primes variables ont été fixées, souvent en juin, avec la soumission d'une note de politique salariale au Cgéfi. L'enveloppe globale, déterminée en fonction de la masse salariale définie dans le cadre de la Cog après attribution des primes, est répartie en sous-enveloppes dont les principales sont dictées par les réalisations antérieures (effet report n-1), par le résultat des négociations salariales réalisées au sein de la sécurité sociale (mesure générale) ou par les dispositions des conventions collectives (points d'expériences, points de mobilité interne). La sous-enveloppe relative aux mesures salariales individuelles (MSI) est donc résiduelle et varie selon les années. En 2022, les MSI, qui représentent entre 55 et 66 % du total de l'enveloppe de rémunération du personnel en place, ont atteint un peu plus de 2 M€. Si cette démarche assure un encadrement strict des effets des mesures individuelles sur la masse salariale, elle contraint aussi fortement la capacité des managers à reconnaître les mérites de leurs collaborateurs, surtout pour ceux qui ne sont pas éligibles à des parts variables de rémunération.

Par ailleurs, l'attribution de mesures individuelles répond à une réglementation très précise qui rend la répartition complexe. Elle débute en juin et s'achève en octobre avec la mise

en paiement. Ce dispositif, issu des conventions collectives et des accords salariaux, a conduit le secrétariat général à mettre en place différents outils d'aide à destination des encadrants :

- un guide de mise en œuvre a été diffusé en 2021 ;
- un webinaire précise aux managers les modalités d'organisation de la campagne ;
- chaque année, les directions sont destinataires du panorama complet de la situation salariale ("kit MSI") de leurs collaborateurs, précisant notamment l'historique des mesures salariales et identifiant les salariés éligibles²⁸ ainsi que ceux qui n'ont pas bénéficié de points de compétences depuis plusieurs années.

Un fichier d'aide à la décision permet de projeter la mesure attribuée individuellement (calcul du nombre de points en cas de promotion et marge restante sur le nouveau niveau) et de vérifier globalement si l'enveloppe de la direction est respectée.

2.3.2 Une intégration des agents issus du RSI et des mutuelles étudiantes réussie

En 2020, 249 personnes en provenance du régime social des indépendants (RSI) et du régime de sécurité sociale des étudiants (RSSE) ont été intégrées au siège.

S'agissant d'un transfert de leur contrat de travail d'une société à une autre, les personnes concernées ont bénéficié du maintien de leur rémunération et de la reprise de leur ancienneté, conformément aux dispositions de l'article L. 1224-1 du code du travail. Les personnes intégrées ont aussi eu le choix de leur lieu d'intégration, indépendamment de la contrainte de l'adéquation aux besoins de l'employeur.

Le suivi de l'intégration a été structuré au sein du réseau, notamment par la mise en œuvre d'un bilan à deux mois. Un plan de formation a été mis en place et exécuté à l'égard, tant du personnel accueilli que des équipes accueillantes. À la Cnam (EP), la mission PIAM (pilotage de l'intégration à l'assurance maladie) a été créée pour prendre en charge les projets d'intégration et un suivi personnalisé sur les questions de rémunération a été proposé. Le soutien aux nouveaux intégrés a donc demandé, lui aussi, une forte mobilisation.

Le baromètre social institutionnel (BSI) de 2021 a montré un niveau de satisfaction élevé, tant des collaborateurs que de leurs managers²⁹. Au-delà de cet indicateur, il est très difficile de mesurer les conséquences de l'intégration de ce personnel sur la performance de gestion du siège, du fait de sa dissémination dans l'ensemble de ses structures.

2.3.3 La mise en œuvre itérative du télétravail

Le télétravail a été mis en place au siège dès mai 2016 et renforcé en septembre 2018, après l'incendie du 27 juillet 2018 qui a endommagé une partie du bâtiment du siège. Le télétravail a ensuite été généralisé à l'ensemble de la Cnam (EP) en 2019, et revu en mai 2021 après un bilan du télétravail exceptionnel lié à la crise sanitaire. Une enquête a été réalisée auprès des salariés au cours de l'été 2020.

²⁸ Ne sont pas éligibles les collaborateurs dont l'ancienneté est inférieure à un an, ceux qui ont été promus l'année précédente ou qui ont bénéficié d'une mesure individuelle trois années consécutives.

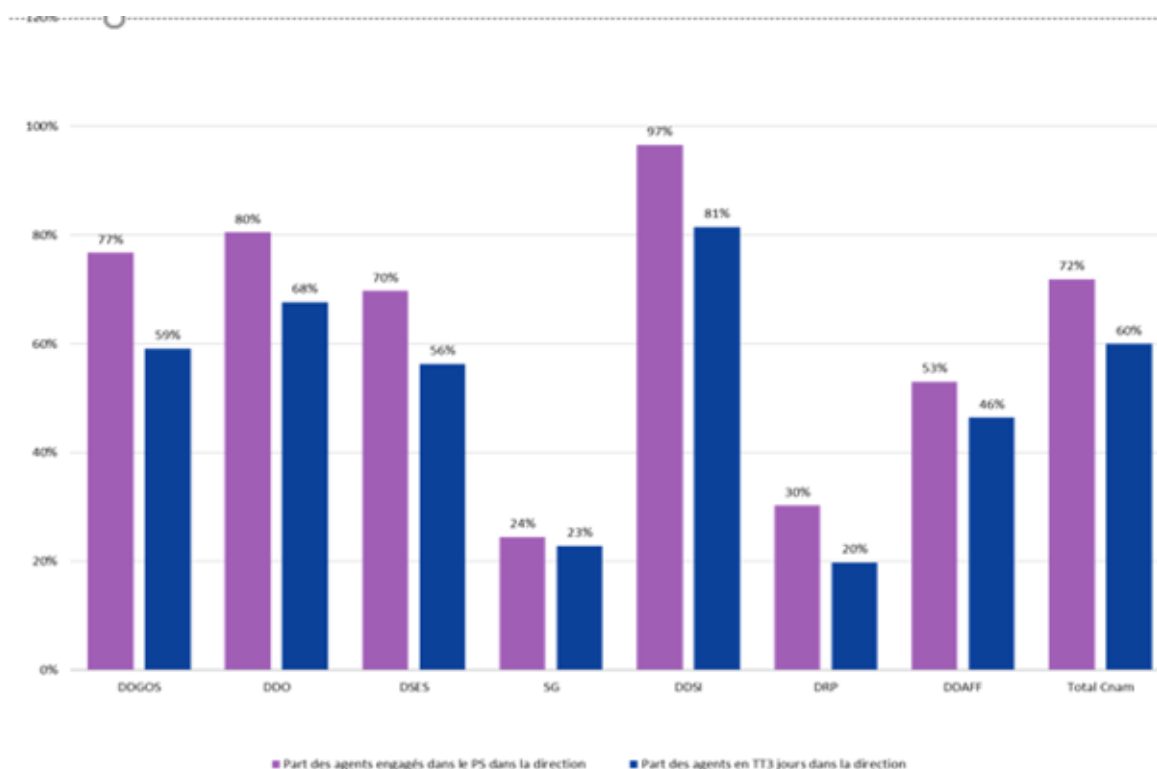
²⁹ Cette réussite a été saluée en outre par l'Igas (2023)

Deux formules sont désormais accessibles aux agents éligibles :

- la formule n° 1 – presque de droit – permet jusqu’à deux jours de télétravail par semaine ;
- la formule n° 2 autorise jusqu’à trois jours de télétravail dès lors qu’un projet collectif de travail a été approuvé par le comité de direction de l’établissement et qu’il accompagne « *l’occupation raisonnée* » (*sic*) des surfaces de travail.

Au total, au siège de la Cnam, 88 projets de service ont été agréés, concernant 72 % des agents (1 806 personnes), 60 % bénéficiant de trois jours de télétravail (1 507 personnes).

Graphique n° 3 : Pourcentage de la direction en projet de service



Source : Cnam CSE 27 septembre 22 : point d’étape déploiement de la formule 2

Malgré l’orientation vers l’optimisation de l’occupation des locaux donnée au déploiement du télétravail post-crise sanitaire, explicitement reprise dans les projets de service, la généralisation du télétravail ne s’est pas encore traduite par une réorganisation majeure des espaces de travail. Le programme de réaménagement du siège court jusqu’à la fin de 2025 et le nombre de sites déconcentrés gérés par la Cnam siège, principalement occupés par des équipes informatiques, n’a pas été réduit. La nouvelle doctrine d’occupation des immeubles tertiaires de l’Etat (dite « circulaire Borne ») du 8 février 2023, reste à mettre en application.

Ces différents chantiers ont fortement mobilisé le secrétariat général au cours des exercices récents. Il apparaît possible désormais de dessiner un horizon plus long et d’inscrire l’organisme dans un projet de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

2.3.4 Des mesures favorables aux employés

La gestion des ressources humaines est attentive à la qualité de vie au travail des salariés. Les accords afférents sont adoptés pour l'ensemble de l'établissement public (Cnam "entreprise") et parfois adaptés au niveau du siège. À l'inverse, le télétravail a été déployé d'abord au siège avant d'être généralisé à l'établissement public (DRSM incluses).

La mesure du climat social réalisée par l'Ucanss (cf. BSI) fait apparaître de bons résultats au siège de la Cnam, même s'ils sont en retrait par rapport à ceux de l'ensemble du réseau. C'est ainsi que 76 % des salariés se déclarent satisfaits de leur travail à la Cnam (19 % le sont « tout à fait » et 57 % « plutôt ») contre 77 % sur l'ensemble de la branche maladie ; 85 % des collaborateurs ont le sentiment de réaliser un travail utile (92 % dans la branche maladie). La nature et le contenu du travail sont la principale source de motivation de 31 % des salariés (25 % dans la branche maladie) ; 38 % affirment être davantage motivés par la « transcendance » de la mission, en ayant le sentiment de contribuer à une mission de service public (34 % dans la branche maladie) ; enfin, pour 11 % des agents de la Cnam, la première source de motivation est à rechercher du côté des dispositions facilitant l'articulation du travail avec la vie privée tels que les horaires de travail (24 % dans la branche maladie).

De fait, l'organisation du temps de travail est très souple, au siège comme dans l'ensemble du réseau, résultat de la conjonction d'une durée de congés et d'un régime de réduction du temps de travail supérieurs au droit commun avec la mise en place d'horaires variables et des formules de télétravail élargi (cf. *supra*).

Les salariés disposant d'une ancienneté supérieure à un an bénéficient de 27 jours de congés payés, soit deux jours de plus que le nombre réglementaire. L'accord sur la réduction du temps de travail a été signé au niveau de l'établissement public (Cnam "entreprise") en août 2001. Il autorise trois formules, au choix de l'employé : 39 heures par semaine ouvrant droit à 20 jours de RTT ; 37 h 30 par semaine pour 12 jours de RTT ; 36 h 00 par semaine pour trois jours de RTT. Cette dernière formule peut être organisée sur la semaine selon quatre options : cinq jours de 7 h 12 de travail, quatre jours de 9 h 00, une demi-journée de repos par semaine, un jour de repos toutes les deux semaines.

Les cadres ont, quant à eux, un forfait de temps de travail de 210 jours et de 15 jours de RTT.

En plus d'une grande souplesse dans l'organisation du temps de travail, la Cnam peut consentir un accommodement géographique aux agents qu'elle souhaite particulièrement retenir. Ainsi, lors de sa mobilité interne vers la DSES, exclusivement parisienne, un ancien collaborateur de la DDSI est resté affecté à son site initial à Grenoble. Une trentaine de cas semblables ont été identifiés. Quatre types de situation justifient, selon la Cnam, la présence sur un site de province d'un agent du siège : expertise rare, situations personnelles particulières, situations historiques et collaborateurs faisant l'objet d'intégration en provenance d'autres régimes. La revue des frais de mission n'a pas montré la prise en charge exorbitante de voyages pendulaires entre le site d'affectation et le siège. En 2021, l'agent de la DSES s'est déplacé quatre fois, tout comme en 2022.

Ces conditions de travail, très intéressantes, n'épuisent cependant pas la capacité de l'établissement public à recruter et à retenir les compétences nécessaires au bon fonctionnement du siège.

2.3.5 En l'absence de GPec, un cadre stratégique encadrant les RH insuffisant

A titre illustratif et afin d'évaluer le niveau des rémunérations proposées au sein du siège, la Cour s'est livrée à une comparaison avec les données recueillies par l'Agence pour l'emploi des cadres, sur quelques emplois.

Tableau n° 10 : Comparaisons entre rémunérations Cnam et hors Cnam (milliers d'euros)

Intitulé du poste	Cnam		Hors Cnam - fiches Apec		
	Fourchette	Moyenne	Fourchette	Moyenne	Intitulé, si différent
Chargé de formation	34 à 47	42	28 à 43	35	
Acheteur	33 à 53	43	33 à 53	42	
Comptable	36 à 44	40	26 à 43	34	
Contrôleur de gestion	34 à 68	49	33 à 58	44	
Expert sécurité du SI	41 à 79	58	40 à 80	58	Responsable de sécurité informatique
Ingénieur intégration de production	44 à 64	53	33 à 50	41	Ingénieur de production informatique

Source : nuage de points Cnam et Apec

La Cnam apparaît ainsi bien placée pour la rémunération des chargés de formation, des comptables et des contrôleurs de gestion mais essentiellement par une séniorité moyenne relativement élevée ; les salaires apparaissent conformes au marché, s'agissant des acheteurs. En revanche, sur le cœur de cible des recrutements d'expert en sécurité des systèmes d'information justifiant de 10 à 15 ans d'expérience environ, et donc probablement âgé de 33 à 38 ans, le salaire est en deçà du marché, en particulier comparé à l'univers du conseil.

D'autres emplois connaissent, quant à eux, une tension forte sur le marché du travail qui se traduit par des difficultés de recrutement :

- compétences médicales : expert en santé publique, profils de médecins et de praticiens-conseils ;
- métiers de la statistique ;
- métiers de l'audit ;
- métiers de la maîtrise d'ouvrage ;
- certaines expertises du système d'information : architectes, experts sécurité, filière de l'agilité, etc.

Ces tensions devraient inciter la Cnam à établir une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPec) alors qu'elle est encore embryonnaire³⁰. Seul un travail sur l'évolution du métier des assistantes de direction a été amorcé. Les orientations de la politique de GPec ont cependant été définies par un accord négocié au niveau de l'établissement public (Cnam "entreprise") et signé le 30 juillet 2021, juste après la négociation du nouvel accord sur le télétravail. Si le recensement des emplois critiques fait partie des développements prévus, une étude en vue de l'ajustement des rémunérations pour fixer le niveau de salaire en cohérence avec le niveau de tension sur les recrutements pourrait être envisagée, en relation avec le Cgefi.

En matière de développement des compétences, alors que le réseau de l'assurance maladie a actualisé le guide GPec en mars 2021, le siège a créé, fin 2020, l'observatoire des métiers de l'assurance-maladie et s'est engagé en 2021, avec 20 organismes pilotes, dans le déploiement de Pix³¹ mais il n'a prévu qu'une expérimentation de l'outil, pour les fonctions d'assistantes de direction, début 2023.

Or, les achats de prestations intellectuelles et les modalités de fonctionnement de la direction de la stratégie, des études et de la statistique (DSES) font apparaître (cf. *infra*) des besoins d'emplois permanents et stratégiques mal couverts par les ressources disponibles, notamment en ce qui concerne les compétences plus spécifiquement liées à l'ingénierie et au pilotage de projets.³² Une GPec plus ambitieuse est nécessaire pour fournir à la Cnam les compétences dont elle a besoin.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les ressources humaines de la Cnam (EP) sont gérées à l'échelle du réseau. Cette pratique a permis d'assurer au siège une trajectoire des emplois plus souple. Cependant, les missions de la Cnam (EP), tête de réseau et pilote de la gestion des risques, justifient une gestion des emplois et des compétences propre, adaptée à son organisation, à ses compétences spécifiques et aux contraintes du marché du travail dans ces domaines.

Recommandation n° 3 : (Cnam) : mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) pour le personnel du siège, en accordant la priorité aux métiers en tension.

³⁰ Les orientations de la politique de GPEC ont été définies dans le cadre d'un accord négocié au niveau de l'entreprise et signé le 30 juillet 2021, juste après la négociation du nouvel accord télétravail. Ces trois dernières années, la DRH de l'EP a concentré ses efforts sur l'intégration des 249 collaborateurs qui ont choisi de rejoindre la Cnam, et sur la recherche d'un classement satisfaisant pour ceux-ci dans la nomenclature d'emploi, sur le déploiement des outils de maintien de l'activité et d'assistance aux managers pendant les 18 mois de la période de covid, sur la mise en place et l'adaptation régulière des outils de pilotage de la trajectoire ETPMA tout en laissant aux directions une certaine autonomie pour arbitrer l'usage de leurs ressources en fonction de leurs enjeux spécifiques, sur l'évolution des outils de référencement salarial des candidats à l'embauche et d'approbation des recrutements en relation avec le Cgefi.

³¹ Solution en ligne qui vise à évaluer, développer et certifier les compétences numériques au sein de la branche.

³² A cet égard, il convient de mentionner que le poste qui a fait l'objet du plus grand nombre de recrutements en 2020 était celui de "chef de projet MOA du SI".

3 UNE GESTION DES ACHATS A MIEUX ORGANISER

Malgré la rigueur observée dans le suivi des marchés, la gestion des achats au sein de l'établissement public souffre de plusieurs insuffisances, révélées à l'examen des marchés qui ont suscité plusieurs contentieux. Ces insuffisances sont favorisées par une répartition du suivi de la commande publique entre plusieurs pôles dont la coopération est insuffisamment organisée (1). L'analyse de certaines faiblesses récurrentes fait en outre apparaître la nécessité d'une vigilance accrue pour prévenir le risque de dépendance excessive vis-à-vis de certains prestataires (2).

3.1 Une structuration des achats complexe, à ajuster aux enjeux concernés

La Cnam (EP) procède à de nombreux achats pour des montants significatifs : le plan de charge établi en septembre 2022 jusqu'au 31 décembre 2023 identifie 184 projets d'achats, dont 28 nouveaux, représentant un enjeu financier global estimé à plus de 527 M€³³. En moyenne, de 2018 à 2022, ceux-ci se sont élevés à 545 M€ par an pour un nombre moyen de marchés, à renouveler ou nouveaux, de 173 par an.

Une méthode pour auditer le processus d'achat

L'équipe de contrôle a procédé au contrôle sur pièces de 18 marchés. La sélection a tenu compte d'un équilibre entre les trois pôles d'achat existants au sein de la Cnam et entre les différentes natures d'achats effectués (prestations intellectuelles, de service, d'entretien, etc.). Le choix des marchés examinés s'est ensuite porté sur les dossiers ayant connu des variations financières d'ampleur entre le montant initialement prévu et le montant consommé, ainsi que sur ceux ayant fait l'objet de contentieux ou de précontentieux importants, ou d'une transaction. Il ne s'agit donc pas d'un échantillon représentatif au sens statistique.

Au cours de la précédente Cog (2018-2022), 645 marchés ont été notifiés par la Cnam. Seuls six d'entre eux ont donné lieu à un ou à plusieurs contentieux, soit moins d'1 % des marchés notifiés. Pour autant, au-delà de cet aspect quantitatif, la dimension et la nature des achats de la Cnam en font un sujet sensible : la Cnam manie des marchés complexes sur les plans technologique et partenarial et influe ainsi sur la santé des assurés et sur l'industrie et la recherche. L'identification des points de faiblesse potentielle est donc un exercice nécessaire.

3.1.1 Un environnement complexe

Les achats de la Cnam sont marqués par une forte mutualisation, l'établissement public étant à la fois bénéficiaire et pilote d'achats mutualisés. Elle bénéficie du concours de la centrale d'achat qu'est l'Ucanss dont les prestations, depuis une convention avec l'Ugap en 2015, sont passés de 10 M€ en 2011 à 220 M€ en 2016. Aujourd'hui, l'Ugap est devenu le deuxième plus gros fournisseur de la Cnam avec 33,6 M€ d'achats en 2020. La progression du taux de mutualisation des achats était l'un des objectifs inscrits dans la Cog 2018-2022. Depuis 2019, la Cnam a adhéré à quatre centrales d'achat supplémentaires, dont trois hospitalières. Par

³³ Cf. notes sur le plan des achats

ailleurs, outre les achats réalisés pour son siège et ses sites déconcentrés, la Cnam (EP) réalise elle-même des achats mutualisés pour l'ensemble du réseau de l'assurance maladie-

Indépendamment de cet environnement multidimensionnel, l'organisation des achats au sein de la Cnam elle-même est complexe.

Les achats effectués par la Cnam sont imputés sur plusieurs fonds budgétaires. Ces budgets sont gérés par les responsables des directions qui ont pour mission de préparer le budget de leur direction, de donner l'aval budgétaire sur tout projet d'achat, de suivre et d'exécuter le budget. Au sein du secrétariat général, le département du budget, de la coordination et de la sécurisation des achats (SG/DBC SA) coordonne et arbitre le budget de l'établissement public (BEP).

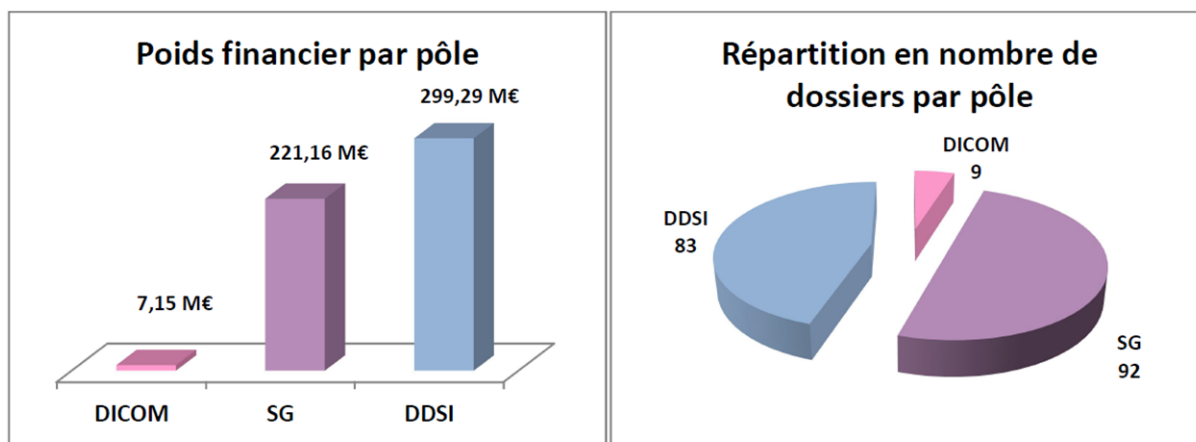
3.1.2 Un suivi éclaté entre plusieurs pôles

3.1.2.1 Une répartition subtile des compétences

Trois entités sont chargées d'instruire le processus d'achat, pour le compte de la direction de la Cnam à laquelle ils sont attachés (direction de la communication-Dicom, direction déléguée des systèmes d'information-DDSI, secrétariat général-SG), depuis l'expression du besoin jusqu'à la sélection du prestataire, et en tant que support procédural pour les autres directions. Les autres directions "métiers", qui n'ont pas de pôle d'achat propre, disposent d'un budget pour réaliser leurs missions et s'adressent au pôle d'achats compétent en fonction de la nature des biens ou des prestations recherchés.

Les trois pôles sont engagés différemment dans le processus d'achat.

Graphique n° 4 : Importance relative des trois pôles dans les achats en 2022



Source : plan des achats projection 2022 décembre

Chacun de ces pôles d'achat rassemble des acheteurs (recrutés avec des compétences en droit de la commande publique) dont les compétences techniques sont adaptées aux prestations et biens recherchés, des gestionnaires des achats et des juristes spécialistes en marchés publics.

Selon le guide pratique de la commande publique de la Cnam (octobre 2021), le secrétariat général est compétent pour acheter les « prestations intellectuelles métier », pour son propre compte ou pour celui des directions « métiers », qu'il s'agisse d'assistance à maîtrise

d'ouvrage (AMO), d'intégration de systèmes ou d'études liées aux métiers ; il partage avec la DDSI les achats d'acquisition et de maintenance en informatique. La coordination entre directions métier et secrétariat général, d'une part, DDSI, de l'autre, est une source potentielle de difficultés dans la passation des marchés qui nécessitent leur intervention conjointe.

3.1.2.2 Le marché "Accompagnement en santé"

Le marché « *Accompagnement en santé* » a été victime d'un fonctionnement en silos dommageable. L'achat a été réalisé par le secrétariat général, sur demande de la DDGOS. Cette dernière était à la recherche d'une solution logicielle unique pour mettre en œuvre les programmes de conseil et d'aide aux personnes atteintes de maladies chroniques (application Sophia), d'une part, aux personnes revenant à leur domicile après hospitalisation, d'autre part (Prado), en remplacement des solutions internes élaborées par la DDSI considérées comme insuffisamment réactives et collaboratives.

La DDSI n'a été associée à la gestion de ce dossier que de manière limitée, sur le cahier des charges et non lors des phases préalables de réflexion : le choix du non allotissement et d'un marché unique - qui ne va pas soi - lui a ainsi été imposé. Le niveau de sa représentation, notamment lors de la sélection des candidats et lors du classement final des soumissionnaires par la commission consultative interne des marchés (CCIM), était sans doute insuffisant pour qu'elle fasse entendre sa voix alors même que le niveau stratégique et budgétaire du projet aurait appelé la présence d'un cadre dirigeant. Les commentaires formulés par le prestataire, postérieurement à sa sélection, indiquent en effet qu'il aurait été préférable d'envisager deux solutions logicielles plutôt qu'une seule et, donc, qu'un allotissement aurait été souhaitable.

Il aurait été préférable de confier au pôle « achat » de la DDSI un projet de cette envergure à forte composante informatique qui exigeait des compétences techniques spécifiques et une connaissance approfondie de l'environnement numérique de la Cnam.

Le projet a subi de longs retards alors qu'il devait aboutir en neuf mois : si la commande a été conclue en septembre 2019³⁴, la bascule de Sophia dans le nouvel outil n'a été réalisée que début 2022. Le programme Prado a, en outre, connu une rupture de service. Ces retards sont, pour partie, imputables à la crise sanitaire ainsi qu'à une cyberattaque subie par le prestataire mais, aussi, à la maîtrise imparfaite par celui-ci du processus d'intégration de l'ancienne version logicielle dans la nouvelle, comme en attestent les comptes rendus des ateliers de travail réalisés après notification du marché. Du côté de la Cnam, la conception du marché, inadaptée dès le départ du fait de la demande d'une solution informatique unique pour suivre des programmes de nature très différentes, a connu de nombreuses évolutions en cours de réalisation.

Ce défaut de mobilisation de son expertise par la Cnam a eu des conséquences financières : un protocole transactionnel négocié avec le prestataire s'est traduit, pour celui-ci, par l'imputation de pénalités contractuelles de retard à hauteur de 1,15 M€ HT tandis que la Cnam, de son côté, a consenti un dédommagement de 3,74 M€ HT en raison des évolutions

³⁴ Il n'a donc pas fait l'objet d'un avis de la direction interministérielle du numérique (Dinum) prévu par le décret, postérieur, n° 2019-1088 du 25 octobre 2019 relatif au système d'information et de communication de l'État et à la Dinum, applicable aux organismes placés sous la tutelle de l'État.

substantielles du cahier des charges à la demande explicite de la DDGOS³⁵. La Cnam s'est retrouvée dans une position institutionnelle dégradée auprès d'un de ses plus gros fournisseurs, toutes catégories d'achats confondues.

Le mauvais déroulement de ce marché fait apparaître la nécessité d'examiner la répartition actuelle des compétences, de manière que l'expertise de la DDSI soit mobilisée pour tout projet ayant une dimension numérique, informatique, ou faisant appel au SI de la Cnam. Le périmètre d'achats du secrétariat général devrait être ajusté à ses compétences.

3.1.3 Une commission préparatoire des achats qui n'a pas permis de compenser le fonctionnement en silo des acheteurs

En début de processus de commande, une commission ("commission des achats") se prononce sur le type de procédure d'achat au regard du besoin défini. Cette commission est différente de la commission consultative interne des marchés (CCIM) qui émet un avis final sur le classement des propositions en cas d'appel d'offres.

La commission des achats émet un avis préparatoire sur l'opportunité de l'achat, s'assure de sa soutenabilité budgétaire et de la régularité de la démarche, grâce à la présence d'un juriste. Sous la responsabilité du secrétariat général dont elle dépend, elle est constituée de membres de la mission du contrôle de gestion et du SG/DBCSEA et est présidée par le responsable de la mission du contrôle de gestion.

Alors qu'elle était compétente pour tous les projets d'achats dont le montant excédait 200 000 € TTC, la volonté de gagner en efficience³⁶ a conduit à restreindre son intervention, à partir du printemps 2021, aux dossiers stratégiques, sensibles et critiques, quel que soit leur montant, et à ceux d'un montant prévisionnel supérieur au million d'euros. Le bilan à six mois a déterminé la réintroduction dans son périmètre des dossiers faisant l'objet d'un dépassement budgétaire augmentant de plus de 25 % le montant initial du marché ou portant son montant à plus d'1 M€, ainsi que des marchés subséquents d'AMOA couvrant des besoins supérieurs à 200 000 €.

La rédaction obligatoire de notes d'opportunité par les directions prescriptrices à l'intention de cette commission les amène à préciser leur besoin. En revanche, l'intervention de la commission des achats n'a pas toujours permis une meilleure prévision financière de l'exécution du marché. Au contraire, dans le cas, par exemple, des deux lots du marché d'AMOA MA.2016.556, son intervention a conduit à minorer de 44,5 % les montants financiers prévisionnels des projets alors que l'exécution a conduit à des dépassements très importants.

Les avis de la commission des achats relatifs aux dossiers examinés montrent que ni le choix du pôle d'achat chargé de piloter la commande ni le niveau d'expertise requis par les achats et la garantie de son effectivité, notamment dans la conduite des projets transversaux, ne

³⁵ Si la Cnam a effectivement reconnu sa responsabilité, le Cgéfî, après avoir interrogé le pilote de ce projet, estime que c'est l'entreprise prestataire qui a multiplié le nombre de réunions peu productives et imposé des modalités de travail qualifiées par la suite d'évolutions substantielles du cahier des charges.

³⁶ Un document de présentation de la mission par le cabinet de conseil chargé d'étudier l'évolution du périmètre de la commission des achats indique : « *Rappel des objectifs de la mission PwC (septembre 2020 – mars 2021) : Dégager des ETP ; Gagner en efficience ; Recentrer la Mission Contrôle de Gestion sur des activités de contrôle de gestion ; Renforcer la sécurisation et la simplification du processus budgétaire* »

sont examinés. Ces dimensions sont, par exemple, absentes de l'étude par la commission des achats du projet de marché « *Accompagnement en santé* » susmentionné alors qu'ils apparaissent comme des faiblesses flagrantes.

3.1.4 Le plan prévisionnel des achats : un document dont la portée doit être améliorée

Le processus des achats fait l'objet d'un compte-rendu régulier établi par le secrétariat général au directeur général, par la voie d'un "plan prévisionnel des achats".

Les projets d'achats des 12 à 18 mois suivants sont présentés par les directions prescriptrices lors des conférences budgétaires, organisées par le SG/DBCSEA, qui se tiennent en mars et en octobre. À la suite de ces réunions, une note comprenant un « plan prévisionnel des achats » est rédigée par la MCG et le SG/DBCSEA à l'intention du directeur général. Elle attire son attention sur les dossiers les plus stratégiques (ou à risque identifié) ainsi que sur les dossiers d'un montant supérieur aux plafonds de délégations de signature consenties par le directeur général.

Si le plan prévisionnel des achats soumis au directeur général permet un suivi des marchés critiques (notamment dans le domaine du recours aux prestations intellectuelles) et, en tant que de besoin, un arbitrage sur ceux-ci, il ne constitue pas un tableau de bord de la performance et des objectifs des achats de la Cnam. Le suivi du fonctionnement des pôles ne porte que sur la charge de travail et est resté muet, sauf une fois depuis 2018, sur les modalités d'anticipation des achats.

Les statistiques établies en 2018 font apparaître une différence entre, d'une part, la DDSI (qui dispose en son sein d'une réunion interne dédiée au pilotage des achats qui vise à sécuriser davantage les marchés) et la DICOM, qui parviennent à anticiper les marchés (inscrits dans le plan des achats avant la réunion de la commission des achats) et, d'autre part, le pôle achat du secrétariat général qui ne procède à l'inscription des projets d'achats dans le plan que quelques semaines avant leur présentation à la commission des achats, ce qui semble indiquer un manque d'anticipation nuisible à la sécurisation des marchés.

La mesure de la performance des achats est le préalable à la mise en place de démarches plus efficaces. De même, le suivi régulier du poids budgétaire et de la nature des prestations intellectuelles doit permettre de mieux calibrer le recours à des prestations externes (cf. *infra*). Le plan prévisionnel des achats pourrait donc être doté d'une dimension plus stratégique.

3.2 Des anomalies lors de l'exécution de contrats qui appellent une organisation renforcée

Plusieurs points nécessitent d'être révisés.

3.2.1 Une acception de l'exclusivité à reconsidérer

La Cnam recourt de manière répétée à des procédures de marchés sans publicité ni mise en concurrence préalables, en mettant en avant l'existence de droits d'exclusivité³⁷ des prestataires retenus.

Cet argument a été avancé pour justifier la reconduction du marché Osmose, solution nationale de diffusion multicanal de messages à destination des assurés, professionnels de la santé et employeurs. Ce marché a été fortement sollicité pendant la crise sanitaire. La croissance du nombre de SMS envoyés aux assurés dans le cadre, notamment, du traçage des contacts, a nécessité l'adaptation de l'outil et la mise en place d'une astreinte technique par le prestataire. Plutôt que remettre en cause le marché, la réponse apportée a consisté en des rallonges budgétaires successives : la 5^e vague de l'épidémie a déterminé un apport complémentaire de 6,47 M€ et porté le marché à 12,64 M€, soit une augmentation de 61,96 % par rapport au montant estimé publié à l'AAPC et de 105 % par rapport à l'autorisation initiale de la commission des achats. Le souci d'éviter une rupture de service a prévalu mais c'est le droit d'exclusivité qui a été mis en avant pour justifier la continuation du marché, sans que soient négociés des tarifs moins onéreux, alors que le caractère d'urgence et de nécessité impérieuse de la crise sanitaire aurait pu être invoqué pour résilier le marché et en négocier un nouveau – éventuellement à meilleur prix – sans nécessairement passer par une mise en concurrence.

L'argument d'exclusivité a été invoqué de même pour justifier le recours à un protocole transactionnel plutôt qu'à un contentieux dans le cas du marché "Accompagnement en santé" précité (systèmes Sophia et Prado)³⁸. Or, dans cette situation, l'existence d'une exclusivité ne s'imposait pas d'emblée, le prestataire ayant bâti son programme sur la solution logicielle Pega, propriété de l'entreprise éponyme, utilisée par beaucoup d'autres opérateurs dont certains sont aussi prestataires de la Cnam.

En prenant en considération, sans examen approfondi de sa justification, la revendication d'exclusivité émise par un prestataire, la Cnam s'est privée d'une faculté de mise en concurrence réelle pour un marché aux enjeux financiers très élevés. L'exécution du marché a démontré que cette exclusivité supposée n'avait pas apporté de garantie dans la capacité à traiter la commande.

L'établissement public Cnam gagnerait à élaborer une doctrine partagée par tous ces acheteurs sur la notion d'exclusivité, sur la base de la jurisprudence établie par le Conseil

³⁷ Sur le fondement de l'article R. 2122-3 du code de la commande publique. Cet article mentionne que « *le recours à un opérateur déterminé [...] n'est justifié que lorsqu'il n'existe aucune solution de remplacement raisonnable et que l'absence de concurrence ne résulte pas d'une restriction artificielle des caractéristiques du marché* ».

³⁸ La note d'accompagnement du protocole transactionnel, justifiant celui-ci et concernant le marché AC 2018.1058 pour servir les offres d'accompagnement en santé de l'assurance maladie précise ainsi : « *De plus, compte-tenu de l'investissement financier et humain réalisé par la CNAM sur ce projet, la CNAM souhaite pouvoir continuer à utiliser cette solution informatique au-delà de l'échéance du marché fixée à juin 2023. A cet effet, un marché sans publicité ni mise en concurrence préalables pour les prestations de maintenance est envisagé en raison de l'exclusivité [du prestataire]. Ainsi, un règlement transactionnel faciliterait également la passation dudit marché négocié* ».

d'Etat³⁹. Cette démarche doit permettre de prévenir les risques de contentieux de la part de concurrents s'estimant lésés, tout en renforçant l'efficacité de l'achat.

3.2.2 Des commandes régularisées *a posteriori*

L'analyse de l'outil interne Micado qui suit la gestion des marchés a permis de repérer un certain nombre de commandes dont les dates sont postérieures à la fin des contrats. Pour l'année 2021, une soixantaine de commandes sont concernées, 21 d'entre elles relèvent d'achats de communication, 14 essentiellement des bâtiments et de leur entretien et 25 concernent des dépenses d'informatique, y compris d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO). Les délais de dépassement vont de 31 jours à 199 pour des achats de communication.

Comme le rappelle l'outil Micado lui-même – en faisant référence à l'ancien article 77 du CMP, repris par l'article R. 2162-5 du CCP – « *les marchés subséquents et les bons de commande ne peuvent être conclus ou émis que durant la période de validité de l'accord-cadre [...]. L'acheteur ne peut fixer une durée telle que l'exécution des marchés subséquents ou des bons de commande se prolonge au-delà de la date limite de validité de l'accord-cadre dans des conditions qui méconnaissent l'obligation d'une remise en concurrence périodique* ».

Ces commandes postérieures à l'échéance des contrats-cadre ont fait l'objet de régularisations *a posteriori*.

3.2.3 Un rôle d'opérateur d'achat au service d'une politique de santé publique à clarifier

Un marché regroupe l'essentiel des contentieux relatifs à la commande publique de la Cnam entre 2014 et 2020 : le marché pour la fourniture des nécessaires de dépistage du cancer colorectal et la gestion d'une solution d'analyse.

Cet achat est particulier en ce qu'il concerne l'ensemble du réseau et, aussi, car il a été passé pour le compte du ministère de la santé. Ce faisant, il traduit l'insuffisante clarté dans la

³⁹ Le Conseil d'État a pu admettre que l'existence de droits exclusifs était remplie lorsque le prestataire ayant conçu un logiciel était le seul à disposer des droits pour la maintenance et l'exploitation de ce logiciel (cf. CE, 2 octobre 2013, « Département de l'Oise », n° 01652) ou par la fourniture d'un certificat d'exclusivité suffisamment précis et comportant un certain nombre d'informations telles que l'étendue, la nature et la réalité des droits d'exclusivité. La cour administrative d'appel de Paris a, quant à elle, conclu qu'un certificat d'exclusivité établi par une société « *qui se borne à énumérer de manière succincte et générique une liste de matériels et prestations pour lesquels ladite société disposerait d'une exclusivité* » ne respectait pas ces exigences (CAA Paris, 11 décembre 2018, « Société Steam France »). Outre l'existence d'un droit exclusif, les textes exigent que les besoins du pouvoir adjudicateur ne puissent être satisfaits que par les prestations protégées par ce droit et à l'exclusion de procédés différents. Le juge administratif veille ainsi à ce qu'un seul fournisseur soit susceptible d'effectuer les prestations recherchées, (CE, 19 septembre 2007, "Communauté d'agglomération de Saint-Étienne Métropole SITA FD").

nature des relations et la répartition des rôles entre l'entité chargée de piloter un achat, la Cnam, et son concepteur initial, le ministère de la santé⁴⁰.

La Cnam a été désignée par le ministère comme organisme coordonnateur d'un groupement recouvrant la majorité des caisses de sécurité sociale. Deux marchés ont été successivement conclus : l'un en 2014 et l'autre en 2019. Le premier marché a souffert d'un retard de six mois du fait de recours nombreux. Une décision du Conseil d'État en 2018 a confirmé la régularité du marché malgré des faiblesses (des erreurs dans l'interprétation des offres ayant conduit à un dépassement de l'enveloppe budgétaire allouée), compte tenu des enjeux de santé publique. Cette insécurité juridique est à mettre au compte de deux mécanismes :

- les rigidités induites par un cahier des charges extrêmement détaillé et défini par décret, par une autorité qui ne procédait pas à l'achat ;
- une élimination en cours de procédure, pour des raisons matérielles mineures, de tous les candidats sauf du titulaire final.

La passation du second marché avec le titulaire du précédent a, quant à elle, été annulée par le Conseil d'Etat au motif que la Cnam n'avait pas su fournir dans les temps aux concurrents qui le réclamaient, des compléments d'information non contenus dans le CCTP et pourtant nécessaires à la bonne élaboration de leur candidature. Il en a résulté une inégalité d'information entre ceux-ci et le titulaire du précédent marché, avantageant ce dernier. L'annulation du marché a eu un effet budgétaire non négligeable puisque la Cnam, pour éviter la rupture dans la politique publique dans l'attente de la conclusion définitive d'un nouveau marché, a dû prolonger le marché de 2014 dont les modalités financières étaient moins favorables, puis écoulé l'ensemble du stock restant avant qu'un nouveau marché, à nouveau conclu avec l'ancien titulaire, permette de disposer de tests dont le coût de lecture était inférieur.

Ce dossier démontre la nécessité de sécuriser juridiquement et fonctionnellement le pilotage de marchés groupés par une centralisation à la Cnam de l'ingénierie relative à la conception et à la passation des marchés. La réduction du rôle de la Cnam à celui de strict exécutant des décisions ministérielles a eu un effet doublement délétère, sur le volet de la santé publique d'abord (cas de cancer non détectés à temps), sur le volet financier ensuite.

La Cour a déjà relevé, dans un rapport consacré au dossier médical partagé (DMP) puis à l'espace numérique en santé (ENS), un phénomène similaire : la définition, par les autorités ministérielles, du cahier des charges et son évolution au long court n'ont pas permis au projet d'être piloté de manière satisfaisante par la Cnam, entraînant des incidents de procédure et d'importants dépassements budgétaires⁴¹.

⁴⁰ Le besoin était justifié par le fait que l'incidence du cancer colorectal (troisième cancer le plus fréquent après celui du sein ou de la prostate) et sa mortalité (près de 18 000 décès en 2015), en font un enjeu majeur de santé public. Par ailleurs, s'il est dépisté à un stade précoce, il peut être guéri dans neuf cas sur 10.

La population cible dépistée est inférieure aux exigences européennes :

- l'Union européenne fixe un minimum de 45 % de la population cible dépistée, avec un niveau souhaitable à 65 % (ce qui était aussi l'objectif du plan Cancer 2014-2019 de l'INCa) ;
- les objectifs de la Cog pour 2014-2017 étaient de 33,8 % et ceux pour 2018-2022 de 40 % ;
- en 2013-2014, le taux de participation n'était que de 29,8 % et, en 2016-2017, de 33,5 %.

⁴¹ A la suite, notamment, de modifications substantielles du cahier des charges.

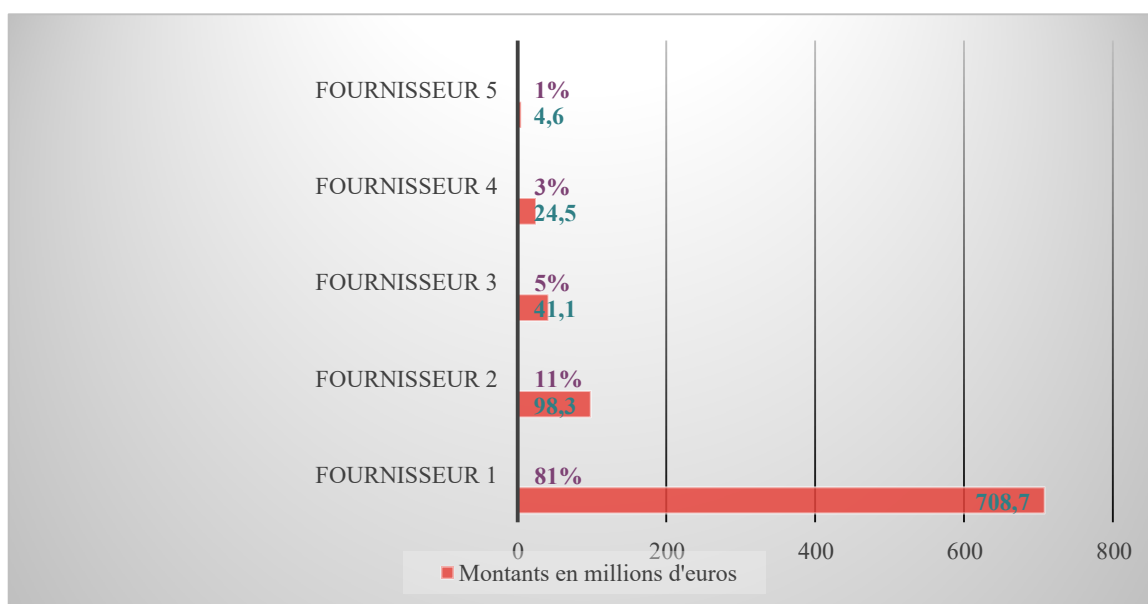
3.2.4 Le poids budgétaire des prestations intellectuelles expose la Cnam à une forte dépendance vis-à-vis de ses fournisseurs

La Cnam est un acheteur important de prestations intellectuelles. La nature détaillée des prestations intellectuelles servies par ces entreprises figure en annexe 1. Près de 99,8 % des prestations concernent le domaine de l'informatique. De 2012 à 2022, les cinq plus gros fournisseurs de prestations intellectuelles ont représenté, *via* différents marchés, sous-traitants inclus, un total de commandes de 877,3 M€. De manière générale, parmi les dix principaux fournisseurs, six produisent des prestations intellectuelles, dont deux se démarquent par l'ampleur des services qu'ils rendent :

- le premier fournisseur a réalisé, à lui seul, 708,7 M€ de chiffre d'affaires avec la Cnam sur la période 2012-2022, soit 81 % de l'ensemble des prestations intellectuelles sollicitées par la caisse sur cette période auprès de ces cinq plus gros fournisseurs ;
- le deuxième fournisseur a un poids financier moindre mais intervient sur des sujets stratégiques.

En complément de ces cinq grands fournisseurs, la Cnam recourt à d'autres sociétés, pour des sommes toutefois plus modestes : entre le 1^{er} janvier 2019 et le 15 mars 2022, l'ensemble de ces prestations n'ont représenté que 42 M€.

Graphique n° 5 : Montant des achats, sous-traitant inclus, effectués auprès des cinq plus gros fournisseurs de prestations intellectuelles de la Cnam de 2012 à 2022



Source : Cnam, plan des achats

La concentration des dépenses s'explique en partie par le faible nombre de prestataires dans le secteur spécifique de la santé. Dans le cas du deuxième fournisseur, des mécanismes de transferts de compétences et de réversibilité ont été intégrés dans le fonctionnement opérationnel des marchés et contrôlés par les instances de gouvernance. Cependant, le recours aux mêmes prestataires expose la Cnam à une grande dépendance vis-à-vis de ses fournisseurs.

Ce risque s'est concrétisé dans le marché Sophia-Prado, cité précédemment : le protocole transactionnel a été signé au détriment de la Cnam – les dédommagements versés au prestataire (le fournisseur 1) pour l'évolution du cahier des charges surcompensant les pénalités de retard qui lui ont été opposées – alors que la société avait reconnu elle-même avoir des difficultés à remplir ses obligations contractuelles. L'offre proposée correspondait à la solution unique demandée mais, dès les premiers échanges postérieurs à la signature du marché, le prestataire a informé le donneur d'ordre de son incapacité technique à gérer les deux programmes aux caractéristiques très différentes. L'absence de mention de cet élément dans les négociations illustre la réalité du rapport de force entre la Cnam et son prestataire.

Par ailleurs, la parfaite connaissance du fonctionnement et des attentes de l'établissement public par les deux prestataires dominants peut constituer une entrave à l'entrée d'un nouveau concurrent sur les marchés proposés par la Cnam. En témoigne, par exemple, le marché d'assistance à maîtrise d'ouvrage, lot 2, sur l'assistance technique opérationnelle (marché subséquent relatif à l'Espace numérique en santé et au « bouquet de services aux professionnels de santé » - ACM). L'appel d'offres n'a reçu que deux réponses, sans que la Cnam s'interroge sur les raisons de cette faible concurrence. Par ailleurs, l'offre du prestataire habituel (le fournisseur 2) dont le montant saturait le budget prévisionnel a été retenue, bien qu'étant la plus coûteuse. L'offre a été considérée finalement comme « économiquement la plus avantageuse, en raison de sa qualité technique ».

Plusieurs marchés de prestations intellectuelles visent des champs très larges ou des projets pérennes, comme l'illustre le marché d'assistance à maîtrise d'ouvrage couvrant le périmètre du département de gestion des bénéficiaires de la direction déléguée des opérations (DDO). Ce marché n'est pas lié à un projet en particulier mais met à disposition des consultants dont le travail s'opère au sein des équipes de la Cnam, en fonction des projets.

Dans le champ de la communication, les marchés visant à apporter un appui rédactionnel aux équipes de la direction de la communication (Dicom) ou à pallier l'absence d'infographistes en interne, témoignent d'une récurrence du besoin qui met en cause l'externalisation elle-même.

La direction de la stratégie, des études et de la statistique (DSES) recourt aussi de plus en plus souvent à des prestataires externes pour répondre à des besoins permanents, notamment dans la gestion du Système national des données de santé (SNDS , voir *infra*).

Dans ses différents marchés de prestations intellectuelles, la Cnam est attentive à demander des prestations forfaitisées, reposant sur des productions livrables à élaborer, et à éviter toute délégation formelle de main d'œuvre. Pour autant, le recours à des prestataires pour répondre de manière anticipée aux éventuels besoins d'une direction ou pour couvrir des besoins pérennes n'est pas le gage d'un fonctionnement efficace et la Cnam admet elle-même que son recours à des AMOA permet, pour partie, de contourner le plafond d'emploi qui lui est imposé⁴².

⁴² La Cnam, dans ses éléments de réponse envoyés le 26 avril 2023, indique : « Le recours à l'Assistance à Maîtrise d'Ouvrage (MOA externalisée) – AMOA - repose sur 3 typologies d'emploi : 1° Le recours à une expertise dans des domaines pour lesquels la Cnam n'a pas la capacité ou la nécessité permanente d'attirer certains profils d'expertise pointus : ce cas de recours est faible sur le plan des volumes mais important qualitativement. 2° le recours à une AMOA en cas de surcharge de travail imprévue au regard de l'activité récurrente de la Cnam : le recours à une AMOA a par exemple été très significatif pour ce motif dans le cadre de la pandémie de Covid. 3° le recours à une AMOA du fait des contraintes du plafond d'emploi : ce dernier point n'a pas été évalué. »

Le volume des emplois couverts *de facto* par des prestataires n'est pas établi puisqu'il correspondrait à une pratique contestable. Un des éléments produits permettant de l'approcher consiste en un tableau de bord recensant les personnes bénéficiant d'un accès permanent aux locaux du siège (site parisien et sites déconcentrés), outre les salariés.

Tableau n° 11 : Prestataires ayant accès aux sites de la Cnam

	Prestation intellectuelle	Prestation non intellectuelle	Total prestation	Effectifs CDI*
Paris	254	16	270	1 520
Angers/Nantes	142	-	142	247
Dijon	10	-	10	36
Évreux/Caen	42	-	42	110
Grenoble/Valence	36	-	36	135
Lyon	40	-	40	134
Metz	-	-	-	11
Rennes/Bordeaux	11	-	11	97
Troyes	-	-	-	34
Valenciennes/Toufflers	49	-	49	85
Total	584	16	600	2 409

* Hors effectif du site de Quimper et hors détachés

Source : bilan social 2021

Cet élément ne constitue pas une mesure exacte de la proportion des prestataires parmi l'effectif qui travaille physiquement à la Cnam mais il laisse à penser que leur part est significative.

La Cnam indique aussi que le recours aux prestations intellectuelles en matière de systèmes d'information concernait environ la moitié des projets réalisés, avec un niveau plus élevé dans la fabrication (57 % en 2022). L'objectif principal est d'acquérir des logiciels ou d'apporter une assistance ou une expertise particulière aux équipes. Le besoin de prestation est défini au niveau des projets à conduire, retenus dans la feuille de route définie par, et pour, la direction déléguée des systèmes d'information (DDSI). Dans ce cadre précis, un comité d'exécution des contrats (CEC) analyse tout projet de bon de commande venant en exécution de cette feuille de route sous les angles, à la fois, budgétaire et contractuel. Cette démarche est rigoureuse mais il serait utile de dépasser le cadre de la DDSI pour mesurer le taux d'externalisation globale de la Cnam et s'intéresser aux aspects de gestion des ressources humaines et de coûts comparés des réalisations internes et de l'externalisation.

Cette analyse conduit à s'interroger sur les conséquences financières globales de ces externalisations. La Cnam évalue⁴³ le prix d'une intervention journalière d'un consultant dans une fourchette comprise entre 650 € et 1 000 €, en fonction de sa séniorité - les entreprises ont évidemment intérêt à proposer des consultants expérimentés - contre une valorisation de ressource interne à 430 € par jour.

L'externalisation fait également courir le risque d'une perte de maîtrise des compétences. L'équilibre entre développement des ressources internes et recours à des prestataires extérieurs mérite d'être examiné de manière approfondie.

La Cnam a entrepris un certain nombre de démarches destinées à maîtriser ce risque : elle s'est dotée de deux indicateurs limitatifs (ne pas dépasser en moyenne 20 % de son enveloppe de charge en assistance à maîtrise d'ouvrage et 50 % en assistance à maîtrise d'œuvre) ; elle promeut l'allotissement systématisé des accords-cadres, aucune société ne

pouvant être allocataire de deux lots à la fois ; elle recourt à un marché d'AMOA d'une durée plus brève, permettant des remises en concurrence plus régulières. Dans la nouvelle Cog 2023-2027, un objectif de ré-internalisation de la capacité de MOE ou de MOA en matière de systèmes d'information a été assigné à la Cnam. La Cnam conduit, par ailleurs, une réflexion plus globale sur la ré-internalisation d'applicatifs spécifiques orientés vers le service en santé. Elle a aussi procédé, en matière de recours aux prestations intellectuelles, hors informatique, à un audit interne sur le sujet et défini un plan d'actions conforme aux préconisations de la circulaire Castex du 19 janvier 2022, applicable dès 2023.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La gestion des marchés et des achats confirme que la complexité de l'organisation, notamment la présence de trois pôles de suivi des achats, crée un risque insuffisamment maîtrisé lorsque plusieurs d'entre eux sont concernés par un projet de marché.

Les difficultés rencontrées dans quelques marchés stratégiques conclus pour le compte du ministère de la santé démontrent l'importance d'une plus grande clarté dans le partage des rôles et d'une plus grande autonomie dans l'exercice, par la Cnam, de la délégation consentie par la tutelle.

L'analyse des marchés fait apparaître, enfin, un risque élevé de perte de maîtrise vis-à-vis des sous-traitants dans les deux domaines cruciaux que sont, d'une part, la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre informatique, d'autre part, le conseil stratégique.

Recommandation n° 4 : (Cnam) adopter une charte de l'externalisation ; clarifier la compétence des pôles d'achat ; établir une doctrine procédurale pour les achats transversaux.

4 LA DIRECTION DE LA STRATEGIE, DES ETUDES ET DE LA STATISTIQUE (DSES), UN ENSEMBLE D'ACTIVITES A MIEUX ENCADRER

La DSES qui mobilise 117 ETPMA, est une direction aux missions étendues (1) qui a vu sa charge de travail élargie, en particulier par la mission nouvelle d'évaluation des expérimentations dites « de l'article 51 » et par l'appui qu'elle apporte à la mise à disposition des données en santé (2).

Faute d'adaptation de ses missions ou de son organisation, ces demandes en augmentation se sont traduites par des performances dégradées et par un recours fortement accru à la sous-traitance (3).

4.1 Des missions définies de manière très large

4.1.1 Une définition d'origine interne

Contrairement au service médical (voir *infra*), les missions de la DSES, ne sont pas définies par le code de la sécurité sociale. Celles-ci sont fixées dans le règlement d'organisation de la Cnam qui énonce, sans ordre de priorité, les trois axes cités dans la dénomination de la direction : contribution à la définition d'une stratégie, réalisation d'études et de productions statistiques. Ces travaux sont réalisés au profit de la Cnam, à titre principal, et des ministères ou des agences de santé publique, à titre secondaire, et sont appelés à bénéficier à l'ensemble du système de santé.

Alors même que cette dimension est explicitement posée et qu'elle situe la DSES dans des domaines proches de ceux couverts par la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère chargé de la santé, aucune convention ne règle le partage des travaux entre les deux entités. À défaut, des réunions de coordination ont lieu de manière informelle chaque année. La DSES participe aussi à la réunion des administrateurs ministériels des données, des algorithmes et des codes sources organisée par l'Insee.

Ces coordinations sont utiles à la gestion courante des activités mais elles ne devraient pas être exclusives d'une définition concertée du partage des compétences entre organismes nationaux gestionnaires de données.

4.1.2 Des priorités évolutives

Deux actions sont précisées en complément de ces axes principaux :

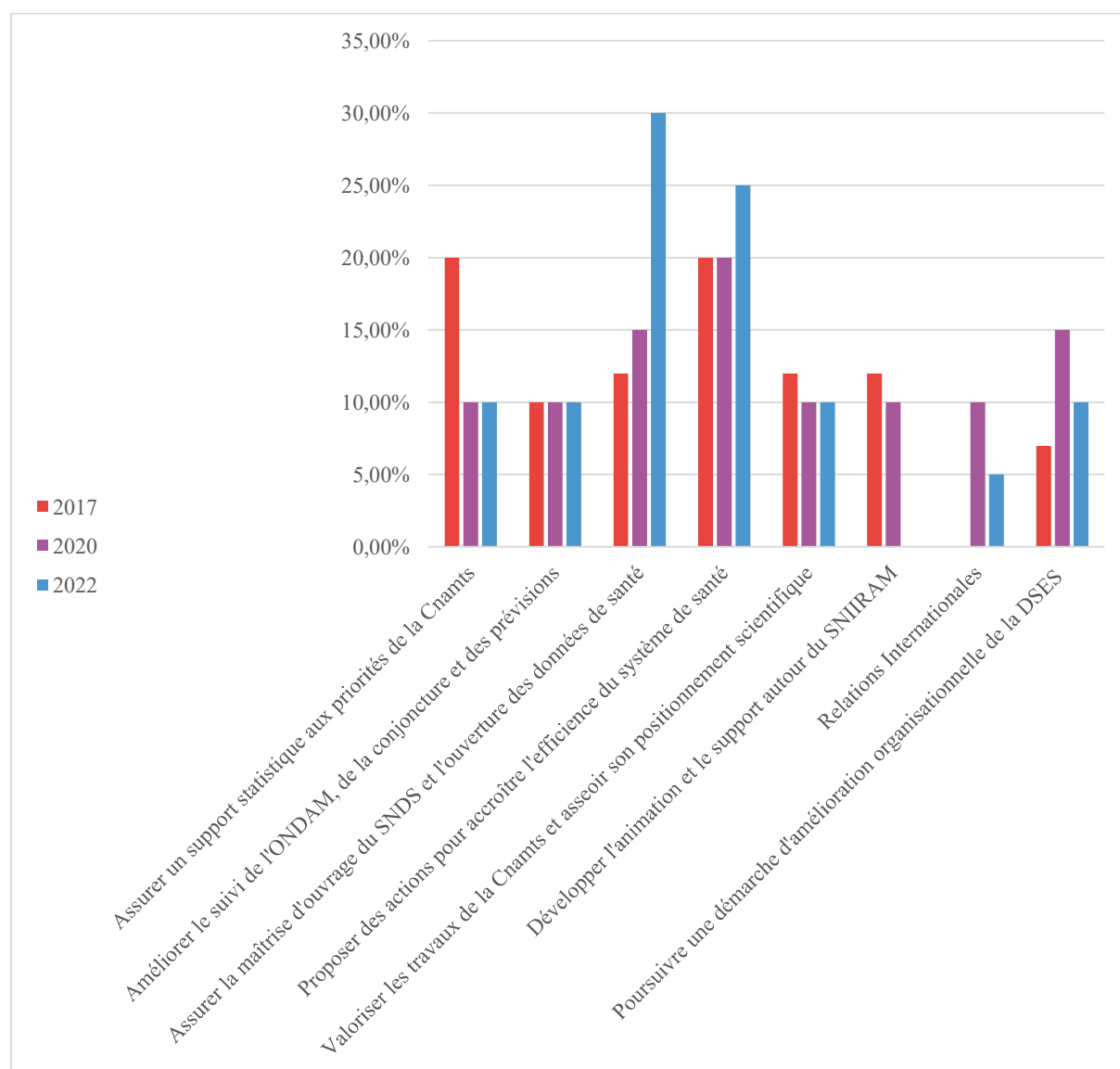
- « *piloter et animer un processus de veille et d'innovation* » ;
- « *assurer la couverture fonctionnelle du SI informationnel de la Cnam et du SNIIR-AM* ».

Les travaux afférents à ces actions nouvelles tendent à prendre une place de plus en plus importante au sein de la DSES.

Les missions de la DSES ont évolué depuis 2017 : le développement de l’animation et du support du Sniiram ne figure plus dans les objectifs de la direction depuis 2021 puisque ces activités sont désormais intégrées au système national des données de santé (SNDS) dont la DSES assure la maîtrise d’ouvrage ; les activités liées à l’ouverture des données de santé ont été en revanche renforcées. De même, un soutien aux expérimentations fondées sur l’article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a été ajouté aux objectifs en 2019.

L’ordre de priorité des missions est variable selon les années, comme le montrent leur évolution relative, de 2017 à 2022.

Graphique n° 6 : Part des activités dans les objectifs de la DSES



Source : Cour des comptes d’après Cnam

Les activités traditionnelles de la DSES – support statistique, suivi de l’Ondam, contribution scientifique – occupent une place moindre qu’auparavant, même si, en volume, elles ont continué de se renforcer. À titre d’exemple, les publications dans les revues

scientifiques à comité de lecture ont largement augmenté sous l'impulsion des travaux d'Épiphare, profitant de la collaboration régulière avec les équipes de recherche de l'ANSM.

À l'inverse, la maîtrise d'ouvrage du SNDS et l'ouverture des données de santé sont de plus en plus valorisées. C'est aussi le cas des propositions d'actions pour accroître l'efficacité du système de santé, sous l'effet du suivi des expérimentations dites « article 51 ». Les activités d'organisation interne de la DSES ont pris aussi une plus grande importance depuis 2019.

4.1.3 Des activités de nature différente

Les travaux de recherche de la DSES sont nombreux et présents dans des revues scientifiques en langues française et anglaise, contribuant à faire reconnaître la Cnam dans le champ de la recherche, au niveau international. Trois départements de cette direction portent l'essentiel de ce travail :

- le département "*Études sur les pathologies et les patients*" (DEPP) qui produit des articles pour de nombreuses publications, notamment dans des revues à comité de lecture, essentiellement en langue anglaise, et des communications orales ou sous forme de poster dans des colloques en France ou à l'étranger ;
- le département "*Études de santé publique*" (DESP) dont la production est abondante selon les données communiquées à la Cour (entre 2017 et 2022, 98 articles parus dans des revues à comité de lecture et 39 rapports remis aux autorités, d'une taille allant de 10 à plus de 100 pages) ;
- le département "*Diffusion, analyse prospective et relations internationales*" (DAPRI) qui, outre la veille et l'alimentation de la réflexion stratégique de la Cnam, gère ses relations internationales, en préparant des conventions de coopération, en organisant des colloques et en la représentant dans des instances telles que l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), la Plateforme européenne de représentation des organismes de sécurité sociale (ESIP) et au sein de la représentation des institutions françaises de sécurité sociale auprès de l'Union européenne (REIF).

A cette activité de recherche scientifique, s'ajoute l'appui à la réflexion stratégique de la Cnam, ainsi qu'à la décision, appui fondé sur l'exploitation des données.

Le rapport annuel intitulé "*Charges et produits*" est particulièrement représentatif de la contribution de la Cnam au pilotage des dépenses de santé. Dans ce document annuel, en mobilisant les données disponibles et en recourant aux comparaisons internationales, la Cnam présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, ainsi qu'à l'optimisation des dépenses de santé. Ce document est élaboré en partenariat avec les directions « métiers », pour être ensuite présenté au conseil de la Cnam avant de faire l'objet d'une communication externe. Nombre de propositions de la Cnam présentées dans ce rapport ont été retenues, notamment dans le cadre des LFSS. Ainsi, la procédure dite de « l'article 51 », détaillée *infra*, a été adoptée dans la LFSS pour 2018 sur une proposition de la Cnam, formulée dans le rapport Charges et produits pour 2018, dont elle constitue l'avant dernier chapitre.

La DSES alimente de même le groupe de suivi statistique de l'Ondam. Sa production est portée par le département "*Synthèse et prévisions*". Ce même département est chargé

d'alimenter la Cnam en statistiques mensuelles des dépenses de l'assurance maladie et de les diffuser sous la forme de tableaux de bords et d'indicateurs par région et par caisse, ce qui permet un suivi budgétaire fin.

La DSES intervient aussi à l'appui des autres directions de la Cnam pour l'élaboration de leur stratégie, en leur fournissant notamment des statistiques pour objectiver des évolutions quantifiables. La DSES a ainsi mis à disposition de l'équipe de contrôle plusieurs études formalisant un certain nombre de constats préalables à la définition de mesures de politique de santé, comme celle présentant les facteurs d'évolution de la démographie des infirmiers diplômés par l'Etat en exercice libéral (IDEL).

La DSES fournit ainsi une aide à la décision pour la Cnam en mettant à disposition de manière continue des données et des supports. Elle alimente notamment de manière hebdomadaire le « CODIR négociation » avec des données qui permettent à la Cnam d'appuyer les discussions avec les professionnels de santé sur des faits objectivés.

L'utilisation des données de soins permet également à la DSES de fournir une analyse de situation, sur demande de la direction générale de la caisse : la DSES a, par exemple, pu fournir, lors des mouvements sociaux de biologistes puis des médecins généralistes et spécialistes à la fin de l'année 2022, des données qui ont permis d'apprécier l'ampleur exacte des baisses d'activité par rapport aux années précédentes.

Les sujets des études font l'objet d'une programmation, tantôt au bénéfice de la Cnam seule – à l'international ou pour améliorer son pilotage du risque, étayer sa position lors des négociations conventionnelles, le suivi de l'Ondam, etc. – tantôt au bénéfice conjoint de la Cnam et de la direction de la sécurité sociale du ministère chargé de la santé (DSS) ou d'EPI-PHARE, groupement d'intérêt scientifique constitué par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

La maîtrise d'ouvrage du SNDS requiert d'autres types d'activité comme l'intégration de systèmes d'information (SI des maisons départementales des personnes handicapées en 2022), la conduite d'un projet de pseudonymisation des identifiants, la mise à disposition des utilisateurs d'outils de lecture et de programmation en "R" (langage informatique utilisé pour les statistiques et les bases de données) et d'un nouvel échantillon des données. Par ailleurs, la DSES participe aux projets de cartographie et de visualisation des données.

4.2 La montée en charge de missions nouvelles, au prix de tensions

La réalisation de missions nouvelles a donné lieu à des réorganisations substantielles de la DSES.

4.2.1 Les missions liées aux expérimentations issues de « l'article 51 »

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit en son article 51 un mécanisme d'expérimentations permettant de tester des organisations innovantes en santé.

La Cnam, à l'origine de la mesure, est présente dans sa mise en œuvre : il lui échoit de procéder au paiement des sommes dues dans le cadre de ces expérimentations ; elle participe au pilotage du dispositif, à la gestion du fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) et à tout le processus d'évaluation. Elle apporte aussi une aide aux porteurs de projet, notamment

par le biais de la mise en place d'un « Accélérateur 51 »⁴⁴. Enfin, par délégation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil)⁴⁵, elle procède à la vérification de la conformité des projets aux règles relatives à l'usage des données personnelles.

La gestion des dispositions prévues par l'article 51 a modifié profondément l'activité de la DSES. Une équipe spécifique a été constituée, bénéficiant de correspondants à la DDGOS, à la DDO mais, aussi, au sein des équipes de la filière numérique et de la gestion de données dans les CPAM de Rennes et de Nantes. Ces changements se sont traduits par le recrutement de 11 ETP – dont 0,5 ETP de juriste pour assurer les aspects de conformité avec la Cnil – ainsi que par la mobilisation de 37 M€ pour la mise en place de marchés portant sur les dispositifs d'expérimentation pendant la période 2019-2023 (cf. annexe 6). L'évaluation des expérimentations repose, en effet, principalement sur des prestataires externes sélectionnés à l'issue d'une procédure de marché public.

Cette activité est donc assurée grâce au recrutement d'un personnel spécifique et à une forte externalisation. Si la mission est cohérente avec la fonction de la DSES, notamment avec la contribution à la définition de la stratégie de l'assurance-maladie, la structuration mise en œuvre repose peu sur les synergies qui auraient pu être trouvées avec ses autres activités. Ainsi, 40 à 50 % des travaux d'évaluation mobilisent des données du SNDS (à ce jour, 40 rapports d'évaluation passés ou en cours s'appuient sur les données du SNDS mises à disposition par le personnel de l'assurance-maladie, Cnam et CPam). Par ailleurs, le recours majoritaire à des cabinets de conseil privés, pour la plupart extérieurs au monde de la recherche, pour un montant global de prestations de l'ordre de 20 M€, a permis de garantir la réalisation de ces évaluations à une échelle large, à défaut d'être quasi-industrielle comme l'affirme la Cnam, mais on peut regretter que les partenariats de recherche avec les acteurs institutionnels, notamment universitaires, n'aient pas été mis à profit, alors même que la Cnam déplore la faiblesse, dans le champ de la recherche française, des études d'évaluation en termes de santé⁴⁶.

De surcroît, malgré ce recours à des prestations externes, le bilan d'activité de la Cnam de 2022 (voir *infra*) indique que seules cinq évaluations, sur dix demandes, ont bénéficié du dispositif de mise à disposition des données approuvé par la CNIL.

4.2.2 La mise à disposition de données médicales dans le cadre du SNDS

La gestion des données de santé par la Cnam est ancienne ; elle a pris la forme, en 1998, du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (Sniiram). La création en 2016 du Système national des données de santé (SNDS), confié à la Cnam, devait permettre de chaîner :

- les données de l'assurance maladie (base Sniiram) ;
- les données des hôpitaux (base PMSI) ;

⁴⁴ Dans ce cadre, elle les aide à formaliser leur modèle économique, à concevoir leur budget, à gérer l'évolution des cahiers des charges ou encore la sortie de l'expérimentation (dont l'extension au droit commun).

⁴⁵ Cf. Cour des comptes : *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* - mai 2023 Chapitre IV *Expérimenter pour réformer l'organisation et la tarification des soins*.

⁴⁶ Cf. *Rapport charges et produits pour 2018*.

- les causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm) ;
- les données relatives au handicap (en provenance des MDPH - données de la CNSA) dont le rattachement souffre encore d'insuffisances (*cf. infra*) ;
- un échantillon de données en provenance des organismes d'assurance maladie complémentaire.

La création, par la loi du 24 juillet 2019, du GIP "*Plateforme des données de santé*", ou "*Health data hub*"⁴⁷ (HDH), a ajouté à cette mission de gestion des données une composante partenariale forte puisque ce GIP est destiné à constituer un guichet unique d'accès au SNDS et est chargé de la mise à disposition d'un "catalogue du SNDS", dont le contenu a été fixé par un arrêté du 12 mai 2022.

Cette dimension partenariale sur la gestion des données est relativement nouvelle : dans la période qui précédait la mise en place du SNDS, une convention avec l'École Polytechnique, conclue en 2014, puis renouvelée en 2017 jusqu'en 2020, avait pour objectif l'exploitation scientifique des données contenues dans le Sniiram. Ses réalisations sont demeurées faibles et elle n'a pas permis de satisfaire les attentes des chercheurs. Elle n'a cependant pas fait l'objet d'un bilan, alors que la convention prévoyait un rapport annuel.

Le partenariat avec le HDH souffre, quant à lui, d'une insuffisante organisation. Si une convention a bien encadré les échanges entre le HDH et la Cnam, dans le contexte de l'épidémie de covid-19, « *aux seules fins de faciliter l'utilisation des données de santé pour les besoins de la gestion de l'urgence sanitaire et de l'amélioration des connaissances sur le virus*⁴⁸ », le document permettant d'organiser le partage des tâches entre les deux institutions, en pratique courante n'a été signée que le 31 novembre 2023, alors qu'elle était en cours de négociation depuis janvier 2023. Encore, cette convention de responsabilité conjointe de traitement du SNDS ne couvre-t-elle qu'un périmètre restreint de projets limitativement cités dans une de ses annexes (et non l'ensemble des projets mobilisant la base principale du SNDS).

La mise en place du dispositif défini par le décret n° 2021-848 du 29 juin 2021 "relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé *système national des données de santé*" bute sur la difficulté pour le HDH d'héberger une copie du SNDS après, d'une part, la critique du conseil de la Cnam⁴⁹ du 19 février 2021 du choix d'une solution étrangère pour l'hébergement des données de santé et, d'autre part, le retrait de sa demande d'autorisation auprès de la Cnil, en janvier 2022, à la suite d'un débat non conclusif sur la solution technique envisagée (au regard de considérations en matière de souveraineté).

La convention de 2023 devrait toutefois permettre d'améliorer le processus de traitement des données qui reposait jusqu'alors principalement sur la Cnam (et donc sur la DSSES), à partir de ses moyens propres, techniques et humains.

⁴⁷ Selon l'appellation anglophone (littéralement "*Pivot des données de santé*") choisie par l'organisme lui-même

⁴⁸ Arrêté du 10 juillet 2020.

⁴⁹ Le conseil de la Cnam (séance du 19 février 2021) a critiqué ce choix, estimant que les conditions juridiques nécessaires à la protection des données n'étaient pas réunies et appelant à un dispositif soumis seulement au RGPD, pour sécuriser le traitement des données et, surtout, pour gagner la confiance des assurés. Il s'est prononcé en faveur d'une mise à disposition, cas par cas seulement, des données du SNDS à disposition du HDH qu'au cas par cas.

Compte tenu de la nécessité d'apurer un stock important de dossiers à traiter⁵⁰, la Cnam et le HDH ont conclu, le 24 décembre 2021, une convention transitoire pour une mise à disposition de personnel. Cette convention, signée pour un an et renouvelable par avenant, engage le HDH à « *faire ses meilleurs efforts pour que, sur la durée de la convention, un nombre moyen de 8 salariés du HDH interviennent pour la réalisation des missions qui sont l'objet de la présente convention, selon une organisation correspondant à 3 ETP* ». En 2022, la DSES a effectivement bénéficié de la mise à disposition de huit statisticiens travaillant à 40 % de leur temps dans les locaux de la Cnam, soit un peu plus de trois ETP. Il importe que cette convention soit intégralement mise en œuvre pour améliorer les délais d'accès aux données en santé et pour définir plus précisément au sein de la DSES les ressources (humaines et matérielles) nécessaires à cette gestion du SNDS.

4.3 Un risque de dégradation de l'exercice des missions

4.3.1 Des objectifs inégalement atteints

Les objectifs analysés ci-après relèvent de l'outil de suivi des objectifs (OSO) présenté plus haut.

Les objectifs retenus pour les activités « classiques » de la DSES – support statistique, suivi de l'Ondam, élaboration du rapport charges et produits, réalisation d'études – tels qu'ils ont été rassemblés dans un tableau de bord assorti de cibles, sont assez largement atteints. En 2022, la DSES a livré des données pour 160 projets externes⁵¹ sur les 200 demandes retenues (soit un objectif atteint à 80 %).

En 2022, cependant, quelques-unes de ces cibles n'ont été que partiellement atteintes. Il en est ainsi de l'alimentation d'un tableau de suivi des effets financiers des conventions (élaboré en partenariat avec la DDGOS), de la valorisation scientifique des travaux *via* des publications dans des revues à comité de lecture, ou encore du développement de collaborations avec des experts ou sociétés savantes aux niveaux national et international.

Les plus grosses difficultés de réalisation portent sur le SNDS, notamment sur l'intégration du SI MDPH et sur la mise en place d'une plateforme de données relative à l'entrepôt de données IJ-invalidité.

Par ailleurs, les outils de suivi des usagers dans les structures et les établissements sociaux et médico-sociaux, pourtant prescrits réglementairement⁵², n'ont pas abouti et ont été retirés des objectifs fixés à la DSES en interne : les dispositifs de suivi Résid'Ehpad et Résid-SSIAD ont vu le jour mais avec retard par rapport à la date prévue, fixée au 31 décembre 2019.

⁵⁰ En octobre 2021, 240 dossiers de demandes attendaient une réponse, avec une capacité de traitement annuelle de 100 ; en décembre 2023, 186 demandes étaient encore pendantes, dont 110 avaient reçu l'autorisation de la Cnil depuis 29 mois (soit plus de deux ans) en moyenne.

⁵¹ A ces 160 nouveaux projets auxquels ont été livrés des données en 2022, s'ajoutent 45 autres projets pour lesquels des données ont aussi été livrées, s'agissant de projets au long cours qui doivent annuellement être alimentés par les données actualisées portant sur la dernière année complète disponible.

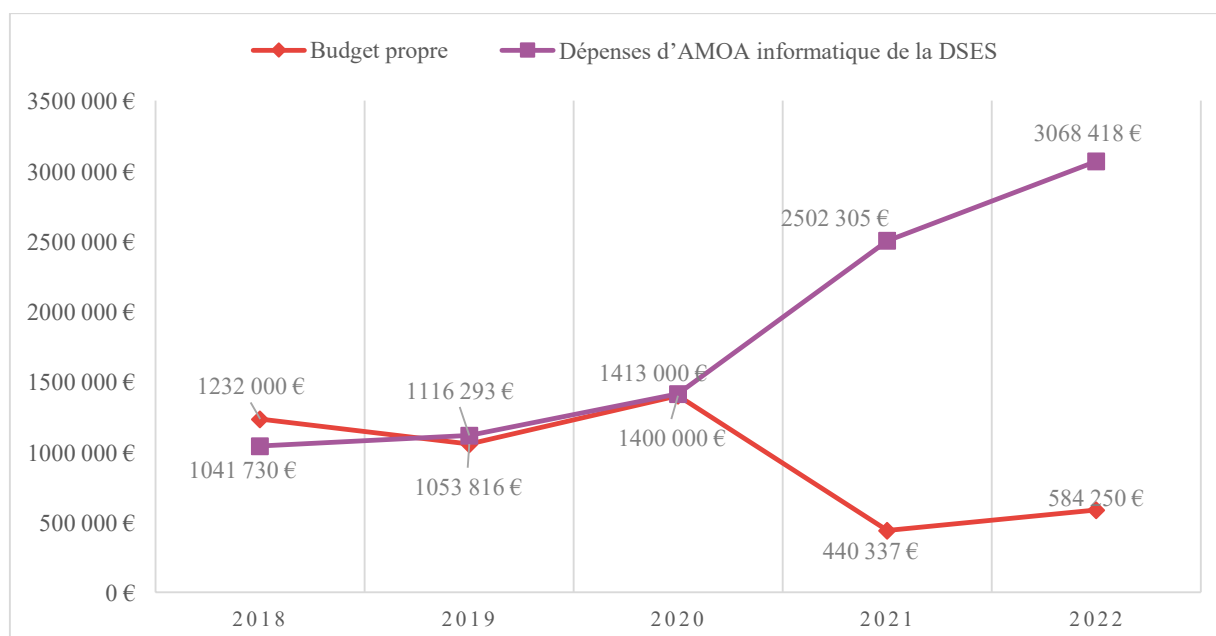
⁵² Décret n° 2018-173 du 9 mars 2018

L'activité des autres ESMS, quant à elle, n'est toujours pas couverte par des données⁵³. Les enjeux financiers du suivi des résidents en ESMS et de leur consommation de soins devraient inciter à faire aboutir ce projet dans les meilleurs délais, comme l'a déjà demandé la Cour des comptes dans son rapport sur les services de soins à domicile en décembre 2021⁵⁴.

4.3.2 Une augmentation des dépenses tirée par les besoins d'aide à la maîtrise d'ouvrage

Les nouvelles fonctions assumées depuis 2018 par la DSES pèsent de plus en plus sur son budget (de 2,27 M€ en 2018 à 3,65 M€ en 2022, soit 60 % d'augmentation). Leur analyse permet de mettre en évidence une baisse du budget propre de la direction qui va de pair avec une augmentation significative des dépenses d'aide à la maîtrise d'ouvrage (MOA) informatique, le point d'inflexion datant de 2020.

Graphique n° 7 : Évolution du budget hors RH de la DSES et de ses dépenses en AMOA informatique

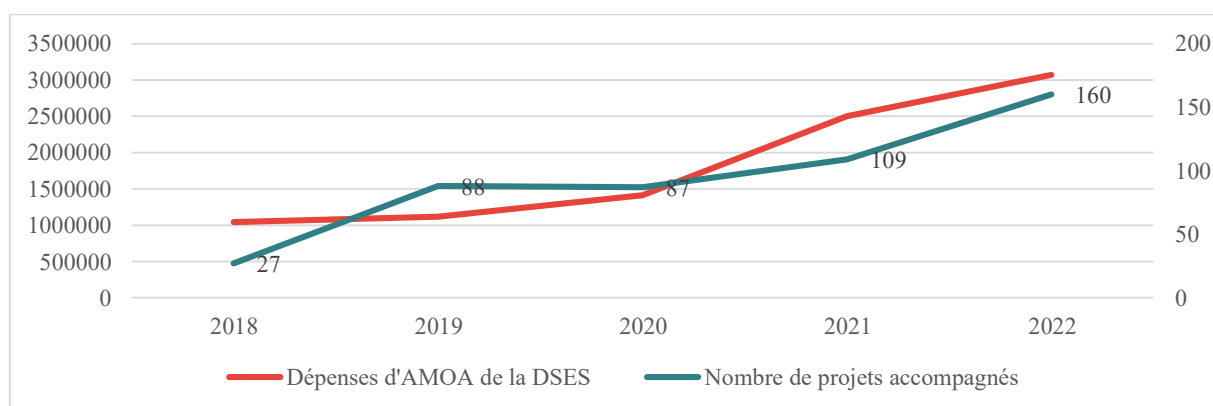


Source : Cnam, budget de la DSES

La corrélation entre l'augmentation des dépenses en AMOA et les projets de recherche soutenus par la DSES (avec mise à disposition de données) est très forte (une régression linéaire permet de montrer une corrélation entre les deux variables avec un coefficient R^2 de 77 %).

⁵³ La création d'une table référentielle des résidents en établissements médico-sociaux (IR_ESM_R) est cependant une première étape réalisée.

⁵⁴ Cour des comptes, *Les services de soins à domicile : une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2021

Graphique n° 8 : Dépenses en AMOA et projets soutenus par la DSES

Sources : données internes Cnam

Cette évolution pose la question de la maîtrise des dépenses liées à la mise en œuvre des activités nouvelles, notamment à la mise à disposition des données de santé. Ce sujet doit être examiné dans le cadre de la montée en charge de l'activité du HDH et dans la perspective d'une répartition des tâches concernant la mise à disposition des données.

Concernant ce dernier aspect, il convient de souligner l'absence de doctrine établie au sein de la Cnam sur une tarification de la mise à disposition de la donnée, alors même que celle-ci induit des coûts importants, tant en termes de ressources de fonctionnement, de temps d'agent, que d'investissement sur les serveurs, mobilisant des crédits destinés à couvrir les dépenses de santé des assurés. Or, ces coûts sont nécessités par la volonté d'alimenter, outre la recherche académique, la recherche appliquée de l'industrie médicale qui est en mesure d'assumer des frais de mise à disposition de données de santé essentielles à son activité. Du reste, un groupe de travail sur la tarification de mise à disposition des données de santé a été réuni par le comité stratégique du SNDS⁵⁵, dans la perspective de l'entrée en application du Data Governance Act européen en septembre 2023. Il est regrettable que la Cnam ne soit pas représentée dans ce groupe de travail réunissant aujourd'hui les administrations concernées et les acteurs de l'hospitalisation.

⁵⁵Le code de la santé publique (article R. 1461-10) prévoit que « le ministre chargé de la santé fixe les orientations générales du développement du système national des données de santé. Il réunit, à cet effet, un comité stratégique associant la Plateforme des données de santé et la Caisse nationale de l'assurance maladie ». Ce comité stratégique des données de santé a été créé à l'été 2021 par arrêté du ministre chargé de la santé du 29 juin 2021. Celui-ci prévoit qu'il est composé de vingt-cinq membres pour un mandat de cinq ans, présidé par le directeur de la Drees et vice-présidé par le directeur général de la recherche et de l'innovation. Son secrétariat est assuré par la Plateforme. Il se réunit au moins une fois par an.

4.3.3 Des compétences internes à faire évoluer

L'évolution du budget de la DSES traduit une dépendance croissante à l'égard des prestataires externes, évoquée *supra*. Sur le plan des ressources humaines, la DSES fait face à de nombreux défis pour lesquels elle est insuffisamment outillée :

- ses nouvelles missions requièrent des agents sachant maîtriser le langage de code "R" ; or, le programme de formation à ce langage complexe n'a débuté qu'en 2022, avec la réalisation de cinq sessions de formation ;
- le travail avec assistance à maîtrise d'ouvrage suppose un profil de chef de projet, profil présent dans le référentiel d'emploi de la Cnam ; des profils correspondants se trouvent à la DDSI et à la DDGOS mais la DSES devraient en disposer aussi, notamment en formant les agents concernés à la conduite de projets informatiques.

L'évolution des missions de la DSES illustre donc la nécessité d'une démarche de GPEC adaptée, au sein de la Cnam (EP), telle qu'évoquée *supra*, pour faire correspondre le profil des agents aux compétences demandées par l'activité renouvelée de la DSES.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La DSES assure des missions importantes et en développement mais la croissance de son activité s'accomplit par empilement et se traduit par des difficultés à atteindre les objectifs qui lui sont assignés. L'insuffisance de la stratégie est particulièrement prégnante dans le domaine de la mise à disposition des données de santé. La mise au point d'une convention entre la Cnam et le HDH pour organiser leur partenariat sur les court, moyen et long termes, est essentielle pour que les données de santé soient enfin exploitées à leur plein potentiel. En outre, conformément aux recommandations déjà adressées par la Cour, il convient que la Cnam fasse aboutir le projet Resid-ESMS, la date prévue pour sa mise en application (fin 2019) ayant été largement dépassée.

Recommandation n° 5 : (Cnam – recommandation réitérée) faire aboutir le projet Resid'ESMS conformément à la réglementation qui prévoyait son déploiement pour la fin de 2019.

5 LE SERVICE MEDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE : UN ORGANE ESSENTIEL DONT LES CAPACITES PEUVENT ETRE MIEUX EXPLOITEES

Le service médical constitue un élément stratégique de la Cnam (EP) par sa place unique, au cœur du pilotage de la gestion du risque. Son champ d'activité est large, même si une part relativement importante est orientée sur le contrôle des indemnités journalières (IJ) (1).

Dans un contexte de diminution structurelle du nombre des praticiens-conseils (PC), la recherche d'une plus grande efficacité, au-delà des mesures déjà mises en œuvre (2), devrait inciter à recentrer le service sur ses missions de contrôle des professionnels de santé et à lever un certain nombre de limites à son action (3).

5.1 Une activité importante et diversifiée

5.1.1 Une composante importante de l'activité globale de l'établissement

Sur la période 2017-2022, le service médical de la Cnam, considérée au sens juridique d'établissement public, mobilise environ les trois quarts de son effectif.

Tableau n° 12 : Répartition de l'effectif du service médical entre le siège et les DRSM

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Cnam-siège	2 138	2 188	2 197	2 411	2 424	2 369
DRSM	7 204	7 096	6 808	6 955	7 033	6 828
Total (Cnam, étabt public)	9 342	9 284	9 005	9 366	9 457	9 197
Part des DRSM	77,11 %	76,43 %	75,60 %	74,26 %	74,37 %	74,24 %

Sources : Cour des comptes d'après données Cnam

Rattaché au siège, il est cependant adossé au réseau des CPam. Sa structuration en échelons locaux et en directions régionales n'a été achevée que récemment, avec les fusions en 2021 des niveaux régionaux au sein des directions régionales Grand-Est et Auvergne-Rhône-Alpes (ARA).

5.1.2 Des missions légales étendues

Les missions du service médical sont définies à l'article L. 315-1 et suivants du CSS :

- il constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations ;

- il procède auprès des établissements de santé publics et privés, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou prestations, dans le respect des règles déontologiques, aux contrôles nécessaires en matière de délivrance et de facturation de médicaments, produits ou prestations donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie ou à prise en charge par l'Etat ;
- il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé et des professionnels de santé dispensant des soins, notamment au regard des règles de remboursement des prestations.

Le législateur a ainsi placé explicitement le service de contrôle médical dans la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie⁵⁶, avec un champ d'action très large.

La spécificité et la force du service médical, doté de praticiens-conseils, réside dans son exclusivité en matière d'accès et de traitement de la donnée médicale nominative et de réalisation d'examens médicaux des assurés, sur convocation. Dans un contexte où la fraude sociale représente, selon les estimations de la Cour⁵⁷, 4 Md€ pour l'assurance maladie, dont deux tiers concernent des professionnels de santé, le service médical est au cœur de la maîtrise des risques, grâce à sa capacité exclusive à dialoguer entre pairs.

5.1.3 Une activité centrée sur les prestations servies aux assurés

Au-delà des missions définies par la loi, les DRSM participent, en partenariat avec les caisses primaires, à des actions de nature diverse, en nombre croissant⁵⁸ :

- la production de services en santé (programmes Sophia et Prado et, plus récemment, parcours de soins « insuffisance cardiaque ») ;
- la lutte contre la désinsertion professionnelle ;
- le déploiement de l'exercice médical coordonné en ville, notamment des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en relation avec les ARS ;
- l'amélioration de la pertinence des soins, en coordination avec les ARS, dans le cadre des instances régionales d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS), etc.

Ces actions nouvelles s'ajoutent à l'augmentation, en volume et en enjeux financiers, de ses activités courantes : selon les chiffres de la Cnam repris dans un rapport de l'Igas de

⁵⁶ « Par l'ensemble des actions mentionnées au présent article, le service du contrôle médical concourt, dans les conditions prévues aux articles L. 183-1, L. 211-2-1 et au 5° de l'article L. 221-1, à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie ».

⁵⁷ La lutte contre les fraudes aux prestations sociales, septembre 2020.

⁵⁸ Ces activités multiples, qui éloignent parfois le service médical des missions définies par la réglementation, se traduisent par le suivi de près d'une quarantaine de processus. Une douzaine de processus recouvrent des fonctions de support et quatre, des positions de retrait d'activité. Il reste près d'une trentaine d'activités de cœur de métier. La DRSM Bretagne en commente une quinzaine dans son « tableau de bord stratégique ».

novembre 2022⁵⁹, le nombre des seuls arrêts de maladie indemnisés, hors arrêts dérogatoires, est passé de 6,43 à 8,37 millions de 2010 à 2020, soit une augmentation moyenne annuelle de 1,2 %. L'activité des DRSM augmente à due concurrence.

La reconnaissance des maladies professionnelles est aussi en hausse. En Auvergne-Rhône-Alpes, par exemple, en 2022, près de 3 500 dossiers ont été traités par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), ce qui représente une augmentation de 11 % par rapport à 2021.

De même, le champ de compétence des commissions médicales de recours amiable (CMRA) - compétentes pour statuer, pendant la phase précontentieuse, sur toute contestation d'ordre médical formée par un assuré ou par un employeur - s'est progressivement élargi depuis sa création en 2019⁶⁰. Pour la CMRA ARA, le nombre de recours introduits annuellement est passé de 4 500, en 2021, à 11 894, en 2022, ce qui représente une augmentation de 266 % en un an.

Ces évolutions en nombre et en volume des missions légales font peser sur la structure une pression qui amène inévitablement à prioriser certaines missions aux dépens d'autres.

5.1.4 Une priorité accordée au contrôle des indemnités journalières

Le suivi individuel de l'activité est réalisé, depuis 2017, à partir de l'outil « Oscarr », dont le déploiement est désormais généralisé mais dont les données restent fragiles, du fait d'une alimentation hétérogène selon les agents. L'analyse du tableau de bord de l'activité transmis par la DDO permet toutefois de faire apparaître des investissements divers dans les différents processus.

Tableau n° 13 : Répartition (%) du temps de travail global de la DRSM entre les processus métiers en 2022, en ETPR cumulés globaux

Processus	Personnel administratif et praticiens-conseils	Personnel administratif	Praticiens-conseils
Règlements IJ	25,2 %	25,4 %	24,7 %
Gestion des bénéficiaires	8,6 %	9,4 %	5,8 %
Accompagnement en santé	6,2 %	7,3 %	2,6 %
Reconnaissance AT-MP	6,2 %	6,2 %	6,1 %
Lutte contre la fraude	6,1 %	3,7 %	14,4 %
Accompagnement des offreurs de soins*	3,8 %	2,3 %	9,0 %
Pré-contentieux et contentieux	3,4 %	3,7 %	2,6 %

⁵⁹ Évaluation de la COG 2018-2022 de la Cnam et recommandations en vue de son renouvellement, tome 2 annexes, Igas, novembre 2022

⁶⁰ L'achèvement de son déploiement a été réalisé en 2022, avec l'intégration du recours préalable formé par l'assuré à l'encontre de décisions notifiées par les caisses primaires relevant du champ de l'ancienne procédure de l'expertise médicale.

Règlements pensions invalidité	3,4 %	2,9 %	4,9 %
Gestion des flux entrants	2,7 %	3,5 %	0,1 %
Accueil téléphonique - tous niveaux	2,4 %	3,0 %	0,5 %
Règlements rentes	1,8 %	1,4 %	3,3 %
Recours contre tiers	1,3 %	1,1 %	2,1 %
Sollicitations écrites	1,3 %	1,2 %	1,4 %
Accueil physique-tous niveaux	1,2 %	1,4 %	0,2 %
DCGDR	0,7 %	0,8 %	0,6 %
Missions nationales	0,5 %	0,4 %	0,8 %
Établissements publics, ESMS et privés	0,1 %	0,0 %	0,1 %
Rémunération sur objectifs et forfaits	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Accompagnement des employeurs*	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Total ETPR	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* le terme "accompagnement" est employé pour désigner le contrôle et le conseil

Source : Cour des comptes, d'après Cnam

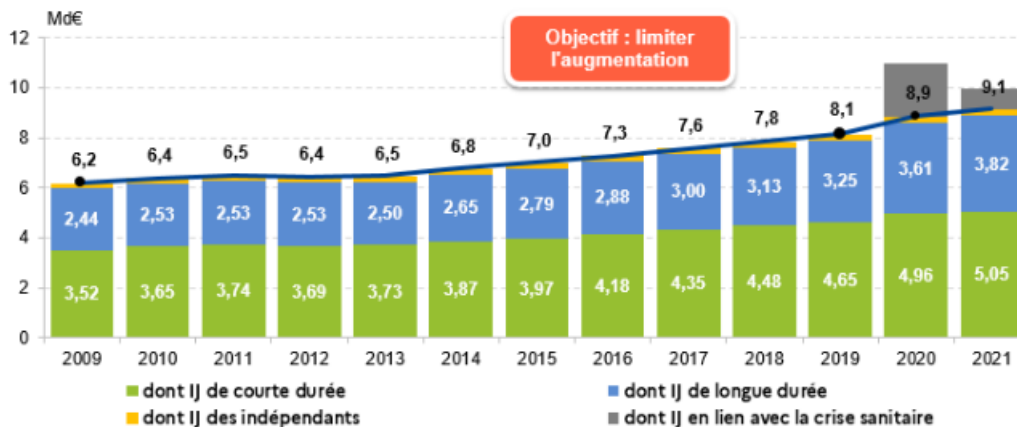
L'activité la plus importante est celle du règlement des IJ aux assurés (dont l'activité est détaillée en annexe n° 3). Elle occupe plus du quart de l'effectif (25,2 %) avec une légère différence entre le personnel administratif (25,4 %) et les praticiens-conseils (24,7 %). Cette prédominance est justifiée tant par l'histoire de la Cnam que par le contexte : jusqu'au 1^{er} janvier 2018, la Cnam⁶¹ était la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés⁶². Le service médical, structuré dès 1935, est resté très marqué, dans ses missions, par la dimension salariale des assurés.

Par ailleurs, la croissance annuelle du montant des indemnités journalières (IJ) remboursées est supérieure à 4 % (4,4 % pour les médecins généralistes libéraux) depuis plusieurs années et cette dynamique préoccupe les pouvoirs publics.

⁶¹ Article 15 de la loi no 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

⁶² Ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale

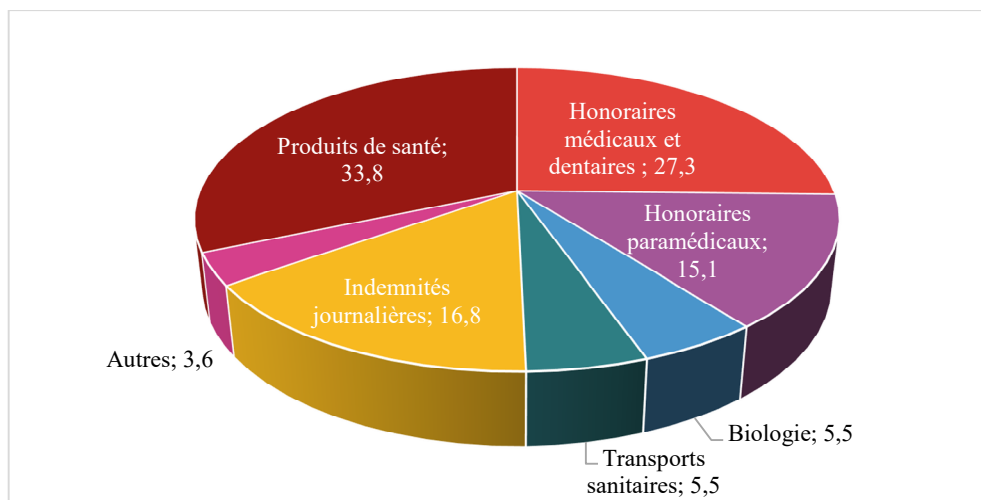
Graphique n° 9 : Montant annuel des indemnités journalières pour maladie



Source : DSS Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – Maladie 2022

Si l'évolution rapide du montant d'indemnités journalières est inquiétante, d'autres postes de dépenses mobilisent une part importante des moyens de l'assurance maladie, notamment les honoraires des professionnels de santé et le remboursement des produits de santé.

Graphique n° 10 : Dépenses composant le sous-objectif "Soins de ville" de l'Ondam (régime général) en 2022 (Md€)



Source : Cour des comptes, Ralfss 2022

Ce constat milite en faveur d'un renforcement du contrôle des dépenses dans ces deux domaines, et donc des activités de lutte contre la fraude et de contrôle des offreurs de soins (sous le terme d'"accompagnement").

Par ailleurs, l'activité de recours contre les tiers (RCT) qui permet à l'assurance maladie de récupérer les frais médicaux auprès de l'assurance du responsable d'un accident subi par un assuré, engendre des ressources et permet de responsabiliser les différents acteurs (établissements de santé, assurés, organismes d'assurance, etc.), contribuant ainsi à la promotion des actions de prévention. Un rééquilibrage de l'activité du service médical vers ces sujets serait pertinent.

5.2 Une recherche d'adaptations, encore insuffisante, face à la diminution de l'effectif de praticiens-conseils

Le service médical fait face à une diminution du nombre de ses praticiens-conseils. Afin d'optimiser son fonctionnement à hauteur des ressources disponibles, et à périmètre constant en matière de stratégie comme d'activités, la Cnam a développé une démarche managériale de plus en plus étoffée.

5.2.1 Le service médical est confronté à la diminution de son effectif, en particulier des praticiens-conseils

Appelé à déployer une activité multiple et dont le volume croît, le service médical fait face à une diminution de son effectif. Cette réduction concerne particulièrement les praticiens-conseils, pour lesquels elle est essentiellement subie, dans un contexte généralisé de pénurie de la main d'œuvre médicale.

Tableau n° 14 : Effectif des DRSM en ETPMA

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Différence 2018-2022	Évolution 2022/2018
DRSM PA	5 443	5 361	5 158	5 294	5 432	5 281	- 80	- 1,5 %
DRSM PC	1 761	1 735	1 650	1 661	1 601	1 547	- 188	- 10,8 %

Source : Cnam

La baisse du nombre de praticiens-conseils résulte de nombreux départs à la retraite, selon un mouvement qui devrait encore s'accroître dans les années à venir, compte tenu de la pyramide de leurs âges. Elle procède aussi d'une trentaine de démissions par an, soit de 1,8 % des praticiens-conseils présents au 31 décembre, et surtout de difficultés à recruter.

5.2.2 La gestion des ressources humaines s'est adaptée à la raréfaction de la ressource médicale, mais encore insuffisamment

Face à la pénurie de praticiens-conseils, la Cnam a mis en place différentes mesures pour optimiser l'organisation de son service, sans toutefois obtenir des résultats à la hauteur des enjeux. En premier lieu, une nouvelle stratégie de recrutement de praticiens-conseils a été mise en œuvre.

Jusqu'en 2018, les praticiens-conseils étaient recrutés sur concours, avec un volume de 60 à 68 recrutements par an entre 2015 et 2018 pour 110 postes ouverts chaque année (soit de 54 à 62 % de postes pourvus). Pour remédier à la rigidité de l'annualité et diminuer le taux de déperdition des lauréats, qui a atteint 41 % en 2017, les candidats sont informés à l'avance des régions où ils devraient être affectés et une procédure de sélection par un jury a été substituée au concours. Depuis, deux à trois campagnes de recrutements sont effectuées par an.

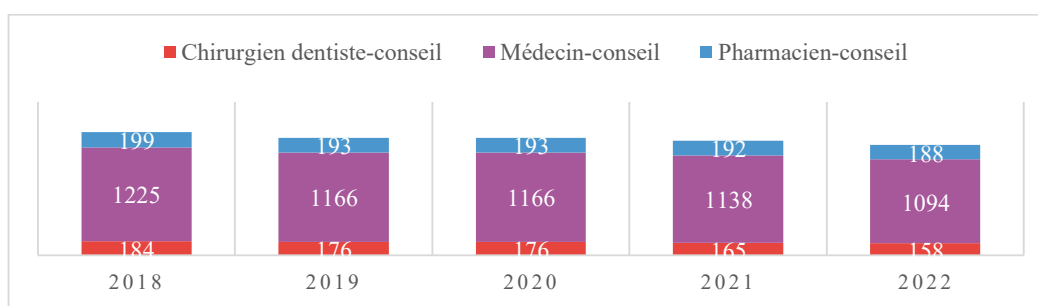
Une nette amélioration a été enregistrée sur la pertinence de l'embauche : les ruptures de période d'essai, sur l'initiative du salarié ou de l'employeur, de six à huit par an antérieurement, sont descendues à quatre en 2021. En revanche, l'affaiblissement du taux de

recrutement n'a pas été enrayé et s'est même aggravé : 60 % des postes ouverts ont été pourvus en 2019, 40 % en 2020, 37 % en 2021, 38 % en 2022. Ces résultats montrent que les causes du défaut d'attractivité des postes dépassent les seules modalités de recrutement.

Si des DRSM comme celles de Grand-Est ont déjà mis en œuvre des plans d'action, la DDO s'est aussi saisie du sujet et envisage différentes pistes pour renforcer l'attractivité des emplois⁶³, pistes qui restent encore à mettre en œuvre. Cependant, le contexte généralisé de pénurie de médecins montre que cet axe, s'il doit être exploité, ne sera pas suffisant.

Un complément d'action pourrait être recherché dans le recrutement plus important de dentistes et de pharmaciens⁶⁴, qui ne rencontre aucune difficulté. Ces praticiens-conseils disposent en effet de compétences utiles au contrôle de leurs pairs mais, aussi, à la détection des abus et fraudes en matière de produits de santé, notamment de médicaments pour ce qui concerne les pharmaciens-conseils. Or, l'effectif de ces professionnels diminue aussi, du fait de départs à la retraite.

Graphique n° 11 : Répartition et évolution de l'effectif par catégorie de praticiens-conseils



Source : Cnam

La Cnam a indiqué vouloir développer leur recrutement et la possibilité pour eux d'accéder aux fonctions de directeur-adjoint d'échelon local du service médical (ELSM).

Afin de renforcer l'efficacité du service médical, la Cnam a promu le partage des tâches avec des professionnels para-médicaux ou avec des agents administratifs spécialisés : techniciens du service médical (TSM) qui assistent les praticiens-conseils dans le traitement des dossiers et participent à l'accueil et à l'information des assurés et professionnels de santé ; infirmiers de service médical (ISM) dont l'emploi a été généralisé en 2018⁶⁵ après une première expérimentation débutée en décembre 2015 ; "conseillers des services de l'assurance maladie" (CSAM), affectés principalement aux actions de prévention de la désinsertion professionnelle. L'objectif est de concentrer le temps de travail des médecins-conseils sur les dossiers à propos

⁶³ Embauche d'un prestataire pour définir une stratégie de marque employeur, professionnalisation du jury de recrutement, parangonage avec l'appui de l'Ucanss concernant la rémunération, attribution de points d'expérience pour tenir compte des antécédents, proposition d'assouplissement des règles de cumul d'activités, avec un autre emploi salarié (pour éviter les conflits d'intérêts), recrutement d'un médecin de santé publique.

⁶⁴ CSS, art. R. 166-8 : « les praticiens-conseils chargés du contrôle médical comprennent les médecins-conseils, les chirurgiens-dentistes conseils et les pharmaciens conseils »

⁶⁵ Le référentiel emploi national d'infirmier du service médical élaboré en 2015 puis actualisé en 2018

desquels leur valeur ajoutée est la plus forte ou qu'ils sont les seuls à pouvoir traiter, ceux qui requérant un examen clinique médical⁶⁶.

Les ISM interviennent en appui technique des TSM, des CSAM et même des délégués de l'assurance maladie, en participant aux actions de conseil et de contrôle auprès des professionnels de santé, infirmiers d'Etat principalement, et en épaulant les praticiens-conseils dans l'élaboration de leur avis médical par le recueil préalable de données de santé des assurés et par l'explicitation des décisions rendues. Un guide RH ISM⁶⁷ a inscrit la délégation de tâches dans le cadre défini par le décret de compétence de la profession d'infirmier du 29 juillet 2004 : ils exercent, sous la responsabilité des médecins-conseils, un rôle d'auxiliaire médical dans l'analyse et la préparation de leurs avis. Pour conforter – voire approfondir – leur action, une définition plus large de leurs missions au sein du service médical – notamment en matière d'évaluation clinique des assurés – pourrait constituer une piste intéressante. La LFSS pour 2024 a sécurisé la délégation de tâches aux ISM, au sein du service médical, faculté qui pourrait être étendue à d'autres auxiliaires médicaux.

En pratique, l'appui des ISM et des CSAM porte prioritairement sur le processus de gestion des arrêts de travail par la constitution d'équipes spécialisées sur ce type d'actes, au sein des unités de traitement des avis sur prestations, unité fonctionnelle traitant les avis sur les arrêts de travail, les demandes d'accord préalable, l'invalidité ou l'évaluation des séquelles liées aux accidents de travail. La "lettre-réseau" publiée en janvier 2023 sur la stratégie de gestion des arrêts de travail par le service médical définit le rôle de chaque catégorie d'acteurs et concentre les médecins-conseils sur les dossiers à forte valeur médicale ou sur les situations requérant un examen clinique médical ainsi que sur les échanges confraternels. La délégation de tâches et le travail en équipe, selon les principes édictés dans la lettre-réseau, est effective dans les échelons locaux.

Pour autant, la faiblesse du nombre d'ISM dans les équipes (300 actuellement) conduit à les faire intervenir de manière transversale, en soutien à l'ensemble des équipes : à l'ELSM de Moselle, deux ISM soutiennent les trois unités territoriales de contrôle et d'avis ainsi que l'unité de traitement du flux. L'objectif de la Cnam est de parvenir à un effectif de 1 000 ISM à l'horizon 2027.

Par ailleurs, alors que 20 % des arrêts de travail concernaient des troubles psychologiques en 2022, le recours à des auxiliaires médicaux spécialisés (infirmiers en psychiatrie, psychologue, etc.) serait pertinent. De manière générale, la diversification des qualifications permettrait d'affiner les contrôles sur diverses professions médicales et spécialités, en les faisant réaliser par des pairs.

⁶⁶ Lettre-réseau de la DDO de janvier 2023.

⁶⁷ Mars 2018

5.3 Des efforts d'optimisation de l'activité dont les résultats insuffisants nécessitent une inflexion stratégique

5.3.1 Une organisation des services à la fois structurée et souple

Alors qu'il s'agit de services déconcentrés de la Cnam, ne disposant pas d'autonomie juridique ni d'une responsabilité autonome, les échelons régionaux et locaux du service sont encadrés par la DDO dans les mêmes conditions que les Cnam qui relèvent d'une tout autre situation juridique. Le médecin-conseil national porte la responsabilité de l'élaboration de la politique de l'assurance maladie dans le domaine médical et dans celui de la santé publique⁶⁸. Il n'a pas d'autorité organique sur les directions régionales du service médical, seulement une autorité fonctionnelle.

La création des nouvelles régions par la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (loi NOTRe) a nécessité des modifications de l'organisation territoriale du service médical en Occitanie, en Nouvelle-Aquitaine, en Auvergne-Rhône-Alpes et en région Grand-Est.

La fusion des DRSM concernées a été conduite de manière séquentielle, par le rapprochement progressif des directions, les élections des représentants du personnel aux CSE organisées en novembre et décembre 2019 puis la convergence des systèmes d'information, achevée au début de 2020. Une aide personnalisée aux salariés et un appui à l'encadrement ont également été mis en œuvre.

Dans les deux DRSM contrôlées concernées par ce processus de fusion, le processus a conduit à des configurations différentes. La fusion a été réalisée en tenant le plus grand compte des choix géographiques et fonctionnels des salariés et, dans les deux cas, a maintenu l'implantation régionale sur deux sites. La nouvelle organisation repose donc en grande partie sur les outils de travail à distance déployés dans le cadre de la crise sanitaire.

L'activité et le fonctionnement des échelons territoriaux du service médical sont très encadrés tout en laissant une certaine autonomie dans leur organisation, en application du modèle « SMMOP » (Service médical : missions, organisation, performance) expérimenté depuis 2016 et encore en déploiement en 2022⁶⁹. Ce dispositif promeut :

- une spécialisation et une centralisation des équipes chargées de traiter des processus requérant une forte expertise ou un pilotage à l'échelle régionale (recours contre tiers-RCT, traitement des flux, relations avec les établissements, lutte contre la fraude, gestion de la relation avec les assurés, etc.) ;
- un "*accompagnement de proximité*" des professionnels de santé par des médecins-conseils, dotés de portefeuilles structurés sur une logique territoriale (les unités territoriales d'accompagnement et d'avis ou UTAA) ; les territoires des UTAA étaient calqués sur ceux des délégués d'assurance maladie (DAM) et ils évoluent pour être en cohérence avec ceux des CPTS.

⁶⁸ Règlement d'organisation de la Cnam

⁶⁹ Dispositif qui va dans le sens des recommandations de l'IGAS (2023) appelant à une plus forte professionnalisation des équipes.

Le modèle est relativement souple et laisse de l'autonomie aux médecins-conseils régionaux.

Certaines unités, comme les UTAA, les unités spécialisées d'accompagnement, ou les unités de gestion de la relation avec le client, constituent le socle de l'organisation des échelons locaux du service médical (ELSM). D'autres peuvent évoluer en fonction du contexte local, tant dans leur organisation que dans leur périmètre d'activités : ainsi, la cellule d'appui au pilotage (CAP), l'unité de prestations spécialisées (UPS) et l'unité de lutte contre la fraude et les abus (ULAF) peuvent être organisées au niveau régional ou en inter-échelons. De ce fait, les organigrammes diffèrent entre les DRSM mais l'articulation fonctionnelle entre les niveaux régional et locaux – qui consiste à désigner un responsable de processus régional pour animer l'action des unités territoriales – est respectée.

L'exemple de l'organisation du recours contre tiers (RCT)⁷⁰, en Auvergne-Rhône-Alpes, illustre la recherche d'optimisation au travers de la structuration des services : ces dossiers sont souvent complexes et demandent une solide expertise. Elle est obtenue par la centralisation régionale, sur le site de Clermont-Ferrand, du pilotage de l'activité et des prestations de neuf ELSM depuis juin 2022. Le pôle local de Lyon réalise l'activité requise par trois départements⁷¹.

Le service médical a aussi fourni des ressources pour les missions constituées au niveau national, notamment pour bâtir et déployer des méthodes de contrôle adaptées sur des activités de soins : c'est le cas, par exemple, des missions nationales sur les centres dentaires et ophtalmologiques, mises en place avec les ARS.

5.3.2 Un encadrement de l'activité aux résultats en demi-teinte

Les DRSM sont destinataires des lettres-réseau et ont été inscrites dans un système de management intégré (SMI) reposant sur la définition de processus au niveau central⁷² ainsi que d'un référentiel d'indicateurs opposables. Le dispositif a fait l'objet d'une refonte récente alléger le travail de fourniture des indicateurs, trop foisonnants et insuffisamment priorités. Le système de management des processus (SMP), applicable au 1^{er} janvier 2023, s'est donc substitué au SMI. Alors que l'ancienne cartographie du SMI identifiait 58 processus, la nouvelle est plus resserrée et est organisée en 13 macro-processus et 39 processus. Elle différencie ces derniers selon leur degré d'importance stratégique : 17 sont considérés comme à fort enjeu stratégique, sont couverts par un référentiel national de processus (RNP) ainsi que par un référentiel d'indicateurs opposables, et font l'objet d'un pilotage national rapproché ; ils constituent le "système de maîtrise socle" (SMS).

Si le dispositif de pilotage apparaît ainsi rigoureux, les résultats obtenus ne font pas l'objet d'analyse par processus alors même que ceux-ci encadrent l'activité. Il serait pourtant utile d'apprécier leurs performances globales et de mesurer les préjudices évités - ou les économies de dépenses réalisées - par processus et par DRSM. La Cnam en convient et indique

⁷⁰ Dans ce processus, le service médical est le seul habilité à déterminer l'imputabilité des prestations et la détermination des frais futurs en cas d'accident causé à un assuré par un tiers. Il s'agit également de détecter les RCT possibles à l'occasion des avis sur prestations

⁷¹ Cette organisation répond à une recommandation de la Cour des comptes de 2017.

⁷² Référentiel national de processus (RNP)

que cette démarche « *fait partie des marges d'amélioration bien identifiées* ». La Cour avait en effet déjà recommandé, en 2017, l'élaboration d'une « *méthode homogène et exhaustive de calcul des dépenses évitées grâce au contrôle médical* ».

Au-delà de cette mesure de l'action du service médical, cette analyse des processus devrait conduire à identifier les éléments qui nuisent à l'efficacité de son action.

Un exemple de pistes à envisager en matière de lutte contre la fraude

En matière de recouvrement de recettes et de lutte contre la fraude, la Cour a relevé plusieurs obstacles à l'efficacité du travail opéré par le service médical. En particulier, l'obligation d'une communication préalable au praticien concerné de la liste de ses patients que le service médical a l'intention d'interroger ou d'examiner (obligation posée par jurisprudence et inscrite à l'article L. 315-1-IV du code de la sécurité sociale) rigidifie les contrôles et fragilise le recueil des preuves ; une procédure dérogatoire de non-information du praticien contrôlé existe en cas de lutte contre la fraude mais la jurisprudence a conduit à annuler les sanctions des abus prises sur ce fondement lorsque les fraudes ne sont pas caractérisées. Il conviendrait de redéfinir les conditions d'information des offreurs de soins pour conforter la gestion du risque tout en ménageant l'information du professionnel dans le cas d'un contrôle de son activité ; en tout état de cause, la nécessité de communiquer au préalable une liste précise des assurés contrôlés ne se justifie pas.

L'activité du service médical est suivie dans le cadre de la Cog, au travers des "contrats pluriannuels de gestion" (CPG) passés entre le siège de la Cnam et les DRSM, ses services déconcentrés. Les CPG sont assortis d'indicateurs mesurant le taux d'atteinte des objectifs de la COG selon les cinq axes définis dans la Cog.

Un classement des 16 DRSM est opéré *a posteriori*. Celui réalisé en avril 2022 pour l'exercice 2021 plaçait en tête la DRSM Auvergne-Rhône-Alpes, suivie de celles d'Occitanie et de Provence-Alpes-Côte d'Azur. La DRSM Grand-Est se situait en quatrième position, la DRSM Bretagne en cinquième.

L'analyse du tableau de bord récapitulatif (TDB CPG) de 2021, centré sur les DRSM, montre toutefois que beaucoup d'indicateurs, comme le nombre de CPTS adhérentes à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) par exemple, ne dépendent pas de l'action du seul service médical mais résultent d'un écosystème qui dépasse le périmètre de l'assurance-maladie.

Quant aux indicateurs de qualité de service, mesurés par les taux de satisfaction des assurés et des professionnels de santé, les résultats n'atteignent pas les objectifs, dans l'ensemble du service médical comme dans les trois DRSM visitées.

En matière d'efficience du service, le taux de mise en invalidité après 30 mois reste trop élevé au niveau national et, si le montant moyen recouvré en RCT par bénéficiaire augmente, il reste en-deçà de l'objectif. De même, le taux d'action à la suite d'un signalement d'arrêts de travail est dans une position intermédiaire entre le socle et l'objectif mais plus proche du premier que du second (en 2021, 33,01 % contre 25 % en socle et 70 % en objectif). L'effet des actions d'incitation à la reprise du travail se situe de même : 52,27 % contre 40 % en socle et 60 % attendus ; 47,76 % en Bretagne, 51,26 % en Grand-Est, 52,88 % en Auvergne-Rhône-Alpes). Les marges de progrès demeurent donc importantes.

5.3.3 Une stratégie de contrôle des indemnités journalières en évolution mais encore insuffisamment performante

Depuis 2012, une stratégie spécifique de contrôle a été mise en place⁷³ pour le traitement des IJ, mis au « cœur de l'activité des DRSM ». L'activité a été orientée sur un contrôle restreint et ciblé des arrêts potentiellement non justifiés et sur un développement de l'incitation des assurés à la reprise du travail.

Des outils ont été mis au service de cette activité : outre l'accélération de la dématérialisation des arrêts de travail⁷⁴ et la généralisation d'un support unique pour toutes les prescriptions d'arrêt (maladie, ALD, AT-MP, maternité, décès d'un enfant ou d'une personne à charge), un algorithme national, dit "requête unique" (RU), déployé hebdomadairement depuis 2019, détecte les assurés dont l'arrêt de travail nécessite une analyse par le service médical⁷⁵ (LR-DDO-194/2018). Une méthode de prise de rendez-vous est intégrée à l'outil de gestion de la relation avec le client, le logiciel Medialog+.

Dans chaque DRSM, un document de référence sert à orienter le traitement de chaque cote (« affaire ») vers le professionnel du service médical le plus adapté.

Une nouvelle application informatique, *Matis*, est en cours de déploiement dans les DRSM et se substitue progressivement à *Hippocrate*. Son alimentation directe et continue par les signalements de la requête unique, son système d'instanciers permettant la saisine concomitante des acteurs concernés selon leur compétence et ses liens avec d'autres outils (suivi de la consommation de soins, outil de dématérialisation des documents⁷⁶, BOAAT) visent à faciliter le contrôle des IJ⁷⁷.

Pour autant, malgré les efforts déployés dont tous n'avaient pas produit leurs effets lors de l'élaboration du présent rapport, les résultats apparaissent décevants.

La dématérialisation, en particulier, rendue obligatoire depuis 2011 (CSS, art. L. 161-35), n'atteignait à la fin de 2021 que 58,89 % des arrêts de travail (mais près de 70 % en 2022, ce qui traduit une dynamique récente qui doit être confortée).

Le tableau de bord de 2022 sur les indemnités journalières regroupe 79 indicateurs issus de différents documents (contrat pluri-annuel de gestion, référentiels nationaux des processus, etc.) dont 63 sont assortis d'une valeur socle (minimale) et d'un objectif. Quinze d'entre eux (23,8 %) sont compris entre la valeur socle et l'objectif, 32 (50,8 %) sont inférieurs à la valeur socle. Les performances enregistrées n'ont pas toutes la même portée car l'objectif et le socle sont plus ou moins exigeants : c'est ainsi que le « *taux d'avis sur arrêt de travail donnés par le SM avant 180 jours pour les assurés admis au bénéfice du L. 324-1 (ALD) exonérant* » est certes insuffisant au regard de l'objectif mais celui-ci a été fixé à 95 % et le résultat de 92,1 % entérine une progression significative par rapport au socle établi à 85 %.

⁷³ Au travers des lettres-réseau LR-DDO-72/2012, LR-DDO-42/2018, LR-DDO-12/2023 et LR-DDO-41/2023).

⁷⁴ Le service en ligne "Avis d'arrêt de travail" permet de prescrire à partir du compte Ameli du professionnel (Amelipro) ou directement depuis son logiciel de gestion de cabinet médical.

⁷⁵ A partir de l'exploitation du "Back Office Avis d'Arrêt de Travail" (BO AAT).

⁷⁶ Dématérialisation et indexation automatique des documents et messages électroniques (diadème).

⁷⁷ Le déploiement de *Matis* étant récent, il n'a pas été possible d'en établir le bilan.

Plusieurs indicateurs révèlent toutefois des performances inférieures aux objectifs fixés :

- le taux d'actions effectives suite au ciblage par la requête unique reste faible (46,2 % alors que l'objectif est fixé à 70 %) ;
- le taux des arrêts de travail pour maladie contrôlés sur la personne avant 180 jours, pour les assurés admis en L. 324-1 (sur les affections de longue durée - ALD) non exonérant atteint 57,3 % alors que le socle est fixé à 70 % et l'objectif à 80 % ;
- le taux des arrêts de travail (risque AT-MP) contrôlés sur la personne entre 0 et 180 jours s'élève à 38,9 % alors que le taux attendu est supérieur à 50 % ;
- le taux d'assurés vus par le service médical à 12 mois du fait générateur d'un arrêt de travail prolongé est de 68,2 % contre 90 % prévus.

Les indicateurs relatifs à la maîtrise de la date de fin d'indemnisation sur l'initiative du service médical sont globalement insuffisants.

5.4 La nécessité d'inflexions plus profondes

5.4.1 Conforter le recentrage de l'activité des praticiens-conseils sur les professionnels de santé

Ces constats conduisent à s'interroger sur l'orientation même de la stratégie mise en œuvre : celle-ci consiste, en effet, à accélérer et à multiplier l'action du service médical en direction des assurés puisque le service médical est mobilisé à partir du flux des arrêts de travail adressés aux CPam.

La faiblesse du suivi par le service médical des arrêts décidés par les médecins traitants confirme la nécessité de recentrer l'activité des praticiens-conseils sur l'analyse des actes de leurs confrères libéraux dans le domaine des indemnités journalières.

Tableau n° 15 : Détail de la répartition des consolidations ou guérisons administratives, par risque

MP	Nombre de Dossiers	Pourcentage
guerison_admin	1383	3,24%
medecin_conseil	35313	82,77%
medecin_traitant	5970	13,99%
Total général	42666	100,00%

AT	Nombre de Dossiers	Pourcentage
guerison_admin	67541	22,15%
medecin_conseil	67777	22,23%
medecin_traitant	169636	55,63%
Total général	304954	100,00%

TR	Nombre de Dossiers	Pourcentage
guerison_admin	13563	29,36%
medecin_conseil	11125	24,09%
medecin_traitant	21500	46,55%
Total général	46188	100,00%

NB : « guérison administrative » opérée par la caisse, en l'absence de certificat médical et en l'absence de soins pendant plus de six mois ; « médecin traitant » correspond à une guérison ou à une consolidation prononcée par le médecin traitant (sur le fondement d'un certificat médical final)

Source : Cnam.

Si, dans le cadre de la stratégie actuelle de contrôle des indemnités journalières au travers des arrêts de travail – et donc des prestations servies aux assurés – la performance n'est pas mesurée en termes de dépenses évitées, il convient de souligner les montants substantiels d'économies réalisées grâce à la démarche "d'accompagnement gradué" (pour autant que l'expression soit appropriée à une activité de contrôle) des médecins dans leur prescriptions d'arrêt de travail - depuis les échanges confraternels jusqu'à la mise sous accord préalable (MSAP), en passant par la mise sous objectif (MSO), procédures instaurées en 2013⁷⁸.

Une campagne de ciblage est lancée chaque année au sujet des prescriptions réalisées par les médecins généralistes libéraux : entre 500 et 1 000 de ces prescripteurs sont identifiés comme les plus atypiques dans leurs prescriptions d'IJ. Les résultats de ce ciblage national sont ensuite affinés localement, en fonction des actions déjà éventuellement entreprises ou du contexte local, pour établir un programme d'intervention auprès de ces médecins. Le bilan des dernières campagnes montre des résultats très significatifs, dès le niveau 1 d'intervention (l'entretien préalable).

⁷⁸ CSS, art. L. 162-1-15 et R. 148-1 à 9 : « Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après que le professionnel de santé a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'article L. 114-17-2 (commission des pénalités), à laquelle participent des professionnels de santé, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture d'actes, produits ou prestations, frais de transport ou versement des indemnités journalières. Il peut également proposer au professionnel de santé un objectif de réduction de ses prescriptions ou réalisations. »

Tableau n° 16 : Estimation des économies réalisées par campagne

	Population de médecins	Population 1 : MG avec entretien préalable et effet positif	Population 2 : MG avec entretien préalable et entretien d'alerte	Population 3 : MG avec entretien préalable et procédure MSO- MSAP	TOTAL
Campagne 2018-2019	Nombre de MG	284	78	41 (dont 37 en MSO)	403
	Montant total des économies (sur 18 mois / 15 mois)	47 540 824 €	6 637 586 €	4 232 396 €	59 257 285 € ⁽¹⁾
	Montant moyen des économies par MG et par mois	9 300 €	4 728 €	6 882 €	8 169 € ⁽²⁾
Campagne 2017-2018	Nombre de MG	202	170	97 (dont 76 en MSO)	469
	Montant total des économies (sur 18 mois)*	31 668 999 €	15 123 759 €	15 247 846 €	62 040 604 €
	Montant moyen des économies par MG et par mois	8 710 €	4 942 €	8 733 €	7 349 €
Campagne 2016-2017	Nombre de MG	364	163	86 (dont 47 en MSO)	613
	Montant total des économies (sur 18 mois)	36 249 090 €	9 813 775 €	13 188 123 €	59 250 988 €
	Montant moyen des économies par MG et par mois	5 241 €	3 169 €	8 519 €	5 370 €
Campagne 2015-2016	Nombre de MG			433 (dont 391 en MSO)	433
	Montant total des économies (sur 17 mois)			56 475 119 €	56 475 119 €
	Montant moyen des économies par MG et par mois			7 672 €	7 672 €

Nota : Le montant total d'économies est égal à la somme des montants des économies, calculées sur 18 mois, pour les populations 1 et 2 et du montant des économies extrapolé sur 18 mois pour la population 3 ; le calcul du montant moyen des économies par MG et par mois prend en compte ce montant total extrapolé pour la population 3.

Source : Cnam

La crise sanitaire a suspendu cette démarche qui n'a été réactivée qu'en 2023, dans une logique renforcée de surveillance graduée des médecins surprescripteurs d'arrêts de travail. Fin mai-début juin 2023, près de 1 000 médecins (2 % des médecins généralistes) ont ainsi été destinataires d'une lettre sollicitant des explications sur le niveau élevé de leurs prescriptions d'IJ par patient actif, avant éventuel enclenchement de la procédure de MSO. À l'issue de la procédure, plus de 400 médecins ont accepté la MSO. Les médecins qui l'ont refusée se sont vu imposer par le directeur de la CPam une procédure de mise sous accord préalable (MSAP), après saisine pour avis de sa commission des pénalités. Ces MSAP, d'une durée initiale de six mois, ont débuté le 1^{er} septembre 2023.

A cette procédure s'est ajoutée une campagne d'entretiens d'alerte réalisés par le service médical à destination de 5 000 autres médecins ayant prescrit un nombre élevé de jours d'arrêts de travail rapporté au nombre de patients actifs. Ces entretiens peuvent être suivis d'un dialogue entre pairs débouchant sur la mise en place d'actions correctrices.

Les montants identifiés soulignent l'intérêt de contrôler les IJ à partir des prescripteurs. Toutefois, la lourdeur de la procédure et le temps de praticiens-conseils mobilisé par la mise sous accord préalable (MSAP) – le service médical étant conduit à accepter chaque arrêt de travail prescrit par un médecin – plaident pour privilégier le recours aux mises sous objectif (MSO). Cette mesure nécessite de revenir sur la capacité actuelle d'un prescripteur de refuser une MSO.

La conduite de ces démarches de MSO et de MSAP doit être confortée, au regard des performances des campagnes antérieures. C'est ce qu'a prévu la LFSS pour 2024.

Mesures prévues par la LFSS pour 2024 (art. 63)

Le code de la sécurité sociale, art. L. 162-1-15, a été modifié pour simplifier la procédure de mise sous objectif (MSO) et de mise sous accord préalable (MSAP) applicable aux IJ. L'objectif de l'article 63 est de « *diminuer les arrêts de travail non justifiés en améliorant et en facilitant les contrôles sur les prescripteurs et les assurés* ».

En premier lieu, la LFSS a étendu la procédure de MSO-MSAP aux centres de santé et aux plateformes de téléconsultation, seuls des professionnels de santé considérés individuellement pouvant précédemment faire l'objet de ces procédures.

En second lieu, elle a supprimé l'avis obligatoire de la commission des pénalités financières, et de la procédure contradictoire avec le professionnel qu'il supposait, avant la décision de MSO ou MSAP par le directeur de la CPam, de manière à simplifier et à raccourcir la procédure. La contradiction pourra désormais être organisée directement devant le directeur de la CPam.

Comme ces constats le montrent dans le domaine des indemnités journalières, il apparaît plus pertinent pour le service médical d'accorder, s'agissant des contrôles, la priorité aux professionnels de santé, notamment des médecins, prescripteurs de soins, d'arrêts de travail et de produits de santé, plutôt qu'à leur patientèle. La réorientation de l'activité des praticiens-conseils sur le contrôle des prescripteurs pourrait être renforcée, tout en poursuivant et en confortant l'action des ISM et des CSAM en direction des assurés.

5.4.2 La réorientation des contrôles nécessite la mise en œuvre de mesures et d'outils adaptés

La Cog 2023-2027 inclut un engagement de l'Etat à « *favoriser les évolutions législatives nécessaires au renforcement des contrôles et des sanctions à l'encontre des professionnels de santé et des établissements* ». Cette perspective est nécessaire.

En effet, la faiblesse des sanctions⁷⁹ prononcées nuit sensiblement à l'utilité du dispositif : lors de la campagne 2018-2019, 25 des 37 médecins sous MSO ont atteint l'objectif fixé. Parmi les 12 autres, trois seulement se sont vus infliger des pénalités d'un montant compris entre 500 € et 6 848 €. Quant aux procédures de MSAP, leur mise en œuvre n'entraîne en définitive aucune sanction du médecin, ni des assurés – seulement la reprise du paiement indu par l'assurance maladie – sauf en cas de récurrence pour le prescripteur si, toutefois, celui-ci exerce encore dans le même ressort.

Sous un angle de vue plus large, la régulation des indemnités journalières ne saurait reposer sur le seul service du contrôle médical. Outre la responsabilisation nécessaire des prescripteurs, il convient de rappeler que la gestion des arrêts de travail repose sur l'action des employeurs au travers des services de santé au travail mais, aussi et plus ponctuellement, au travers de leur capacité à faire contrôler les arrêts de travail de leurs salariés (L. 1226-1 du code du travail). Les employeurs peuvent, en effet, faire pratiquer une contre-visite médicale au domicile de l'assuré par le médecin de leur choix. Dans ce cas, le service médical intervient en

⁷⁹ Qui est un des thèmes de progression de la future COG.

second niveau (article L. 315-1 du CSS⁸⁰). Face à l'augmentation des arrêts de travail et à sa relation, établie, avec le vieillissement de la population, l'action du service médical doit être repensée dans un cadre plus global de gestion de la santé des salariés.

Le contrôle des arrêts de travail devrait aussi bénéficier d'outils d'exploration de données (« datamining » ou IA⁸¹). Dans le champ du contrôle médical, les seuls travaux effectués par la Cnam ont été réalisés avec l'Ecole Polytechnique afin d'élaborer un outil d'analyse et de visualisation ("mapping") pour lutter contre le trafic de médicaments. Cet outil met en évidence des groupes de professionnels de santé (médecins prescripteurs ou pharmaciens) liés entre eux par leur patientèle commune et permet d'identifier d'éventuelles "bandes organisées". Diffusé au réseau des organismes locaux en fin d'année 2022, son effet reste à mesurer. En tout état de cause, la mise en œuvre d'outils de telle nature mérite d'être renforcée.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'analyse des activités du service médical met en évidence une augmentation des demandes d'interventions. Dans un contexte de raréfaction de la ressource humaine en raison des difficultés de recrutement, notamment de médecins-conseils, le service médical a engagé des évolutions importantes.

Celles-ci sont encore insuffisantes. Une inflexion plus profonde consisterait à orienter en priorité les contrôles – y compris celui des indemnités journalières – vers les prescripteurs et les professionnels de santé, avec un soutien technologique adéquat, en conformité d'ailleurs avec les textes législatifs définissant les missions fondamentales du service médical. Cette réorientation serait de nature à mettre en correspondance de manière plus pertinente les moyens humains et les enjeux financiers du contrôle.

Recommandation n° 6 : (Cnam) orienter le contrôle médical en priorité sur les prescripteurs et les professionnels de santé.

⁸⁰ « Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de quarante-huit heures. Le rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné. Au vu de ce rapport, ce service :

« 1° Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ;

« 2° Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré ».

⁸¹ La prochaine COG mentionne l'automatisation d'un certain nombre de tâches de détection

CONCLUSION

La Cnam concilie deux fonctions qui nécessitent des services et une organisation particulière : celle de tête de réseau de l'assurance maladie et du régime des accidents du travail et maladies professionnelles, d'une part, celle de garante de la pertinence médicale des actions de prévention et de remboursement des soins au travers du service médical implanté sur l'ensemble du territoire, auprès des caisses principales d'assurance maladie, d'autre part.

La fonction de tête de réseau, animatrice et pourvoyeuse de doctrine et de moyens financiers, humains, informatiques notamment, à l'échelle de l'ensemble de l'assurance maladie, des Cnam et Carsat, fait naturellement l'objet de toutes les attentions des tutelles par les enjeux qui s'attachent à ces missions, en termes de santé de la population et d'économie à l'échelle nationale. Les fonctions propres à l'établissement public, support de ces diverses missions, ou opérationnelles dans le cas du service médical, passent non moins naturellement au second plan. Pour autant, ces dernières ne peuvent pas être négligées puisqu'elles contribuent aussi au bon fonctionnement de l'ensemble de l'assurance maladie, au travers, en particulier, du service médical mais, aussi, de la mutualisation de certaines fonctions administratives comme les achats. Aujourd'hui, le service médical, au cœur des nécessités de contrôle de la dépense, demeure dans une position hybride, détaché des Cnam mais distinct du siège alors qu'il devrait être clairement incorporé à l'établissement public, conformément aux textes législatifs.

Deux points appellent une vigilance particulière :

- la nécessité de faire converger le fonctionnement de directions très structurées, aux finalités spécifiques, par le renforcement du cadre collaboratif et du contrôle interne, incluant le service médical ;
- une définition précise et adaptée aux enjeux du système de santé des périmètres d'action respectifs de la Cnam, des directions d'administration centrale du ministère et des autres organismes (notamment le HDH).

ANNEXES

Annexe n° 1. Nature et montant des achats de prestations intellectuelles sur la période 2012-2022 (montants en euros)

<i>Nature des prestations</i>	Montant (€)
<i>Assistance technique applicative</i>	353 093 465
<i>Tierce maintenance applicative</i>	241 871 217
<i>Assistance technique d'infrastructure</i>	105 613 245
<i>Assistance à maîtrise d'ouvrage</i>	104 148 867
<i>Assistance à maîtrise d'œuvre</i>	46 122 614
<i>Intégration de système (paramétrage de solutions progiciels)</i>	8 772 253
<i>Hébergement d'infrastructure</i>	5 923 503
<i>Conseil en organisation spécifique aux processus du SI</i>	5 578 660
<i>Equipements actifs de réseaux de télécommunication</i>	4 470 617
<i>Audit expertise au profit des projets</i>	748 424
<i>Médical</i>	544 230
<i>Etudes médico économiques spécialisées</i>	195 324
<i>Ingénierie de systèmes</i>	84 962
<i>Organisation</i>	47 820
<i>Assistance à maîtrise d'ouvrage et création de sites web</i>	29 412
<i>Conseil en organisation</i>	29 400
<i>Conseil en communication interne</i>	27 000
<i>Prestations d'organisation de colloques</i>	14 832
<i>Travaux graphiques de communication (logos, chartes)</i>	2 760
TOTAL	877 318 606

Source : plan des achats

Annexe n° 2. L'activité de contrôle des indemnités journalières des DRSM

Analyse des indemnités journalières par la Cnam

67 % des dépenses proviennent de prescriptions de médecins généralistes libéraux, 17 % des spécialistes libéraux et 16 % des établissements.

29 % des dépenses concernent le risque AT-MP

L'évolution du montant indemnisé est principalement relié à une augmentation du nombre de jours prescrits (l'effet du tarif est moins important).

Les arrêts de plus de six mois représentent 6 % des prescriptions et 44 % du poste IJ. Les arrêts de moins de 45 jours représentent 46 % de prescriptions et 4 % du poste IJ.

Depuis 2014, on observe une forte augmentation des arrêts de longue durée en rapport avec une ALD non exonérante (ALD NE) alors que le chiffre des arrêts en ALD exonérante du ticket modérateur (ALD ETM) est stable. Cela conduit depuis 2016 à un plus grand nombre d'arrêts en longue durée en ALD NE que ceux en ALD ETM (inversion du rapport).

Depuis 2012, une stratégie de contrôle a été mise en place (lettres-réseau LR-DDO-72/2012, LR-DDO-42/2018, LR-DDO-12/2023 et LR-DDO-41/2023) ; elle a intégré de nouveaux outils à différents niveaux (législatif et réglementaire, organisationnel, procédural).

La réglementation a évolué sur deux points :

- la loi de modernisation de notre système de santé de 2016⁸² a modifié l'article L. 324-1 du CSS en supprimant l'examen spécial du bénéficiaire, conjointement par le médecin traitant et par le médecin-conseil de la sécurité sociale, en vue de déterminer le traitement, et en donnant la possibilité au service médical d'ouvrir une ALD NE sans avoir à recourir au protocole de soins ;
- les médecins sont désormais tenus de mentionner sur les documents destinés au service du contrôle médical de la caisse les "*éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail*" (article L. 162-4-1 du CSS).

En termes d'organisation :

- interne au réseau, le déploiement du système de management intégré () et du référentiel national de processus pour les indemnités journalières (RNP IJ) en 2015 a pour objectif d'articuler les interventions des services administratifs et médicaux ;
- au sein du service médical, l'organisation des unités techniques d'accompagnement et d'avis (UTAA) pluridisciplinaires (médecins-conseils, infirmiers du service médical, conseillers "service" de l'assurance maladie,, techniciens du service médicalISM, CSAM et TSM) sur le traitement des arrêts de travail.

En termes procéduraux : la stratégie a été orientée sur un contrôle restreint et ciblé des arrêts potentiellement non justifiés et sur un développement de l'incitation des assurés à reprendre le travail (actions sur la maîtrise des entrées en longue durée et interventions auprès de l'assuré en arrêt de travail de longue durée, avec l'aide, notamment, des CSAM). En direction des prescripteurs, elle recouvre la mise en place d'une surveillance graduée, des

⁸² loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 article 198

échanges confraternels à la mise sous accord préalable (MSAP) en passant par la mise sous objectif (MSO), étapes instaurées en 2013.

Mise sous accord préalable (MSAP)

La CPAM peut, pendant six mois au maximum, subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical les prescriptions du médecin concerné s'il prescrit plus d'arrêts de travail (en nombre ou en durée) que ses confrères de la même région dont le domaine d'activité est comparable. D'éventuelles sanctions financières peuvent être imposées au médecin.

Une lettre est adressée à tout assuré présentant une prescription d'arrêt de travail d'un médecin mis sous accord préalable, pour le prévenir des conditions particulières de prise en charge de sa prescription.

Mise sous objectif (MSO)

La CPAM peut, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au médecin – en alternative à la procédure de mise sous accord préalable (MSAP) – de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions dans un certain délai. En cas de refus du médecin, la caisse poursuit la procédure de MSAP. D'éventuelles sanctions financières peuvent être imposées au médecin.

Chaque année, une nouvelle campagne de MSO-MSAP est lancée. Elle concerne les médecins généralistes libéraux dont les prescriptions d'indemnités journalières (IJ) sont les plus éloignés de la moyenne.

Tableau n° 1 : Nombre de médecins fortement atypiques sur leurs prescriptions d'IJ

Année de campagne	Nombre de médecins
2013-2014	521
2014-2015	669
2015-2016	543
2016-2017	824
2017-2018	693
Année de campagne	Nombre de médecins
2018-2019	596
2019-2020	494
2020-2021	1039
2021-2022	823

Source : Cnam - Critères « nombre IJ » et/ou « IJ/consultation »

Après ce premier ciblage au niveau national, le programme est aménagé localement en fonction des actions déjà entreprises et en tenant compte du contexte local. Un entretien préalable est systématiquement organisé, depuis 2016, et contribue à réduire les prescriptions réalisées.

Tableau n° 2 : Estimation des économies réalisées par campagne

	Population de médecins	Population 1 : MG avec entretien préalable et effet positif	Population 2 : MG avec entretien préalable et entretien d'alerte	Population 3 : MG avec entretien préalable et procédure MSO- MSAP	TOTAL
Campagne 2018-2019	Nombre de MG	284	78	41 (dont 37 en MSO)	403
	Montant total des économies (sur 18 mois / 15 mois)	47 540 824 €	6 637 586 €	4 232 396 €	59 257 285 € ⁽¹⁾
	Montant moyen des économies par MG et par mois	9 300 €	4 728 €	6 882 €	8 169 € ⁽²⁾
Campagne 2017-2018	Nombre de MG	202	170	97 (dont 76 en MSO)	469
	Montant total des économies (sur 18 mois)*	31 668 999 €	15 123 759 €	15 247 846 €	62 040 604 €
	Montant moyen des économies par MG et par mois	8 710 €	4 942 €	8 733 €	7 349 €
Campagne 2016-2017	Nombre de MG	364	163	86 (dont 47 en MSO)	613
	Montant total des économies (sur 18 mois)	36 249 090 €	9 813 775 €	13 188 123 €	59 250 988 €
	Montant moyen des économies par MG et par mois	5 241 €	3 169 €	8 519 €	5 370 €
Campagne 2015-2016	Nombre de MG			433 (dont 391 en MSO)	433
	Montant total des économies (sur 17 mois)			56 475 119 €	56 475 119 €
	Montant moyen des économies par MG et par mois			7 672 €	7 672 €
Campagne 2014-2015	Nombre de MG			512 (dont 456 en MSO)	512
	Montant total des économies (sur 16 mois)			73 123 580 €	73 123 580 €
	Montant moyen des économies par MG et par mois			8 926 €	8 926 €

(2) Le montant total d'économies est égal à la somme des économies calculées sur 18 mois, pour les populations 1 et 2, et du montant des économies extrapolé sur 18 mois, pour la population 3. Le calcul du montant moyen des économies par médecin généraliste (MG) et par mois prend en compte ce total extrapolé pour la population 3
Source : Cnam

La crise sanitaire a suspendu cette forme d'actions mais les bilans des campagnes précédentes montrent l'utilité de la démarche par la diminution des prescriptions. Ils font apparaître aussi la portée des entretiens préalables et confirment leur pertinence, dans la mesure où ils sont moins consommateurs de temps pour les médecins-conseils (notamment en MSAP).

En revanche, les bilans des pénalités financières imposées aux médecins (CSS, art. L. 162-1-14 et suivants) révèlent leur caractère insuffisamment dissuasif.