



# Le service public de Sécurité sociale

## Zoom sur les conventions d'objectifs et de gestion





*L'heure où la Sécurité sociale, comme l'ensemble des acteurs publics, doit faire face à un défi financier inédit, les « Conventions d'objectifs et de gestion » (COG) ont pour ambition de permettre aux usagers de bénéficier des performances d'un service fiable et moderne, en recherchant constamment les conditions d'une plus grande efficacité.*

*Cette ambition s'illustre particulièrement dans la dernière génération de conventions. La Sécurité sociale fait preuve d'innovation en adaptant ses organisations, développe, en parallèle des métiers traditionnels, des fonctions nouvelles, notamment en matière de gestion du risque ou de lutte contre la fraude, et améliore encore le service rendu à l'appui des technologies les plus récentes et de partenariats inter-régimes renouvelés.*

*Ces évolutions ne sont permises que grâce à la mobilisation de l'ensemble des personnels des organismes de sécurité sociale qui doivent bénéficier d'une gestion renouvelée des ressources humaines, d'offres nouvelles de formation et de mobilité professionnelles.*

*Forts de la confiance qu'ils ont dans les organismes locaux, l'État et les caisses nationales s'engagent résolument dans cette dynamique de performance et d'innovations qui permettront à la Sécurité sociale de poursuivre sa contribution majeure à la modernisation des services publics et de remplir sa mission fondamentale au cœur du pacte républicain au service de tous les Français.*

**Dominique LIBAULT**  
Directeur de la Sécurité sociale



## ACTUALITÉ DU SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

### LE SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN QUELQUES CHIFFRES

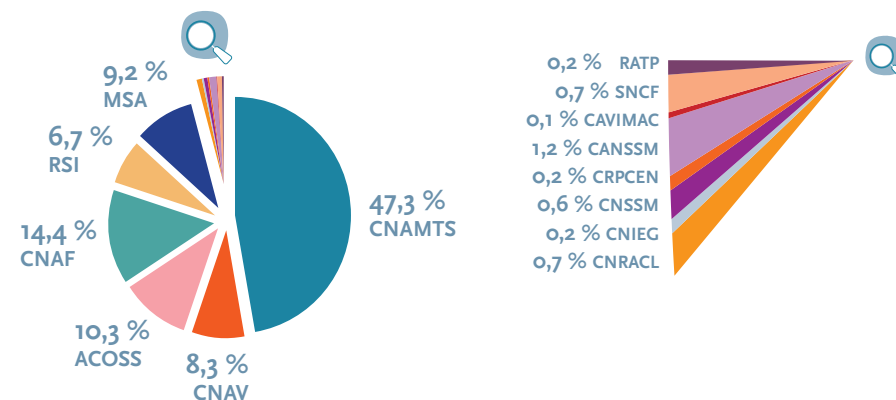
#### Une forte sollicitation...

- > 400 milliards d'euros de prestations servies :
  - l'intégralité de la population couverte par l'assurance maladie;
  - 15 millions de retraités perçoivent chaque mois leur pension de retraite;
  - 11,7 millions de personnes reçoivent mensuellement des prestations d'un organisme délivrant des prestations familiales, soit plus de 30 millions de bénéficiaires couverts au total
- > 360 milliards d'euros recouverts :
  - plus de 8 millions de cotisants acquittent leurs obligations chaque mois ou chaque trimestre
- > 1,085 milliard de feuilles de soins électroniques adressées aux caisses d'assurance maladie
- > 67,5 millions de courriers reçus par les CAF
- > 34 millions de visites dans les CPAM, 19 millions dans les CAF
- > 37,2 millions d'appels dans les CAF, 28 millions en CPAM, 6,5 millions en URSSAF
- > 5 millions de connexions mensuelles sur www.ameli.fr: 6 millions de particuliers y ont ouvert un compte
- > 38 millions de visites par an sur les sites internet des URSSAF

#### ... du service public de la Sécurité sociale

- > 186 800 agents en équivalent temps plein pour l'ensemble de la Sécurité sociale
- > 12,5 milliards d'euros de frais de gestion en 2009, tous régimes confondus, dont 10 milliards d'euros pour le régime général. L'évolution des dépenses de gestion du régime général 2009-2010 est contenue à + 0,7 %

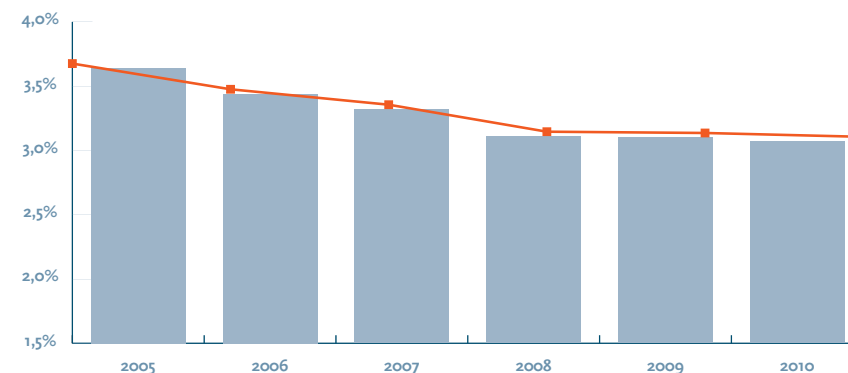
### Le poids respectif des organismes de sécurité sociale dans les dépenses totales de gestion administrative en 2009



Lecture: les dépenses de gestion administrative du réseau CNAF représentent 14,4 % des dépenses de gestion administrative des organismes ayant une COG.

Source: Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2010

### La gestion administrative du régime général



Lecture: en 2010, les dépenses de gestion administrative du régime général (dont investissement) représentent 3,07 % des dépenses totales du régime général, contre 3,64 % en 2005.

Source: rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2007 et septembre 2010

## UN SOCLE DE PERFORMANCE TOUJOURS AU RENDEZ-VOUS

- > 81 % des Français satisfaits du service public de sécurité sociale, qui se place au 3<sup>e</sup> rang des services publics (mesure Institut Paul Delouvrier)
- > 86 % de visiteurs reçus en moins de 20 minutes dans les CAF
- > 91 % de visiteurs reçus en moins de 20 minutes dans les CPAM
- > Près de 94 % des minima sociaux traités en moins de 10 jours dans les CAF
- > 95 % des entreprises satisfaites du traitement de leur déclaration annuelle des données sociales (DADS)
- > 92,5 % de satisfaction pour les 4,3 millions d'appels sortants réalisés par la branche retraite
- > 99 % des comptes cotisants mis à jour dans un délai de 10 jours en 2009 pour le réseau des URSSAF

## DE NOUVEAUX AXES DE PERFORMANCE PORTÉS PAR LES COG RÉCENTES

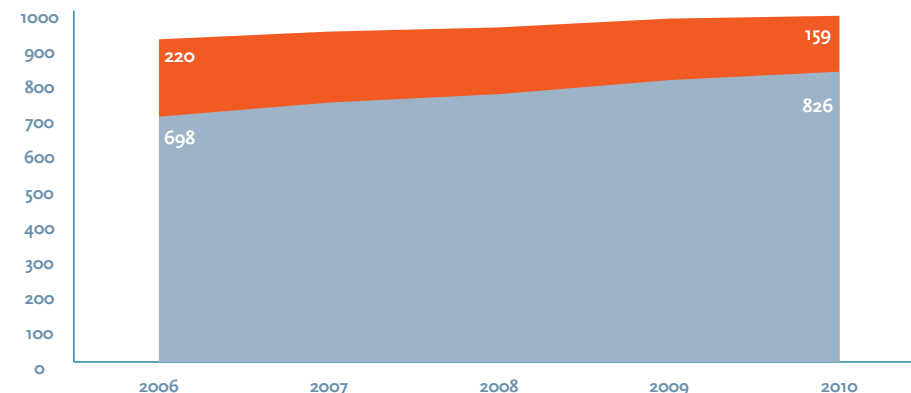
### LA DÉMATÉRIALISATION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS

Outre le développement de sites internet dédiés aux différents usagers ou l'ouverture d'espaces personnalisés «mon compte», les organismes se sont fermement engagés dans la modernisation de leurs outils, en s'appuyant largement sur la dématérialisation.

### Si les feuilles de soins électroniques sont les plus connues du grand public...

Ces feuilles de soins sont remboursées en 3,3 jours en moyenne et 90 % d'entre elles le sont en moins de 7 jours.

### Évolution du nombre de feuilles de soins électroniques et papier dans les CPAM



■ Feuilles de soins électroniques

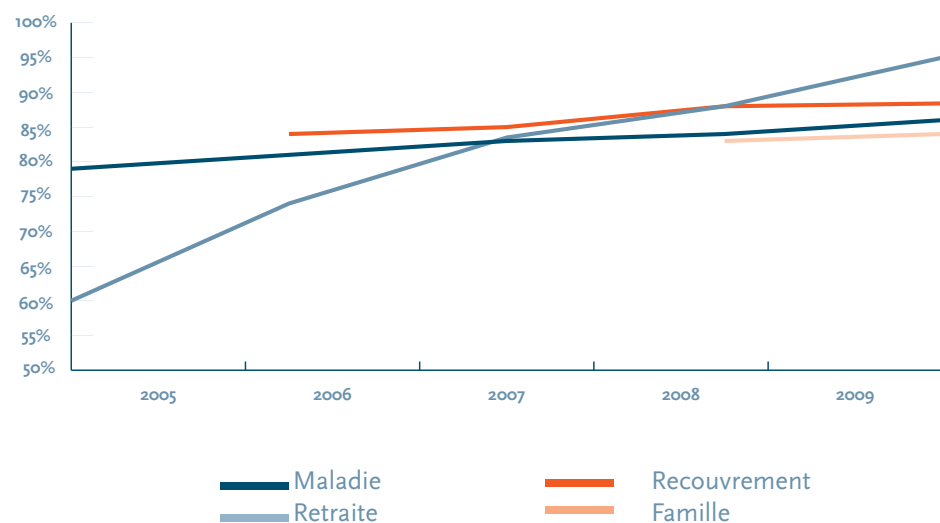
■ Feuilles de soins papier

Lecture : en 2010, on dénombrait à la CNAMTS 826 millions de feuilles de soins électroniques, contre 159 millions de feuilles de soins papier.

Source : CNAMTS

## ... la dématérialisation progresse dans tous les domaines

Indicateurs de dématérialisation par branche



### Lecture :

- La part des déclarations annuelles récapitulatives des salaires (DADS), détaillées par salarié, fournies sous forme dématérialisée par les entreprises à la branche retraite est passée de 60 % en 2005 à 95 % en 2009.
- La part des paiements aux URSSAF (en montant) réalisée par voie dématérialisée est passée de 83,5 % en 2005 à 88,4 % en 2009.
- Le taux de feuilles de soins électroniques de la branche maladie est passé de 79 % en 2005 à 86 % en 2009.
- Le taux de collecte dématérialisée des données sur les ressources de la branche famille directement auprès des impôts s'élève à 84 % en 2009. Avant la mise en place de cet échange, seulement 35 % des allocataires renseignaient leurs ressources en ligne.

Source : Tableaux de bord de la performance de la Sécurité sociale 2006-2010 et indicateurs COG de la branche recouvrement

## LE RENFORCEMENT DE LA MAÎTRISE DES RISQUES ET DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Les COG récentes ont donné toute leur place à la démarche globale de maîtrise des risques et accentué les actions de lutte contre la fraude :

- 400 000 visites des délégués de l'assurance maladie auprès des professionnels de santé contribuent aux 500 millions d'euros d'économies liées à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ;
- mise en place d'une procédure spécifique « carrière à risques » dans la branche retraite ;
- renforcement des actions de certification des numéros d'inscription au répertoire (NIR) et mise en place du Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), fédérant la quasi-totalité des organismes de protection sociale ;
- 163 millions d'euros redressés au titre du travail dissimulé, 85,6 millions d'euros de fraudes aux prestations de la branche famille en 2009 pour 11 733 fraudes recensées, plus de 500 millions d'euros économisés au titre de la fraude depuis 2005 en assurance maladie, soit l'équivalent du montant de la prise en charge de plus de 250 000 assurés pendant un an.

## UN ENJEU FORT SUR LE PILOTAGE DES MOYENS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Face à ces activités toujours en développement, les réseaux ont fait évoluer et continuent d'adapter leur organisation pour une meilleure efficacité des moyens :

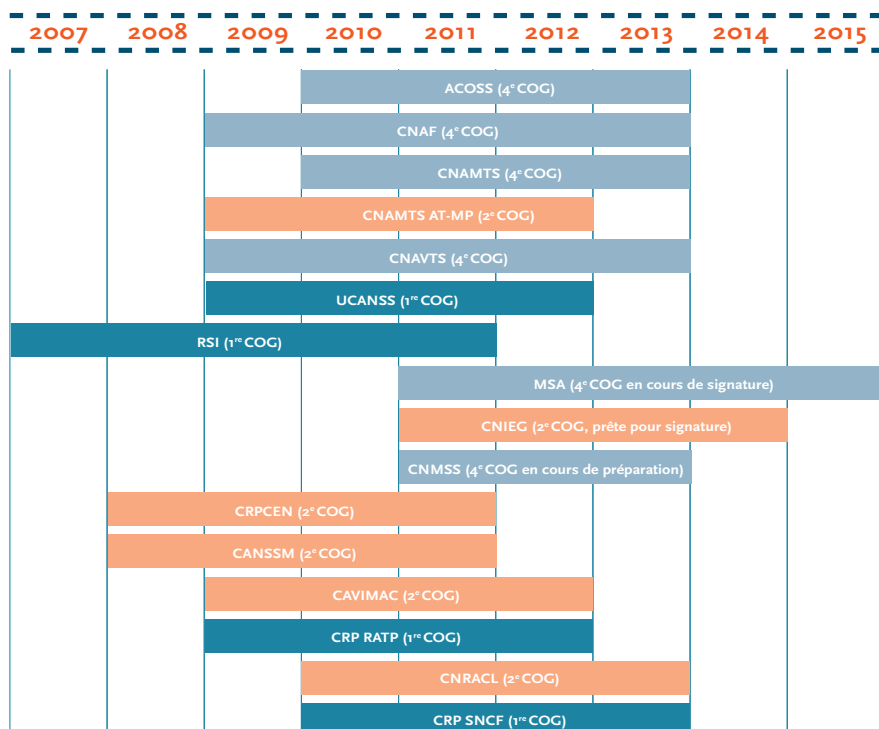
- 101 CPAM contre 128 en 2007 ;
- 88 URSSAF en cours de régionalisation qui formeront 22 organismes ;
- bientôt 101 CAF contre 123 en 2007 ;
- 35 caisses de MSA contre 78 en 2002 ;
- 30 caisses de RSI depuis la création du régime, contre 91 organismes auparavant.



## LES COG : UN PILOTAGE NATIONAL DÉCLINÉ AU PLAN LOCAL

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) ont été instituées par les ordonnances du 24 avril 1996. Elles sont conclues entre l'État et les principaux régimes de sécurité sociale. Elles sont signées pour une durée généralement de quatre ans par le président et le directeur de la caisse concernée ainsi que par les ministres de tutelle.

### Les différentes générations de COG



## LES VOIES DE PROGRÈS INSCRITES DANS LES COG

### Les thèmes récurrents

Dans toutes les COG, quelle que soit la génération, l'accent est mis sur :

- la **qualité de service à l'utilisateur** : pour une amélioration de la qualité des services, dans un contexte où les missions se diversifient de plus en plus ;
- la **démarche de performance** : avec la diminution des coûts et la maîtrise des dépenses de gestion dans un contexte budgétaire très contraint ;
- la **simplification des démarches** : afin de faciliter la vie de l'utilisateur tout en améliorant la qualité du service rendu.

Les COG se construisent donc selon un processus de stratification, qui permet de consolider les objectifs précédemment fixés, tout en ajoutant de nouvelles cibles. La 4<sup>e</sup> génération a confirmé la poursuite des objectifs précédents et favorisé l'émergence de nouveaux thèmes (développement durable, politique immobilière, etc.).

### La lutte contre les fraudes

Les COG actuelles illustrent une prise de conscience grandissante des enjeux liés à la lutte contre la fraude : défendre notre système de protection sociale fondé sur la solidarité, contribuer à garantir son financement, et ce, dans un contexte marqué par de fortes contraintes pesant sur nos finances publiques, préserver le jeu normal de la concurrence entre les entreprises et le respect des droits des salariés.

À la différence des premières COG dans lesquelles la lutte contre la fraude était plutôt appréhendée comme un sous objectif de la politique de maîtrise des risques, les COG actuelles dites de 4<sup>e</sup> génération comprennent toutes des engagements spécifiques en matière de lutte contre la fraude avec des objectifs chiffrés plus exigeants tant en termes de détection de la fraude (exemples : taux de détection des fraudes pour 100 000 allocataires dans la COG CNAF, montants des redressements notifiés au titre de lutte contre le travail dissimulé dans les COG ACOSS et MSA) qu'en termes de sanction (exemple : nombre de pénalités financières notifiées par les directeurs dans la COG CNAMTS) ou de recouvrement des indus frauduleux et des redressements (exemple : taux de résorption des indus frauduleux dans la COG CNAV). Sans oublier les actions de communication et de prévention, ainsi qu'une meilleure prise en compte des fraudes transnationales.

Parmi les nombreux engagements contractuels souscrits en matière de lutte contre la fraude, on peut discerner plusieurs grands axes transversaux : la professionnalisation des agents en charge des contrôles et des méthodes de ciblage et d'investigation, le renforcement du pilotage, ainsi que l'adaptation des systèmes d'information et le développement des croisements de fichiers permettant aux actions de lutte contre la fraude de gagner en efficacité et en efficience, et de concilier renforcement des contrôles et simplification des démarches administratives.

Depuis 2006, près de 1,3 milliard de fraudes ont été détectées par les organismes de sécurité sociale (en cumulé, pour toutes les branches).

## La gestion du risque

La gestion du risque a également pris une place de premier plan et se trouve aujourd'hui au cœur de la 4<sup>e</sup> génération de COG. L'objectif consiste à réduire les dépenses indues, améliorer l'efficience et la qualité, et renforcer la fiabilité des données pour le traitement des droits des usagers.

La politique de gestion du risque s'organise autour de trois grands axes :

- le premier consiste à harmoniser la qualité du service rendu, c'est-à-dire garantir l'accès aux soins des assurés et réduire les inégalités de santé pour la branche maladie, renforcer le paiement des prestations à bon droit pour la branche retraite, harmoniser le service rendu sur le territoire tout en améliorant le niveau et la qualité de réponse aux attentes des usagers pour la branche famille et développer une politique active et précoce de sécurisation juridique dans l'application de la réglementation du recouvrement ;
- le deuxième vise de manière générale à placer les assurés au cœur de l'activité, que ce soit dans la branche maladie où l'assuré devient pleinement acteur de sa santé, ou dans la branche recouvrement où le respect des obligations sociales des cotisants est favorisé par une politique de services étendue et par le développement de la politique amiable ;
- le troisième s'oriente vers le renforcement des partenariats inter-branches, pour la sécurisation des données et une meilleure prise en charge globale de l'assuré.

Enfin depuis l'année 2006, les comptes combinés de branche ou de régime de la Sécurité sociale doivent être certifiés devant le Parlement. La production de comptes certifiables, largement fondée sur la qualité de la maîtrise du risque, est donc un enjeu essentiel depuis les COG de la 3<sup>e</sup> génération, et qui a été confirmé dans la 4<sup>e</sup> génération.

## Les simplifications

Simplifier les démarches et faciliter la vie de l'usager : cette nouvelle dimension apparaît dans la dernière génération des COG, avec pour objectif final de fluidifier la relation avec l'assuré, tout en veillant à la qualité du service rendu, et donc d'augmenter la satisfaction globale.

Les évolutions technologiques récentes ont permis notamment de dématérialiser un certain nombre de procédures, avec des initiatives diverses prises par les branches. Les téléservices permettent aux publics de l'assurance maladie de gérer directement les démarches les plus fréquentes ; l'élaboration d'une offre de services « multicanal », globale et articulée est une priorité de la branche retraite, tandis que les téléprocédures et l'offre de services sur internet se développent dans la branche famille avec notamment la création du site [www.mon-enfant.fr](http://www.mon-enfant.fr).

Ce développement de l'offre dématérialisée de services s'accompagne des simplifications administratives nécessaires, notamment en ce qui concerne la prise en compte des pièces justificatives dématérialisées.



## TÉMOIGNAGES

### > Neila TROTABAS, Directrice de l'URSSAF de la Vienne

« Le nouveau contrat pluriannuel de gestion (CPG) 2010-2013 s'inscrit dans la continuité de la démarche de contractualisation avec les caisses nationales, démarche désormais ancrée dans le fonctionnement des organismes de sécurité sociale depuis plus de 10 ans. La négociation du CPG permet à chaque organisme local d'avoir un dialogue approfondi avec la caisse nationale, sur sa gestion et ses performances.

Le CPG 2010-2013 est sans doute l'un des plus importants en termes d'impact et de perspectives sur le réseau des URSSAF. Au-delà de la poursuite des objectifs de notre cœur de métier (recouvrement, contrôle et gestion de la trésorerie), le dernier CPG introduit deux réformes structurelles majeures : la régionalisation du réseau des URSSAF et la refonte complète du système informatique de la branche. »

### > Maria DOUMEINGTS, Directrice de la CARSAT Aquitaine

« Le CPG, c'est la feuille de route qui donne du sens à l'action des collaborateurs de la caisse régionale. Chacun sait qu'il contribue à la performance de son secteur, dans le cadre d'une cible et d'une stratégie identifiées à 5 ans.

C'est aussi un outil de modernisation du service public, dont le caractère pluriannuel est essentiel. Enfin, c'est un levier de mobilisation des agents, parce qu'il permet le renforcement de la culture de résultats.

Dans les CARSAT, nous avons trois CPG : retraite, maladie, risques professionnels. Nous sommes demandeurs de quelques objectifs communs ou "synergiques" entre les différentes branches. »

### > Hervé DROUET, directeur de la CNAF

« Les conventions d'objectifs et de gestion ont marqué une novation importante dans la gestion publique française, en introduisant à la fois la logique objectifs/résultats et une pluriannualisation des moyens budgétaires accordés aux organismes pour atteindre ces objectifs. Ce n'est pas un hasard si, bien avant la LOLF, cette démarche a été introduite dans la Sécurité sociale, où la culture de l'autonomie et de la relation de service aux assurés et allocataires a toujours été présente. La Sécurité sociale a en effet toujours reposé sur le principe de la délégation de gestion, avec un État qui n'a jamais été directement gestionnaire et qui a donc pu dès l'origine se centrer sur ses fonctions de concepteur des politiques et de contrôle.

La formalisation de cette logique dans des COG, qui fixent un cadre stratégique d'action dans la durée – c'est-à-dire non pas un éparpillement d'actions ponctuelles, mais une mise en perspective pluriannuelle à la fois des objectifs et des moyens – a permis à tous les acteurs de progresser. L'État, dont la problématique est souvent d'articuler les temporalités politique et administrative, y a gagné en capacité de régulation globale. La branche famille, pour son cas particulier, y a gagné en positionnement, en identité et en mobilisation interne : récapituler dans un document partagé l'ensemble des missions et des priorités est en effet un puissant vecteur de changement et d'amélioration qui, en termes de pilotage, crée un esprit et une véritable dynamique de réseau. Et bien sûr les allocataires y ont gagné un service plus performant, sur des aspects fondamentaux comme les durées de traitement des dossiers, les amplitudes d'ouverture, les temps d'attente au guichet ou les taux de décrochés, ainsi qu'une déclinaison plus efficiente des grandes politiques publiques auxquelles contribue la branche famille. »





Pour davantage d'informations,  
rendez-vous sur le portail internet :

**[www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr)**