



Inspection générale
des affaires sociales

Evaluation de la COG 2012-2015 du Régime Social des Indépendants (RSI)

TOME 2 : ANNEXES

Établi par

Anne BRUANT-BISSON, Annelore COURY,
Marie DAUDE et Louis-Charles VIOSSAT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Novembre 2015 -

2015-020R

Sommaire

ANNEXE 1 : LES OBJECTIFS ET LES INDICATEURS DE LA COG ET LES RESULTATS ATTEINTS PAR LE RSI.....	5
ANNEXE 2 : LA RELATION AVEC LES USAGERS.....	31
ANNEXE 3 : OPTIMO 2013-2015	65
ANNEXE 4 : LA REFONTE DU RESEAU DU RSI : LE PROJET TRAJECTOIRE 2018	85
ANNEXE 5 : LES ORGANISMES CONVENTIONNES.....	141
ANNEXE 6 : L'ACTIVITE DE GESTION DES RETRAITES	219
ANNEXE 7 : L'INTERLOCUTEUR SOCIAL UNIQUE (ISU)	265
ANNEXE 8 : L'EVOLUTION DU SITE DE VALBONNE.....	351
ANNEXE 9 : L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE.....	365

ANNEXE 1 : LES OBJECTIFS ET LES INDICATEURS DE LA COG ET LES RESULTATS ATTEINTS PAR LE RSI

INTRODUCTION	7
1 LA COG 2012-2015 EST PLUS CONCISE ET PLUS CLAIRE QUE LA PRECEDENTE	8
1.1 Une convention 2012-2015 construite autour de trois axes et 16 programmes	8
1.2 Une convention 2012-2015 qui se compare à la précédente et aux conventions liant l'Etat aux autres régimes plutôt favorablement.....	9
2 LA COG 2012-2015 PRESENTE ENCORE TROP D'IMPERFECTIONS.....	11
2.1 Une convention qui manque de précision, de hiérarchisation et de programmation.....	11
2.2 De nombreux indicateurs conventionnels perfectibles	12
2.3 Une convention qui n'est toujours pas l'outil de pilotage stratégique du régime qu'elle devrait être	15
3 LES RESULTATS DU RSI AU COURS DES TROIS PREMIERES ANNEES DE LA PERIODE CONVENTIONNELLE SONT EN DEMI-TEINTE.....	17
3.1 Un score du RSI décevant au regard des indicateurs de résultat.....	17
3.2 Une mise en œuvre apparemment satisfaisante des engagements du RSI.....	19
4 DES MARGES DE PROGRESSION EXISTENT DANS LA CONTRACTUALISATION AVEC LES CAISSES REGIONALES	20
4.1 Une atteinte inégale des objectifs conventionnels par les caisses régionales.....	20
4.2 Des contrats pluriannuels de gestion perfectibles	22
5 LES ENGAGEMENTS DE L'ETAT SEMBLENT RESPECTES DANS L'ENSEMBLE	23
6 LES INDICATEURS DEVRAIENT EVOLUER LORS DE LA PROCHAINE CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION.....	24
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	27

INTRODUCTION

- [1] La convention d'objectifs et de gestion qui lie le RSI et l'Etat pour quatre ans a été signée le 27 février 2012 et arrivera à échéance le 31 décembre 2015. Elle fait suite à une convention conclue pour cinq ans sur la période 2007-2011 qui a fait l'objet d'appréciations assez critiques de la mission d'évaluation de l'IGAS. Elle faisait elle-même suite à une convention conclue pour la seule année 2006.
- [2] Le premier objet de cette annexe du rapport est d'évaluer la qualité du texte conventionnel en général, et la qualité de ses objectifs et de ses indicateurs en particulier.
- [3] L'annexe dresse ensuite le bilan des résultats atteints par le RSI au cours des trois premières années de mise en œuvre, les résultats de l'année 2015, dernière année conventionnelle, n'étant par construction pas disponibles à la date de rédaction du rapport. Ce bilan est établi principalement au niveau national, l'atteinte des objectifs fixés par les contrats pluriannuels de gestion entre les caisses régionales et la caisse nationale étant plus brièvement analysée.
- [4] Elle tire également quelques leçons de la contractualisation entre la caisse nationale et les caisses locales au vu des constats dressés par la mission sur le terrain, et fait un point sur le respect de ses engagements par l'Etat. Enfin, elle fait des recommandations pour les indicateurs de la future convention d'objectifs et de gestion.

1 LA COG 2012-2015 EST PLUS CONCISE ET PLUS CLAIRE QUE LA PRECEDENTE

1.1 Une convention 2012-2015 construite autour de trois axes et 16 programmes

[5] La convention 2012-2015 comporte 43 pages seulement, auxquelles il faut ajouter 85 pages d'annexes. Le tableau 1 ci-après fait la synthèse de son contenu.

Tableau 1 : Synthèse de la convention d'objectifs et de gestion

Axes d'engagement	Programmes	Objectifs	Engagements RSI et Etat	Indicateurs de résultat et de pilotage
3 axes d'engagement	16 programmes	48 objectifs	187 engagements (165 RSI et 22 Etat)	51 indicateurs, (27 de résultat et 24 de performance)
Axe 1 : Améliorer la qualité du service aux assurés du régime	6 programmes -Rétablir et optimiser la qualité du service aux assurés du régime -Garantir la gestion des droits acquis pour les prestations en espèces -Assurer une affiliation fiable et rapide des travailleurs indépendants -Mieux informer les assurés et garantir une liquidation rapide et sûre des droits dans les domaines de la santé, de la retraite et de l'invalidité -Poursuivre l'unification des domaines retraite et invalidité -Consolider la politique d'action sanitaire et sociale	15 5 1 3 3 1 2	65+12 = 77 16+0 5+3 15+2 11+4 13+1 5+2	9+8 = 17 3+2 1+0 3+2 2+2 0 0+2
Axe 2 : Gérer les risques en cohérence avec les politiques publiques	6 programmes -Développer la connaissance de la population des travailleurs indépendants pour construire une politique d'offre de services et de gestion du risque adaptée -Améliorer le niveau et la qualité du recouvrement -Consolider le contrôle et l'évaluation des prestations santé dans un objectif de maîtrise médicalisée des dépenses -Garantir aux travailleurs indépendants un accès à une offre de prévention axes notamment sur l'activité professionnelle -Déployer une politique de prévention, de contrôle et de lutte contre les fraudes, fautes et abus sur l'ensemble des risques gérés -Renouveler les politiques de contrôle interne et de maîtrise des risques	16 2 2 3 3 5 1	54+7 = 61 4+0 6+2 9+2 6+0 17+2 12+1	10+9 = 19 0 2+5 1+1 2+0 3+1 2+2
Axe 3 : Développer la performance du régime	4 programmes -Moderniser les systèmes d'informations pour améliorer la performance du RSI -Adapter les ressources humaines aux enjeux de la COG -Rechercher une meilleure efficacité des fonctions de pilotage et de production -Améliorer le recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés	17 4 3 6 4	46+3 = 49 4+1 11+2 15+0 16+0	8+7 = 15 1+1 1+3 2+3 4+0

Source : COG Etat-RSI et mission IGAS

[6] La structure générale de la convention du RSI ressemble à celle des autres conventions qui lient l'Etat et les caisses nationales de sécurité sociale. Ainsi, elle est ouverte par un préambule de sept pages qui résume son contenu. Ce dernier est structuré autour de trois axes dits « d'engagement », qui sont eux-mêmes déclinés en 16 programmes.

- [7] Puis le corps de la convention est constitué des programmes dont chacun est rédigé sous forme d'une fiche synthétique d'une ou deux pages au format en principe standard : objectifs, enjeux, engagements du RSI et de l'Etat, indicateurs et calendrier prévisionnel¹.
- [8] La convention est complétée enfin par neuf annexes qui portent sur : les indicateurs, leur définition et leur cible ; les règles budgétaires de la gestion administrative ; le budget national de gestion administrative ; les règles budgétaires de l'action sanitaire et sociale et du fonds d'aide aux cotisants en difficulté ; le budget de l'action sanitaire et sociale ; les règles budgétaires de la médecine préventive ; le budget de médecine préventive ; le dictionnaire des indicateurs ; et les règles de suivi, de révision et d'évaluation de la convention.
- [9] La convention fixe 48 objectifs, soit une quinzaine par axe d'engagement et trois en moyenne par programme. Elle repose également, selon les décomptes de la mission, sur 187 engagements, dont 165 sont des engagements du RSI et 22 sont des engagements de l'Etat, soit en moyenne une dizaine d'engagements du RSI par programme.
- [10] La convention renvoie à 51 indicateurs, dont 27 indicateurs de résultat et 24 indicateurs dits de performance, soit environ trois indicateurs par programme et un indicateur par objectif en moyenne. Un effort de rigueur a été fait dans le domaine des indicateurs avec la rédaction d'une annexe dédiée plus précise que celle rédigée à l'occasion de la convention précédente (l'annexe 1).
- [11] La convention fixe enfin un calendrier prévisionnel des engagements qui figure à la fin de chaque fiche programme.

1.2 Une convention 2012-2015 qui se compare à la précédente et aux conventions liant l'Etat aux autres régimes plutôt favorablement

- [12] Le texte conventionnel, ramassé sur lui-même, et résumé en préambule dans un court document d'une dizaine de pages appelé « grandes orientations », est d'une lecture aisée dans l'ensemble, grâce à sa rédaction fluide et sa structuration en fiches programmes synthétiques.
- [13] La précédente convention d'objectifs et de gestion (2007-2011) avait été critiquée par l'IGAS, notamment car « sa forme et son contenu témoign[ai]ent de l'inégale maturité des réflexions du RSI sur les conséquences de sa fusion », car « les chantiers et objectifs opérationnels des grands domaines métiers du régime ont été juxtaposés sans grand effort de cohérence dans le chapitre 2 » et car « la ventilation des objectifs de la COG dans les annexes de suivi renforçait cette impression d'éclatement ». La convention 2007-2011 a au demeurant été comparée à un « mille feuilles » par les responsables de la caisse nationale. La convention 2012-2015 représente de ce point de vue un progrès, quelles que soient ses limites importantes, qu'il faut poursuivre (*cf. infra*).
- [14] Le tableau 2, qui synthétise des éléments de comparaison entre la convention du RSI et celles qui lient l'Etat à la MSA, un régime intégré de taille équivalente au RSI, à l'ACOSS, qui partage l'activité de collecte avec le RSI, et à la CNAVTS, au titre du métier retraite, permet de souligner certaines de ses caractéristiques.

¹ Le programme 13 renvoie également à une annexe.

Tableau 2 : Comparaison des conventions du RSI, de la MSA, de l'ACOSS et de la CNAVTS

	RSI 2012-2015	MSA 2011-2015	ACOSS 2014-2017	CNAVTS 2014-2017
Pages (hors annexes)	43	101	137	108
Axes	3	4	4	4
Programmes	16	36	20	20
Objectifs	48	108	55	Nd
Engagements (branche et Etat)	165 + 22 = 187	179 ² + 39 = 218	432+77 = 509	307+10 = 317
Indicateurs	51	46	51	23

Source : Mission IGAS et conventions RSI, MSA, ACOSS et CNAVTS

- [15] Ainsi, deux à trois fois plus courte que les trois autres conventions sous revue³, la convention du RSI comporte un nombre légèrement inférieur de programmes, voire un nombre franchement inférieur pour ce qui concerne la convention avec la MSA, qui est la plus ancienne des quatre. Elle échappe à l'inflation du nombre d'engagements qui frappe les conventions les plus récentes : plus de 300 pour la convention de la CNAVTS et plus de 500 pour la convention de l'ACOSS. Pour autant, elle renvoie à un nombre d'indicateurs, notamment de résultats, comparable à ceux des autres conventions.
- [16] Les objectifs et les engagements de la convention du RSI sont compréhensibles dans l'ensemble⁴. Il n'y a pas de contradiction apparente des objectifs entre eux. Et, sauf exception, l'atteinte des objectifs dépend plus de l'action du régime lui-même que de l'évolution du contexte et de la stratégie d'autres acteurs.
- [17] La convention du RSI est globalement moins touffue et plus lisible que celle de la MSA, plus précise que celle de la CNAVTS, dont la partie constat et enjeux de chaque fiche est néanmoins intéressante ; elle est toutefois moins structurée que celle de l'ACOSS qui est la plus rigoureuse et la plus complète.
- [18] Les objectifs sont en général assez concrets et précis pour se prêter en principe à une mesure de la performance. La correspondance entre les objectifs et les indicateurs permettant de mesurer leur atteinte, quand elle existe, est repérable.
- [19] Cela étant, les limites du texte conventionnel sont nombreuses comme le montre la partie suivante.

² La COG MSA recense 157 engagements du régime mais certains des engagements en comportent en réalité plusieurs, d'où la différence avec le chiffre de 179 mentionnés dans le tableau.

³ Dans une note de synthèse rédigée par le président du COPAIR Protection sociale en mars 2014 sur « l'évaluation des COG Etat-Régime général par l'IGAS », dont les autres principales conclusions sont valables pour l'essentiel pour celle du RSI, l'IGAS regrette la tendance des COG du régime général à devenir des documents « très techniques, très longs, très détaillés, très centrés sur une multitude d'indicateurs de moyens où chaque service (Etat et caisse nationale) veut apparaître, une dérive donc vers des documents de pilotage interne, alors même que celui-ci fait l'objet de multiples autres instruments ». Il serait intéressant d'expérimenter une nouvelle forme de rédaction des COG avec la prochaine COG du RSI, en dissociant une partie stratégique courte et forte, liant l'Etat au RSI, et une partie opérationnelle, détaillée, de la seule responsabilité du RSI.

⁴ Voir toutefois infra les réserves fortes sur la rédaction des engagements.

2 LA COG 2012-2015 PRESENTE ENCORE TROP D'IMPERFECTIONS

2.1 Une convention qui manque de précision, de hiérarchisation et de programmation

- [21] Le texte présente des défauts de plusieurs ordres.
- [22] Certaines activités importantes du régime ne font pas l'objet de programme en tant que tel alors qu'ils le devraient. C'est le cas en particulier de la retraite qui est éclatée entre le programme 4 (« garantir une liquidation rapide et sûre des droits dans les domaines santé, de la retraite et de l'invalidité ») et le programme 5 (« poursuivre l'unification des domaines retraite et invalidité »). C'est le cas également de la santé que l'on retrouve dans six programmes, dont cinq totalement transversaux (programmes 2, 3, 4, 11 et 12).
- [23] La logique du rattachement des programmes aux trois axes de la convention n'est pas évidente. En particulier, on peut se demander pourquoi l'axe 2 consacré aux métiers du régime (« gérer les risques en cohérence avec les politiques publiques ») ne comporte pas de programme relatif au métier « retraite » et pourquoi le programme 7 (« développer la connaissance de la population des travailleurs indépendants ») y figure. Le rattachement du programme 16 (« améliorer le recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés ») à l'axe 3 (« développer la performance du régime ») n'est pas logique non plus.
- [24] L'énoncé de l'axe 2 (« gérer les risques en cohérence avec les politiques publiques ») est trop vague. De même, celui de l'axe 3 mériterait de préciser qu'il s'agit de la performance de la gestion administrative et pas de celle des métiers en général.
- [25] La cohérence entre le document appelé « grandes orientations », qui résume la convention et y renvoie, le préambule et le texte lui-même de la convention n'est pas évidente pour le lecteur, notamment en ce qui concerne l'ordre des programmes.
- [26] Les fiches programmes ne sont pas strictement standardisées entre elles. S'agissant des enjeux, les fiches 1, 4, 10, 11, 13, 14, 15 et 16 en comportent mais elles sont rédigées comme des objectifs ou des engagements (fiche 11) : cela rend difficile la lecture et la compréhension de ces fiches programmes. La fiche 3 ne comporte curieusement pas de section « enjeux ». Aucune fiche ne comporte une section « constat », à la différence du texte de la convention de la CNAVTS, section qui est utile afin d'éclairer les objectifs et les engagements du régime.
- [27] La cohérence entre programmes, objectifs, engagements et indicateurs est imparfaite comme le montre le tableau 1 *supra*. Sans raison convaincante, certains programmes sont déclinés en 5 voire 6 objectifs (par exemple, « Déployer une politique de prévention, de contrôle et de lutte contre les fraudes, fautes et abus sur l'ensemble des risques gérés »), alors que d'autres programmes ne le sont qu'en un seul objectif (par exemple, « poursuivre l'unification des domaines retraites et invalidité » ou « renouveler les politiques de contrôle interne et de maîtrise des risques »). En outre, le nombre d'engagements par programme varie de 4 à 17, sans davantage de justification convaincante. De même, le nombre d'engagements de l'Etat est globalement limité (*cf. supra* partie 5) et varie de 0 à 4 par programme.
- [28] Enfin, deux programmes n'ont aucun indicateur associé (« poursuivre l'unification des domaines retraites et invalidité » et « développer la connaissance de la population des travailleurs indépendants pour construire une politique d'offre de services et de gestion du risque adaptée ») alors que d'autres en ont jusqu'à 7.

Recommandation n°1 : Respecter dans le texte de la prochaine convention une stricte cohérence entre les différents documents de la convention (résumé, préambule, corps du texte, annexes...) et entre programmes, objectifs, engagements et indicateurs

- [29] De façon générale, les priorités de la convention n'apparaissent pas de façon suffisamment claire au sein des 16 programmes, 48 objectifs et 161 engagements. De ce point de vue, le RSI n'a pas tiré les leçons des préconisations de la mission d'évaluation de la précédente convention.
- [30] A la première page du préambule, il est certes évoqué que « [la convention] comprend un engagement majeur d'amélioration de l'interlocuteur social unique (ISU) et de meilleure synergie entre les différents domaines de gestion pour rendre un service complet et cohérent à chaque assuré, en termes de qualité de service et d'efficience » et précisé que « cet engagement nécessite une modernisation des systèmes d'information, des politiques de ressources humaines dynamiques et la facilitation de l'implication des élus dans la gouvernance du régime ». Néanmoins, c'est le seul endroit de la convention où apparaissent ces grandes priorités en tant que telles.
- [31] Au sein de chaque programme, les objectifs figurent à égalité d'importance apparente. Et comme il n'est pas évident d'opérer un rapprochement entre chacun des objectifs et les engagements précis qui en relèvent, contrairement à ce que fait très clairement la convention de l'ACOSS par exemple⁵, la hiérarchie des engagements n'apparaît pas non plus suffisamment.

Recommandation n°2 : Prioriser plus clairement les programmes et les objectifs clés de la prochaine convention

- [32] Un nombre très significatif d'engagements est rédigé de façon complexe et sans suffisamment de précision sur la cible recherchée, ce qui n'est pas satisfaisant pour le management du RSI ni pour l'évaluation de la mise en œuvre de sa convention⁶. De même, ces engagements recouvrent parfois plusieurs actions distinctes (exemple : « fiabiliser le fichier des assurés et des ayants droit ; s'assurer de la concordance des éléments d'identification des assurés et ayants droit avec ceux des partenaires et mener tous les travaux nécessaires dans cette perspective »).

Recommandation n°3 : Prévoir des engagements du RSI et de l'Etat ayant un contenu concret et détaillé et un calendrier précis afin de pouvoir déterminer s'ils ont été ou non atteints en fin de période conventionnelle

- [33] Les calendriers prévisionnels associés à chaque programme portent principalement sur les deux premières années de la convention et non pas sur toute sa durée comme il le faudrait.

Recommandation n°4 : Prévoir un calendrier de mise en œuvre des engagements qui s'étale sur toute la durée de la convention et pas uniquement sur les premières années

2.2 De nombreux indicateurs conventionnels perfectibles

- [34] Le régime n'a malheureusement pas pris en compte, dans ce domaine là non plus, la plupart des recommandations de la précédente mission d'évaluation de la convention.
- [35] Ainsi, le régime n'a pas défini un nombre resserré (une douzaine) d'indicateurs prioritaires synthétisés en un tableau structuré, complété par une batterie d'indicateurs secondaires, mais en a retenu 51, dont 27 de résultats. Ces 51 indicateurs conventionnels ne sont, en outre, pas les seuls indicateurs utilisés par les gestionnaires du RSI pour suivre et évaluer les performances du régime et de ses agents. 27 indicateurs extra-conventionnels existent en plus, et sont suivis, au titre des CPG, de la CNOM, de l'intéressement, du scoring des caisses et de l'évaluation des directeurs. Il est vrai toutefois que le total des indicateurs existants (78) est inférieur au nombre d'indicateurs qui prévalaient dans le cadre de la convention précédente. Il est regrettable au demeurant que l'évaluation des directeurs ne repose qu'à hauteur de 39 % sur des indicateurs conventionnels, et l'intéressement du personnel pour un peu plus de la moitié seulement.

⁵ Dans la convention de l'ACOSS, les « engagements » sont appelés « actions ».

⁶ Cf. chapitre 3.2. infra.

Tableau 3 : Indicateurs conventionnels et extra-conventionnels

	COG	CPG	CNOM	Intéressement	Scoring	Evaluation Directeurs
Nombre total d'indicateurs	51	22	14	14	23	18
Dont indicateurs extra-conventionnels	0	4	8	6	5	11
Part des indicateurs qui sont aussi des indicateurs COG	Sans objet	81 %	43 %?	57 %	78 %	39 %

Source : Mission IGAS

- [36] La multiplication des tableaux de bord et des indicateurs nuit à la force et à la pertinence de la convention. On observe, en outre, qu'au sein des indicateurs conventionnels, 27 seulement sont des indicateurs de résultat alors que 24 sont des indicateurs dits de « pilotage », sans cible définie, contrairement aux préconisations raisonnables de la précédente mission d'évaluation. Un bon nombre de programmes manquent de suffisamment d'indicateurs de résultats associés comme le montre le tableau 4. Ainsi, sept programmes ne disposent soit d'aucun soit d'un seul indicateur de résultat. Le programme qui dispose du plus d'indicateurs de résultats (« améliorer le recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés ») n'est certainement pas le plus prioritaire.
- [37] Plusieurs indicateurs de pilotage devraient être, en réalité, des indicateurs de résultat, par exemple la mesure de la satisfaction des usagers (FP01400).
- [38] L'articulation entre les indicateurs COG et CNOM est partielle (cf. tableau page suivante), certains indicateurs identiques ayant même une cible différente (cf. annexe 5)⁷, et le régime n'a pas défini, contrairement aux préconisations de la mission d'évaluation précédente, un indicateur synthétique reflétant les résultats atteints dans le cadre de la CNOM.

⁷ Taux de remboursement dans les délais des FSE : 96,5% pour la COG et 90% pour la CNOM.

Tableau 4 : Nombre d'indicateurs de résultat par programme conventionnel

Nombre d'indicateurs de résultat	0	1	2	3	4
Programmes	-Poursuivre l'unification des domaines retraite et invalidité -Consolider la politique d'action sanitaire et sociale -Développer la connaissance de la population des travailleurs indépendants pour construire une politique d'offre de services et de gestion du risque adaptée	-Garantir la gestion des droits acquis pour les prestations en espèces -Consolider le contrôle et l'évaluation des prestations santé dans un objectif de maîtrise médicalisée des dépenses -Moderniser les systèmes d'informations pour améliorer la performance du RSI -Adapter les ressources humaines aux enjeux de la COG	-Mieux informer les assurés et garantir une liquidation rapide et sûre des droits dans les domaines de la santé, de la retraite et de l'invalidité -Améliorer le niveau et la qualité du recouvrement -Garantir aux travailleurs indépendants un accès à une offre de prévention axes notamment sur l'activité professionnelle -Renouveler les politiques de contrôle interne et de maîtrise des risques -Rechercher une meilleure efficacité des fonctions de pilotage et de production	-Rétablir et optimiser la qualité du service aux assurés du régime -Assurer une affiliation fiable et rapide des travailleurs indépendants -Déployer une politique de prévention, de contrôle et de lutte contre les fraudes, fautes et abus sur l'ensemble des risques gérés	-Améliorer le recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés

Source : Mission IGAS

- [39] Le régime n'a pas davantage retenu des indicateurs conventionnels de stocks en matière de retraite et de recouvrement même si en pratique ce sont ces indicateurs qu'il utilise en matière de retraite.
- [40] Sur les 27 indicateurs de résultats, 18, soit les deux-tiers, posent un problème ou un autre, et en cumulent souvent plusieurs, comme le montre le tableau 5 à la page suivante.
- [41] Ainsi, par exemple, sept indicateurs de résultat sur 27, soit plus du quart des indicateurs de résultat, ont changé de définition en cours de convention. Plusieurs sont des indicateurs tout à fait essentiels pour l'évaluation du cœur des performances du régime (FP 0101 : taux de décroché ; FP 8 111 : taux de restes à recouvrer hors Taxation d'office (TO)). Cinq indicateurs de résultat n'ont toujours pas une définition satisfaisante ou claire. Trois indicateurs ne sont pas disponibles ou pas disponibles avec une fréquence ou une fraîcheur suffisante. Dans trois cas au moins, la cible retenue n'est pas réaliste ou pas assez ambitieuse et dix indicateurs de résultat sur 27 n'ont pas de valeur de référence. D'autres problèmes se posent encore dans quatre cas.

Tableau 5 : Principaux problèmes posés par les indicateurs conventionnels de résultat

Changements de définition	Définition peu claire ou insatisfaisante, ou problème de champ	Indisponibilité ou disponibilité peu fréquente ou disponibilité partielle	Cibles peu réalistes (trop ou pas assez ambitieuses)	Pas d'antériorité	Autre problème
FP01101 FP08111 FP09100 FP11200 FP12310 FP13500 FP15100	FP01101 FP01200 FP01600 FP02100 FP10100	FP01101 FP11410 FP12210	FP01101 FP01600 FP13500	FP01101 FP01200 FP01600 FP02100 FP03100 FP03150 FP09100 FP10100 FP10200 FP11410	FP04300 FP11300 FP15100 FP15300

Source : mission IGAS

- [42] Les responsables de la caisse nationale ont estimé, au demeurant, devant la mission que onze indicateurs de résultat sur 27 ne méritaient pas d'être retenus pour la prochaine convention, ce qui est beaucoup.

2.3 Une convention qui n'est toujours pas l'outil de pilotage stratégique du régime qu'elle devrait être

- [43] Le rapport d'évaluation de la COG 2007-2011 regrettait que la convention ne soit pas un véritable document stratégique d'orientation. Un même reproche peut être fait à l'encontre de la convention 2012-2015 et pour des motifs proches.
- [44] Le directeur général du RSI est, au demeurant, convenu à plusieurs reprises devant la mission du rôle relativement modeste que joue la COG pour lui et ses équipes de ce point de vue. Cette situation est regrettable et devrait être corrigée à l'occasion de la prochaine convention.
- [45] Outre le manque de hiérarchisation des priorités relevé *supra*, le rôle essentiel de la convention comme outil de pilotage stratégique du régime, de la caisse nationale comme des caisses régionales, et de l'action de tous ses collaborateurs, est obéré par l'existence d'autres documents qui, sur des métiers clés jouent un rôle clé dans le pilotage du régime et qui ne sont pas des strictes déclinaisons de la convention elle-même : le tableau de bord ISU dans le domaine du recouvrement et la CNOM dans le domaine de l'assurance maladie.
- [46] Le tableau de bord ISU est mal articulé avec la COG car il découle de la mise en place de l'organisation commune qui n'a pas été traduite par avenant dans la convention.
- [47] L'articulation de la CNOM avec la COG est plutôt satisfaisante, comme l'avait recommandé la précédente mission d'évaluation de l'IGAS. Comme l'indique l'annexe 5 sur les OC (chapitre 2.1), « c'est la CNOM qui est le document de référence en la matière » et « la COG comprend [donc] peu d'indicateurs concernant les OC ». Le contenu des indicateurs est cependant améliorable comme cela est également décrit dans cette même annexe (chapitre 3.1.4).
- [48] Concernant l'articulation avec le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI), les trois axes stratégiques de la COG sont déclinés de manière détaillée en mettant en relation les objectifs de chaque programme (sans toutefois suivre l'ordre des programmes retenus dans la COG) et les objectifs opérationnels du SI. Une synthèse des jalons dans le temps des principaux programmes liés à ces objectifs opérationnels est par ailleurs présentée.

Recommandation n°5 : Prévoir une stricte articulation entre les documents stratégiques internes, et notamment la CNOM, le tableau de bord ISU et le SDSI, et la COG

- [49] Les limites des indicateurs de la COG et la multiplication des indicateurs hors COG ajoutent au problème. Il est révélateur aussi que dix des 18 indicateurs d'évaluation annuelle des directeurs ne soient pas des indicateurs de la COG.
- [50] Le recouvrement est une activité en pratique partagée très étroitement avec l'ACOSS et les URSSAF dans le cadre de l'ISU. Pourtant, en dépit des préconisations de la mission d'évaluation de la convention précédente, aucune annexe commune à la COG de l'ACOSS n'a été signée qui permettrait de garantir la cohérence des objectifs et des actions des deux réseaux.

Recommandation n°6 : Rédiger une annexe commune à la COG du RSI et à celle de l'ACOSS

- [51] Il existe toutefois une fiche programme sur l'ISU (fiche 12) au sein de la COG de l'ACOSS qui fixe une feuille de route à l'ACOSS sur l'ISU sans qu'une concertation étroite avec le RSI n'ait eu lieu. Les 18 engagements pris par l'ACOSS sont précis mais portent principalement sur les années 2014 et 2015. Ils devront être amendés au vu de la nouvelle convention du RSI.

3 LES RESULTATS DU RSI AU COURS DES TROIS PREMIERES ANNEES DE LA PERIODE CONVENTIONNELLE SONT EN DEMI-TEINTE

- [52] La mission de l'IGAS chargée d'évaluer la convention 2007-2011 avait considéré il y a quatre ans que « malgré de réelles avancées, le bilan de la première COG [du RSI] était globalement négatif ». En dépit de réalisations notables, le rapport de mission avait souligné en particulier, à l'époque, l'échec de l'ISU, la qualité de service dégradée pour les assurés et le caractère inachevé de la fusion.
- [53] Dans l'annexe dédiée aux chantiers et indicateurs de la COG, le même rapport avait pointé une forte disparité de la performance par métier et par domaine d'activité, faisant ressortir un écart entre le domaine santé, plutôt satisfaisant, et le domaine retraite.
- [54] Le score du RSI au regard des indicateurs de résultat est décevant. Le très bon score obtenu si l'on analyse la mise en œuvre des 161 engagements conventionnels doit être relativisé pour sa part en raison de la rédaction même des engagements.
- [55] La mission n'a pas analysé le degré de mise en œuvre des recommandations contenues dans le précédent rapport d'évaluation considérant que tel n'était pas son objet. Les dirigeants du RSI ont pourtant insisté à plusieurs reprises sur l'importance de ces recommandations et sur le souci de les mettre en œuvre. Un tableau, établi par le RSI, de ses principales réalisations pendant la période de la COG figure en pièce jointe à la présente annexe.

3.1 Un score du RSI décevant au regard des indicateurs de résultat

- [56] Le tableau 6 présente de façon synthétique le degré d'atteinte des cibles fixées par la convention pour les 27 indicateurs de résultat du RSI et mentionne les données du benchmark quand elles sont disponibles.
- [57] Globalement, sur 26 indicateurs de résultat évaluables, seules 13 cibles sont atteintes totalement, soit la moitié. Quatre sont atteintes partiellement et neuf ne sont pas atteintes.
- [58] De façon synthétique, et sur la base d'un score de 100 % pour un objectif atteint, de 50 % pour un objectif partiellement atteint et de 0 % pour un objectif non atteint, le score moyen du RSI est en demi-teinte : 62 %.
- [59] En outre, aucune des cibles majeures sur les priorités et les métiers clés du RSI (qualité de service aux usagers : taux de décroché téléphonique ; santé : taux de remboursement dans les délais des feuilles de soins ; retraites : taux de paiement dans les délais des pensions de droit direct ; recouvrement : taux de restes à recouvrer hors TO) n'est atteinte sauf dans le domaine santé qui ressort à nouveau, comme pour la précédente convention, comme le plus performant de tous⁸.
- [60] Le classement du benchmark réalisé chaque année sous l'égide de la direction de la sécurité sociale renforce le constat dressé précédemment de résultats décevants du RSI.
- [61] En effet, selon les derniers chiffres disponibles qui portent sur l'année 2013 seulement, le RSI se classe pour 5 des 7 indicateurs qui entrent dans le champ du benchmark au dernier ou à l'avant-dernier rang des caisses. S'agissant des deux derniers indicateurs, qui ne sont pas strictement comparables, le RSI se classe dans la moyenne du benchmark pour l'un (taux des activités support dans les coûts du régime) et plutôt dans le groupe de tête pour l'autre (délais de remboursement des feuilles de soins électroniques).

⁸ Sur les performances très satisfaisantes du volet santé, voir le bilan détaillé dressé dans l'annexe 5 sur « les organismes conventionnés : bilan et perspectives d'évolution de la délégation de gestion ». Pour les performances retraite, voir le bilan détaillé dressé dans l'annexe retraites. Idem sur le volet recouvrement.

Tableau 6 : Analyse du score au regard des indicateurs de résultat

Indicateurs de résultat	Degré d'atteinte	Performance benchmark 2013	Commentaire
Qualité de service aux usagers			
Taux de décroché téléphonique (FP01101)		Avant-dernier du benchmark après CNAF	Largement en-dessous de la cible
Taux de réponse dans les délais aux réclamations (FP01200)		Hors champ	Seule l'année 2014 est conforme
Taux de personnes reçus dans un délai inférieur à 20mn (FP01600)		Dernier du benchmark	Objectif peu ambitieux
Affiliation et radiation			
Taux de traitement des affiliations dans les délais (FP03100)		Hors champ	Taux 2015 très bas
Taux de traitement des radiations dans les délais (FP03150)		Hors champ	Cible atteinte en moyenne sur 3 ans, mais pas en 2012
Santé			
Délais d'ouverture des droits CMU-CMUC (FP03700)		Hors champ	Hors cible en 2015
Taux de remboursement dans les délais des feuilles de soins (FP04110)		Indicateur différent. Bon classement du RSI	Tangente la cible en 2015
Taux de participation au bilan santé retraite (FP10100)		Hors champ	Cible pour 2014 et 2015 seulement
Taux de participation au bilan prévention pro (FP10200)		Hors champ	
Retraite			
Taux de mise en paiement dans les délais requis des droits propres retraite (FP04300)		RSI avant-dernier du benchmark après CNBF	
Taux de régularisation des comptes des actifs et des radiés (FP02100)		Hors champ	Indicateur égal à 100 % par construction
Qualité des dossiers validés du domaine retraite (FP12210)		Hors champ	
Taux d'incidence financière des erreurs du domaine retraite (FP12310)		Hors champ	
Recouvrement			
Taux de RAR de l'exercice hors TO (FP08111)		Benchmark yc TO. RSI dernier	
Taux de RAR de l'exercice yc TO - PL (FP08102)		Hors champ	
Taux de RAR de la C3S (FP16100)		Sans objet	
Montant des redressements C3S (FP16620)		Sans objet	Cible atteinte en 2012
Taux de recouvrement des redressements C3S (FP16600)		Sans objet	
Taux couverture du fichier pour contrôle C3S (FP16610)		Sans objet	
Lutte contre la fraude			
Montant préjudices détectés au titre plan contrôle santé (FP09100)		Hors champ	
Montant des fraudes et abus constatés au titre de la lutte contre fraude (FP11200)		Hors champ	Cible non atteinte en 2013
Nombre de sanctions administratives prononcées (FP11300)		Hors champ	
Taux de recouvrement des indus au titre de la lutte contre la fraude (FP11410)		Hors champ	Seul 2014 disponible
Gestion administrative			
Taux de respect des jalons du SDSI (FP13500)		Hors champ	
Taux d'emploi salariés handicapés (FP14200)		Hors champ	
Taux activités support dans coûts du régime (FP15100)		Dans le champ mais avec indicateur différent. RSI dans la moyenne	
Taux dispersion coûts de gestion (FP15300)	Pas évaluable	Plus forte dispersion	Cible inconnue

Source : RSI et mission IGAS. La couleur verte indique que l'objectif est atteint ; la couleur orange indique qu'il est partiellement atteint ; et la couleur rouge indique que l'objectif n'est pas atteint.

[62] L'examen des tendances sur les six premiers mois de l'année relativise un peu ces constats négatifs sur deux points notamment : elle laisse espérer, fin 2015, des progrès en matière de décroché téléphonique, si et seulement si l'internalisation des ressources dédiées à la réponse téléphonique répond aux attentes ; en matière de retraite, les stocks de dossiers de droits propres diminuent et le volume de dossiers de droits propres liquidés est le plus élevé pour la même période depuis 2012.

3.2 Une mise en œuvre apparemment satisfaisante des engagements du RSI

[63] De façon complémentaire, la mission a également cherché à évaluer les résultats obtenus par le RSI au regard de chacun des 161 engagements qui figurent dans sa convention. Le tableau ci-après est la synthèse des résultats obtenus par le RSI au regard de la mise en œuvre de ses engagements. Un tableau détaillé figure à la fin de la présente annexe.

[64] Trois précisions méthodologiques méritent d'être faites : i) la mission est partie d'une auto-évaluation qu'elle a demandée au RSI et qu'elle a corrigée en fonction de ses propres constatations ; ii) les résultats sont évalués au 30 août 2015 mais avec le souci de tenir compte des résultats qui seront vraisemblablement atteints au 31 décembre 2015 pour chacun des programmes ; iii) ils sont établis sur la base d'un score de 100 % pour un engagement entièrement rempli dans les temps, de 50 % pour un engagement partiellement rempli ou en cours de mise en œuvre et de 0 % pour un engagement non rempli.

[65] Au vu de cette méthode, le RSI obtient un score de 84 %, qui est apparemment satisfaisant. Huit programmes sur 16, c'est-à-dire ceux concernant l'affiliation, l'action sanitaire et sociale, la connaissance des travailleurs indépendants, le recouvrement, le contrôle et l'évaluation des prestations santé, la prévention, le contrôle interne et la maîtrise des risques et les ressources humaines, obtiennent un score supérieur au score moyen. Les scores les plus bas concernent le droit des prestations en espèces, les systèmes d'information et la qualité de service.

[66] Ce score est toutefois en partie trompeur sur les avancées réalisées par le RSI au cours de la période conventionnelle. En effet, les engagements dont la mise en œuvre est évaluée sont rédigés en général sous forme d'action sans objectif de résultat clair (ex. « harmoniser l'organisation des sites d'accueil et rationaliser leur implantation ») : cela a conduit souvent le RSI et la mission elle-même à considérer que l'engagement était atteint même si l'action réalisée était éventuellement limitée.

Tableau 7 : Degré d'atteinte des engagements du RSI

Programmes	Degré d'atteinte	Programmes	Degré d'atteinte
Qualité de service	69 %	Contrôle et évaluation des prestations santé	89 %
Droits des prestations en espèces	60 %	Prévention	92 %
Affiliation	90 %	Fraudes	74 %
Prestations santé, retraite et invalidité	82 %	Contrôle interne et maîtrise des risques	94 %
Retraite et invalidité	85 %	Systèmes d'information	63 %
ASS	90 %	Ressources humaines	100 %
Connaissance des TI	100 %	Pilotage et production	87 %
Recouvrement	92 %	C3S	84 % ⁹

Source : RSI et mission IGAS

⁹ Le degré d'atteinte des engagements de ce programme est de 97% si l'on prend en compte la spécificité du contexte de la suppression de la C3S.

4 DES MARGES DE PROGRESSION EXISTENT DANS LA CONTRACTUALISATION AVEC LES CAISSES REGIONALES

4.1 Une atteinte inégale des objectifs conventionnels par les caisses régionales

- [67] Le constat qui prévaut est celui d'écarts parfois très importants dans l'atteinte des objectifs de la COG et CPG entre caisses, écarts qui mériteraient d'être corrigés à l'avenir. Ce constat est réalisé hors caisses Professions libérales et hors Caisses DOM (La Réunion et Antilles Guyane) qui présentent, en particulier pour ces dernières, un profil atypique sur la très grande majorité des indicateurs et sont très loin des objectifs cibles pour la majorité des indicateurs. C'est également le cas en partie de la Caisse régionale Corse, néanmoins incluse dans les 26 caisses régionales.
- [68] On constate des écarts substantiels pour pratiquement l'ensemble des indicateurs, quel que soit l'activité ou le champ concerné. Il est notable dans les domaines de l'affiliation (écart supérieur à 10 points entre les deux extrêmes et de la radiation (près de 15 points)). Dans ces deux domaines toutefois, la dispersion n'est pas la plus importante, une majorité de caisses présentant des taux supérieurs à 85 % en matière d'affiliation, (15 caisses) et de 95 % dans celui de la radiation (19 caisses).
- [69] Le domaine Santé présente également quelques écarts importants. Ainsi en matière d'ouverture des droits à la CMUC, celui-ci est de 24 jours entre les deux extrêmes, ce qui recouvre toutefois une situation globalement plus homogène : 20 caisses présentent ainsi des délais inférieurs à dix jours dont onze caisses à moins de dix jours ; trois caisses ouvrent ces droits entre dix et douze jours, et trois caisses seulement ont des délais nettement plus importants (plus de 16 jours dont l'une à 25,6 jours).
- [70] Le domaine Retraite est particulièrement représentatif de cette hétérogénéité. Outre le déploiement de l'outil ASUR, la résorption des stocks a été considérée par le régime comme un préalable à une liquidation des dossiers en flux dans les délais (cf. annexe Retraite). Les résultats de mise en paiement des les délais sont ainsi très différents selon les caisses. Ainsi s'agissant des droits propres, L'écart est non seulement très important entre les deux extrêmes (plus de 65 points), mais la dispersion est aussi très importante de façon générale, avec sept caisses ayant un indicateur compris entre 14 et moins de 50 %, quatre caisses de 50 à 60 %, onze de 60 à 70 % et quatre au-delà de 70 % dont une seule caisse au-delà de 80 %. La même observation peut être faite pour la liquidation des droits dérivés, avec un écart de plus de 45 points entre les deux extrêmes et situations très différentes selon les caisses (résultats qui plus est très peu satisfaisants en valeur absolue).
- [71] L'activité Recouvrement témoigne de la même dispersion : le taux de restes à recouvrer y compris taxation d'office (ISU) varie ainsi de 10,57 % à 24,04 % (hors caisses outre mer, 59,41 % pour La Réunion et 69,21 % Antilles-Guyane), avec une répartition entre 4 groupes de caisses : huit caisses avec un indicateur inférieur à 13 %, cinq caisses présentant un taux de 13 à 15 %, cinq caisses de 15 à 19 %, et sept caisses un taux compris entre 20 et 24,04 %) ; l'écart interquartile étant de 7,64.

Tableau 8 : Distribution d'indicateurs COG-CPG (Caisses métropolitaines + Corse au 31 décembre 2014)

Indicateurs	Caisse la mieux positionnée	Caisse la moins bien positionnée	Moyenne	Médiane
Affiliation				
Taux d'affiliation des les délais - COG/CPG	89,38	78,49	84,97	85,2
taux de radiation dans les délais - CPG/CPG	98,01	83,18	94,95	95,81
Taux de certification des NIR des assurés et ayant-droits - COG/CPG	99,28	92,38	96,36	96,4
Délais de délivrance des cartes Vitale - COG	7,7 j	9,4 j	8,3 j	8,6 j
Délais de mutation des cartes Vitale - COG	38 j	53 j	42,4 j	43,8 j
Stock recouvrement à résorber nb dossiers- CPG	0	4057	total dossiers 19 204	
Recouvrement				
Taux de RAR sur exercice en cours y.c TO (ISU) - COG/CPG	10,57	24,04	16,15	14,93
Taux de RAR sur exercice en cours hors TO (ISU) - COG/CPG	6,21	15,04	9,6	8,95
Taux de RAR sur exercice antérieur (ISU)- COG	6,6	14,61	10,35	9,73
Taux d'efficacité de la démarche amiable (ISU) - COG/CPG	34,6	23,22	29,03	29,41
Montantsde RAR sur exercice antérieur - commerçants (ISU)- CPG	1 587 428	44 611 215	Total montants 368 403 924	
Relations Clients				
Taux de décroché téléphonique - COG/CPG	93,71	61,07	76,07	74,97
Taux de réponse aux réclamations dans les délais - COG/CPG	100	77,59	92,05	93,41
Taux de personnes reçus en moins de 20 min - CPOG/CPG	95,71	61,47	85,61	86,1
Santé				
Taux de participation au bilan Prévention Pro - COG/CPG	18,12	3,74	8,1	7,75
Taux des prestations Sante liquidées en anomalie- COG/CPG	0,09	0,21	0,15	0,15
Taux d'incidence financière des erreurs du domaine Santé - COG	0,29	0,98	0,52	0,49
Délais d'ouverture des droits CMUC- COG	1,3 j	25,6 j	7,4 j	5,6 j
Taux de remboursement des FSE dans les délais- COG/CPG	99,46	95,73	98,05	98,34
Montants des préjudices subis détectés au titre du contrôle Santé - COG/CPG	81 113	581 385	Total montants 6 035 731	
Retraite				
Taux de dossiers Retraite traités en anomalie- COG/CPG	1,25	15,15	6,55	5,94
Taux d'incidence financière des erreurs du domaine Retraite- COG/CPG	0,02	4,46	0,67	0,38
Stock Retraite à résorber - CPG	0	6588	Total dossiers 57 099	
Taux de mise en paient des droits propres dans les délais - COG/CPG	81,25	14,83	53,09	62,31
Taux de mise en paieent des droits dérivés dans les délais - CPG/CPG	47,42	2,88	14,75	15,41
Lutte contre la fraude				
Montant des sommes récupérées dans le cadre de la LCF - COG/CPG	1 610 467	137 235	Total sommes récupérées 13 587 681	
Nb de sanctions administratives prononcées au titre de la LCF- COG	0	30	Total 72	
RH				
Taux d'emploi de travailleurs handicapés - COG	5,6	0	3,37	3,33
Taux d'absentéisme toutes durées - COG/CPG	1,34	9,11	4,35	3,86
Taux d'emploi des seniors - COG/CPG	27,27	16,59	22,05	21,69

Source : Données RSI au 31 décembre 2014 – retraitement mission – (taux en %, montants en €, dossiers en nombre)

[72] Le même constat prévaut pour d'autres indicateurs sensibles. En matière de relations clients, le taux de décroché téléphonique est ainsi particulièrement dispersé, avec, outre un résultat qui reste globalement inférieur à l'objectif, malgré une progression en 2015 (cf. annexe Indicateurs COG) un écart de plus de 30 points entre les deux extrêmes, et là aussi des situations très hétérogènes : six caisses présentent un résultat supérieur à 85 % (objectif COG) dont quatre avec un taux de plus de 90 %, quatre caisses approchent du résultat attendu (taux de décroché compris entre 80 % et 85 %), dix caisses ont un taux compris entre 70 % et 80 % et six caisses n'atteignent pas le taux de 70 %, malgré la priorité nationale donné à ce chantier et les différentes actions en termes de mutualisation.

4.2 Des contrats pluriannuels de gestion perfectibles

- [73] Les caisses disposent toutes d'un contrat pluriannuel de gestion (CPG). Les CPG déclinent en principe la convention nationale et comportent de façon très standardisée.
- [74] Les CPG reposent sur 22 indicateurs, dont sept sont différents de ceux de la convention d'objectifs et de gestion.
- [75] Les responsables régionaux rencontrés par la mission semblent globalement satisfaits des CPG comme ils le sont de la procédure de bilan à mi-parcours qui s'est déroulée en 2014 et qui leur a paru intéressante et constructive.
- [76] La mission a toutefois pointé quelques problèmes au travers des entretiens qu'elle a eus sur le terrain.
- [77] Tout d'abord, la phase de négociation avec la caisse nationale a été relativement limitée, du moins pour certains objectifs qui ont pu varier selon les caisses, comme les taux de restes à recouvrer par exemple ou les délais de liquidation retraite. Les responsables des caisses régionales ont eu le sentiment de se voir assigner des objectifs par ailleurs parfois inatteignables résultant d'une démarche descendante et de « savoir qu'on allait dans le mur » (restes à recouvrer, délais liquidation retraite). Cela a nui à la mobilisation des équipes et à la motivation pour atteindre les objectifs.
- [78] Les indicateurs sont critiqués par les responsables des caisses régionales en raison de leur multiplicité, de leur définition imprécise ou inexistante en début de CPG ou bien en raison de leur choix (indicateur d'absentéisme par exemple ou inexistence d'indicateurs sur les OC).

Recommandation n°7 : Réviser les indicateurs figurant dans les CPG en coordination avec les évolutions de ceux figurant dans la COG

- [79] La caisse nationale n'a pas laissé les directeurs régionaux mettre suffisamment en avant leurs propres éléments de benchmarking. De même, les caisses ont eu le sentiment d'un manque de coordination et parfois d'un défaut de dialogue des services de la caisse nationale lors de la fixation des CPG.
- [80] Au-delà des cibles chiffrées qui sont différentes caisse par caisse, les CPG sont peu individualisés et ne comportent pas, par exemple, de partie spécifique à chaque caisse retraçant et documentant les projets spécifiquement locaux ou traitant spécifiquement des questions de ressources humaines de la région. C'est dommage car cela permettrait d'enrichir qualitativement les CPG, d'en faire de véritables plans d'affaires locaux et de programmer clairement les projets importants pour les caisses locales.

Recommandation n°8 : Créer une partie qualitative et programmatique dans chaque CPG et en faire un véritable « plan d'affaires » régional

- [81] Enfin, une question importante se pose pour la détermination de la prochaine vague de CPG en lien avec Trajectoire 2018. Faut-il négocier des CPG qui couvrent le champ des futures caisses régionales, ou bien négocier autant de CPG qu'il y a aujourd'hui de caisses ? La mission est favorable à la première option pour des raisons indiquées dans l'annexe sur le réseau.

Recommandation n°9 : Négocier les prochains CPG dans le cadre du ressort des futures caisses régionales

5 LES ENGAGEMENTS DE L'ETAT SEMBLENT RESPECTES DANS L'ENSEMBLE

- [82] La convention du RSI comporte 22 engagements de l'Etat. C'est un nombre limité par rapport aux engagements du RSI lui-même. C'est aussi un nombre limité par rapport aux engagements figurant dans les conventions de l'ACOSS ou de la CNAVTS par exemple.
- [83] On relève que cinq programmes sur seize ne comportent aucun engagement de l'Etat alors qu'un programme en comporte quatre, ce qui est déséquilibré.
- [84] L'auto-évaluation faite par la direction de la sécurité sociale, et confrontée au jugement du RSI et aux constats de la mission, fait ressortir un taux de mise en œuvre de 77 % de ses engagements par l'Etat.

Tableau 9 : Evaluation de la mise en œuvre des engagements de l'Etat

N° du programme	Engagements de l'Etat	Mise en œuvre
2	-Accompagner le pilotage et le financement du plan ISU -Financer dans le cadre du SDSI la solution d'industrialisation informatique de calcul et d'enregistrement des droits acquis -Financer les solutions applicatives manuelles en attente de SCDP	Oui Oui Oui. SCDP abandonné
3	-Faciliter la reconnaissance du RSI comme partenaire référent par les CFE et le GIP guichet entreprises -Faire évoluer la réglementation afin d'améliorer la complétude des liasses des CFE	Oui Partielle
4	-Etudier les propositions de simplification administrative formulée par le RSI -Définir et compléter le cadre juridique nécessaire à la portabilité des droits -Développer le benchmark entre les régimes -Faciliter les échanges d'information inter-régimes en vue notamment d'améliorer les délais de liquidation droits dérivés	Partielle Partielle Oui Partielle
5	-Assurer l'accompagnement légal et réglementaire des projets	Partielle
6	-Autoriser la fongibilité des budgets contribuant au financement de l'ASS -Associer le RSI aux travaux menés sur les thématiques travail-handicap et « bien vieillir »	Oui Oui
8	-Garantir la mise à disposition du RSI des données de revenus professionnels déclarés auprès des services fiscaux -Adapter le cadre réglementaire pour permettre une adaptation du montant individuel des taxations d'office en fonction de la situation propre des cotisants	Partielle Partielle
9	-Favoriser une réglementation permettant une politique de contrôle et d'évaluation des pratiques efficiente -Favoriser une simplification de la gestion des ALD	Oui Oui
11	-Favoriser le partenariat entre les acteurs institutionnels et le partage des données entre institutions au niveau européen et international -Promouvoir l'amélioration et l'évaluation de l'efficacité des politiques mises en œuvre	Oui Oui
12	-Accompagner l'ACOSS et le RSI dans la définition dans le cadre de la convention commune relative à l'ISU d'engagements réciproques en matière de maîtrise des risques	Oui
13	-Conduire les travaux relatifs au plan stratégique et au SDSI des OSS	Oui
14	-Harmoniser les conditions de nomination des directeurs et agents comptables avec les règles du régime général -Engager une réflexion pour moderniser les conditions de nomination des praticiens conseils régionaux	Partielle Non

Source : Direction de la sécurité sociale, RSI et mission IGAS

- [85] C'est un score apparemment satisfaisant. Toutefois, comme ceux du RSI, la plupart des engagements de l'Etat sont énoncés dans des termes trop vagues et dont les résultats recherchés ne sont pas suffisamment concrets (ex : « étudier les propositions de simplification administrative formulées par le RSI », « accompagner l'ACOSS et le RSI dans la définition dans le cadre de la convention commune relative à l'ISU d'engagements réciproques en matière de maîtrise des risques » ; « assurer l'accompagnement légal et réglementaire des projets »...). Il est malaisé pour ces raisons, et comme pour le RSI, de porter un jugement précis sur la mise en œuvre par l'Etat de ses engagements.

6 LES INDICATEURS DEVRAIENT EVOLUER LORS DE LA PROCHAINE CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION

- [86] La mission s'est penchée avec les responsables nationaux et régionaux du RSI ainsi qu'avec la direction de la sécurité sociale sur l'évolution possible et souhaitable des indicateurs conventionnels.
- [87] La mission préconise de limiter le nombre d'indicateurs de résultat prioritaires dans la prochaine COG.

Recommandation n°10 : Retenir un nombre limité d'indicateurs de résultats prioritaires de l'ordre d'une vingtaine, dont cinq environ par grand métier (retraite, santé, recouvrement). Des indicateurs additionnels, de résultats ou de « suivi », peuvent être définis le cas échéant sous forme de tableaux de bord pour les gestionnaires du régime

- [88] La mission préconise également de limiter au maximum les problèmes méthodologiques constatés au cours de la présente période conventionnelle.

Recommandation n°11 : Ne retenir que des indicateurs dont la définition et le champ sont clairs en début de période conventionnelle et dont la disponibilité est, au pire, annuelle et proscrire les changements de définition ou de champ des indicateurs en cours de convention

- [89] S'agissant des différents métiers et domaines d'action, la mission recommande d'adopter les indicateurs suivants comme indicateurs de résultat de la prochaine COG :

- Pour la relation avec les usagers :
 - Taux de décroché téléphonique (85 % dès la première année de la COG avec atteinte de l'objectif par au moins 2/3 des caisses régionales) ;
 - Taux de respect des engagements de service (indicateur global de suivi) ;
 - Taux d'accueil sur rendez-vous (au moins 80 %) ;
 - Taux synthétique de satisfaction des usagers, et taux par grands métiers : recouvrement, retraite, santé, ASS.. (avec atteinte des objectifs de taux de satisfaction par au moins 80 % des caisses) ;
 - Taux d'atteinte des indicateurs clés de la relation avec l'utilisateur par un nombre minimal de caisses.
- Pour le recouvrement :
 - Taux de restes à recouvrer y compris taxation d'office y compris régularisations post-radiation (période 66) et y compris procédures collectives ;
 - Taux de récupération des créances à 100 jours ;
 - Taux de récupération des créances à 300 jours ;
 - Taux de dématérialisation des paiements ;
 - Coût de gestion de l'euro collecté.

- Pour la retraite
 - Taux de mise en paiement dans les délais requis des droits propres retraite¹⁰ ;
 - Taux de mise en paiement dans les délais requis des droits dérivés retraite ;
 - Réduction des écarts de performance sur la retraite ;
 - Délai dans lequel le RSI donne son « top carrière vérifiée » dans le cadre de la reconstitution des carrières.

- Pour la santé
 - Délais d'ouverture des droits CMU-CMUC ;
 - Taux de remboursement dans les délais des feuilles de soins ;
 - Taux de paiement dans les délais des indemnités journalières ;
 - Taux de participation au bilan santé-retraite ;
 - Taux de participation au bilan prévention pro.

- Pour l'action sanitaire et sociale
 - Taux d'efficacité de l'ACED ;
 - Taux de prise en compte de l'ACED par les URSSAF dans les comptes cotisants ;
 - Degré de réalisation des projets financés par actions collectives et subventions aux associations.

- Pour le réseau
 - Taux standard de productivité par segment d'activité (à définir sur la base d'un approfondissement de l'utilisation d'ASTA en Languedoc Roussillon et Côte d'Azur) ;
 - Taux synthétique de performance des caisses régionales

¹⁰ Il convient également d'harmoniser la définition inter-régimes au sein des régimes alignés de cet indicateur et du suivant.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Respecter dans le texte de la prochaine convention une stricte cohérence entre les différents documents de la convention (résumé, préambule, corps du texte, annexes...) et entre programmes, objectifs, engagements et indicateurs	CNRSI - DSS	4 ^{ème} trimestre 2015
2	Prioriser plus clairement les programmes et les objectifs clés de la prochaine convention	CNRSI – DSS	4 ^{ème} trimestre 2015
3	Prévoir des engagements du RSI et de l'Etat ayant un contenu concret et détaillé et un calendrier précis afin de pouvoir déterminer s'ils ont été ou non atteints en fin de période conventionnelle	CNRSI – DSS	4 ^{ème} trimestre 2015
4	Prévoir un calendrier de mise en œuvre des engagements qui s'étale sur toute la durée de la convention et pas uniquement sur les premières années	CNRSI – DSS	4 ^{ème} trimestre 2015
5	Prévoir une stricte articulation entre les documents stratégiques internes, et notamment la CNOM, le tableau de bord ISU et le SDSI, et la COG	CNRSI - DSS	4 ^{ème} trimestre 2015
6	Rédiger une annexe commune à la COG du RSI et à celle de l'ACOSS, révisable tous les deux ans	CNRSI – ACOSS - DSS	4 ^{ème} trimestre 2015
7	Réviser les indicateurs figurant dans les CPG en coordination avec les évolutions de ceux figurant dans la COG	CNRSI	1 ^{er} trimestre 2016
8	Créer une partie qualitative et programmatique dans chaque CPG et en faire un véritable « plan d'affaires » régional	CNRSI	1 ^{er} trimestre 2016
9	Négocier les prochains CPG dans le cadre du ressort des futures caisses régionales	CNRSI	2016
10	Retenir un nombre limité d'indicateurs de résultats prioritaires de l'ordre d'une vingtaine, dont cinq environ par grand métier (retraite, santé, recouvrement)	CNRSI	4 ^{ème} trimestre 2015
11	Ne retenir que des indicateurs dont la définition et le champ sont clairs en début de période conventionnelle et dont la disponibilité est, au pire, annuelle et proscrire les changements de définition ou de champ des indicateurs en cours de convention	CNRSI	4 ^{ème} trimestre 2015

PIECE JOINTE : PRINCIPALES REALISATIONS DU RSI PENDANT LA PERIODE DE LA COG (SELON UN BILAN ETABLI PAR LE RSI)

	Recouvrement	Retraite	Relation assurés
2012	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plans d'action ISU 1 et 2 ▪ Mise en place des équipes mixtes URSSAF-RSI ▪ Fin des singletons ▪ Mise sous contrôle des stocks et flux de d'affiliation et de radiation ▪ Déploiement des circuits de pilotage des réclamations conjoint avec les URSSAF ▪ Ouverture de la possibilité de régularisation anticipée des cotisations dès le printemps n+1 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise à disposition des écrans de consultation des droits retraite sur le portail ISU ▪ Ouverture de la fenêtre de 18 mois ouverts à certains assurés pour rachats de trimestres à condition préférentielle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouverture du portail assuré (compte individuel avec téléservices de consultation ou de transaction sur internet : accès au compte cotisant, attestation de marché public, relevé de carrière retraite, ...). ▪ Déploiement général de l'infrastructure technique et organisationnelle d'accueil téléphonique. ▪ Professionnalisation des téléconseillers interne
2013	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modernisation des formulaires déclaratifs de la DSI ▪ Première vague de mise en place des organisations communes URSSAF-RSI ▪ Début du redéploiement vers les caisses régionales des équipes du recouvrement forcé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création du RCI, régime de retraite complémentaire unique des artisans et commerçants ▪ Déploiement d'ASUR et fermeture des anciennes chaînes retraite artisans et commerçants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouverture du compte internet aux experts comptables ▪ Ouverture des numéros courts 3698 et 3648 ▪ Reprise du recouvrement amiable par téléphone
2014	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan conjoint de maîtrise des risques ▪ Remise en place des majorations de retard et des passages en ANV ▪ Apurement des stocks de crédits à affecter et à ventiler sur les comptes cotisants ▪ Premiers entretiens d'évaluation conjoints des directeurs régionaux URSSAF et RSI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réintégration des droits retraite période ISU dans la base carrière du régime ▪ Chargement en flux de l'EIRR (n'avait jamais fonctionné pour les populations de commerçants) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Institution du médiateur national ▪ Refonte du courrier de bien venue à l'affiliation de l'assurée dans le cadre de la mise en service de GAC ▪ Généralisation du MAPI (maintien en activité professionnelle des indépendants) ▪ Ouverture du téléservice d'obtention automatique de délais de paiement
2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place du trois en un ▪ Levée par la Cour de la réserve de portée générale sur les comptes de l'ACOSS concernant les TI ; certification des comptes 2014 du RSI. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alignement des régimes d'invalidité artisans et commerçants ▪ Adoption par le parlement de la proposition du RSI de fusion des barèmes et de la validation des trois 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Millionième abonné aux comptes assurés en ligne ▪ Réinternalisation complète de l'accueil téléphonique ▪ Déploiement des médiateurs de terrain ▪ Ouverture du service de téléreglement des

	<ul style="list-style-type: none">▪ Fin du déploiement de l'organisation commune régionale▪ Accélération du remboursement des trop perçus de cotisations par modification des méthodes de contrôle	trimestres retraite	cotisations
--	---	---------------------	-------------

-

ANNEXE 2 : LA RELATION AVEC LES USAGERS

INTRODUCTION.....	33
1 LA RELATION AVEC LE REGIME RESTE PERÇUE COMME DEGRADEE PAR DE NOMBREUX ASSURES.....	33
1.1 DES AMELIORATIONS INEGALES ET INSUFFISANTES POINTEES PAR LA MISSION PARLEMENTAIRE EN MATIERE DE RELATIONS AVEC LES USAGERS	33
1.2 UNE SITUATION QUE REFLETE EN PARTIE LES RESULTATS DES INDICATEURS DE LA COG 34	
2 LA FORMALISATION D'UNE STRATEGIE GLOBALE EST RELATIVEMENT RECENTE.....	35
2.1 LA REORIENTATION ET LE RENFORCEMENT DE LA STRATEGIE GLOBALE MULTI-CANAL DEPUIS MI 2013	36
2.2 LA DEFINITION ET LA FORMALISATION DE « PARCOURS CLIENTS », INITIE MI 2014, EN COURS DE FINALISATION	36
2.3 DES ENGAGEMENTS DE SERVICES ADOPTES EN JUILLET 2015	36
3 LE TRAITEMENT DES RECLAMATIONS ET DES SITUATIONS DIFFICILES PROGRESSE	37
3.1 LA BAISSSE DU NOMBRE DE RECLAMATIONS.....	37
3.2 DES EXPERIENCES DE PRISE EN CHARGE INNOVANTES DES ASSURES EN SITUATION DIFFICILE.....	38
4 L'ACCUEIL REPOSE SUR UN APPROCHE MULTI-CANAL A OPTIMISER.....	40
4.1 L'ACCUEIL PHYSIQUE : DES OBJECTIFS COG ATTEINTS, UNE REFLEXION A POURSUIVRE SUR LE RESEAU DES BUREAUX ET AGENCES ET LES MODALITES DE L'ACCUEIL.....	41
4.2 L'ACCUEIL TELEPHONIQUE : DES OBJECTIFS NON ATTEINTS ; LES EFFETS DE LA REINTERNALISATION SERONT A MESURER	45
4.3 LE COURRIER, UN CHANTIER MAJEUR EN COURS	51
4.4 L'OFFRE DE SERVICES DEMATERIALISEE, UNE PROGRESSION A ACCENTUER	53
5 LA SATISFACTION DES USAGERS DOIT ETRE MIEUX MESUREE ET PRISE EN COMPTE DANS LA COG.....	56
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	59
PIECE JOINTE N°1 : 20 MESURES POUR LES ASSURES DU REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS (DOSSIER DE PRESSE 25 JUIN 2015)	61
PIECE JOINTE N°2 : LES ENGAGEMENTS DE SERVICE DU RSI	63

INTRODUCTION

[90] La lettre de mission demande un examen de l'organisation de la relation avec les usagers, en tenant compte des propositions et recommandations de la mission confiée parallèlement par le Premier ministre à deux parlementaires qui a rendu son rapport le 22 septembre dernier et en examinant les modalités possibles de leur intégration dans la future convention d'objectifs et de gestion (COG). La présente annexe reprend donc les grandes lignes du constat fait par ce rapport et s'attache à examiner la stratégie du régime, ses modalités de déclinaisons et ses résultats ou de ses limites, en formulant des recommandations dans la perspective de la future COG.

[91] Le constat est celui d'une relation perçue comme dégradée par un certain nombre d'assurés, que reflète en partie l'atteinte inégale des objectifs de la COG en ce domaine (1). La formalisation de la stratégie est récente (2) et si le traitement des réclamations et des situations difficiles s'est amélioré (3), les modalités et les résultats de l'accueil multi-canal peuvent encore progresser (4), ainsi que la mesure de la satisfaction des usagers (5).

1 LA RELATION AVEC LE REGIME RESTE PERÇUE COMME DEGRADEE PAR DE NOMBREUX ASSURES

1.1 Des améliorations inégales et insuffisantes pointées par la mission parlementaire en matière de relations avec les usagers

[92] Dans leur rapport intermédiaire remis le 8 juin dernier au Premier ministre, les deux parlementaires missionnés sur le sujet du fonctionnement du Régime social des indépendants dans sa relation avec les usagers pointent, malgré des améliorations et des initiatives récentes du régime, de nombreux points noirs qui perdurent.

[93] Ils relèvent que c'est avant tout le domaine de l'appel de cotisations et du recouvrement qui cristallise aujourd'hui encore la majeure partie du mécontentement. Ils constatent que si les dysfonctionnements majeurs ont cessé, des anomalies trop nombreuses perdurent, liées notamment à la gestion automatique des courriers par le système d'information de l'ACOSS, qui provoquent l'incompréhension voire la colère des assurés concernés. De même l'absence de traitement personnalisé, le recours trop rapide à l'huissier sans démarche amiable suffisante sont pointés.

[94] En matière de retraite, les difficultés liés au déploiement de l'outil retraite ont également généré des retards que le système de paiement des acomptes est venu pallier en partie, mais qui mobilisent les agents, les empêchant d'être plus présents sur l'information des usagers (cf. annexes 6 et 7 sur les problématiques spécifiques de ces deux thématiques).

[95] Leur rapport souligne aussi l'insuffisance de la réponse téléphonique et du développement et de la promotion d'une offre dématérialisée. De manière générale, les parlementaires regrettent le manque de communication du régime, à la fois individuelle et collective, en direction de ses assurés.

[96] Vingt des trente propositions formulées pour améliorer la relation avec les assurés du régime ont ainsi été reprises dans les annonces gouvernementales du 25 juin dernier de « Vingt mesures pour les assurés du régime social des indépendants »¹¹.

¹¹ Cf. pièce jointe n°1 en fin d'annexe.

[97] Certaines de ces propositions sont reprises au fil des recommandations *infra* et, pour quelques unes, font l'objet de propositions relatives au contenu et aux indicateurs de la future COG.

1.2 Une situation que reflète en partie les résultats des indicateurs de la COG

[98] Au moins dix-sept indicateurs de la COG se rattachent à la notion de service à l'utilisateur, onze indicateurs de résultat (R dans le tableau *infra*) et six indicateurs de suivi ou pilotage (S).

[99] Treize indicateurs reflètent une qualité de service rendu à l'assuré :

➤ en termes de délais de traitement impactant les droits des assurés,

N°	Indicateurs	Objectifs à fin 2014	Résultats au 31 décembre 2014
FP02 100	Taux de régularisation de compte des actifs et radiés (R)	100 %	100 %
FP03 100	Taux de traitement des affiliations dans les délais (60 jours) (R)	90 %	83,14 %
FP03 150	Taux de traitement des radiations dans les délais (10 jours) (R)	90 %	94,91 %
FP03 700	Délais d'ouverture des droits CMU CMUC (R)	10,5j	9,2j
FP04 300	Taux de mise en paiement dans les délais requis (60 jours) des droits propres retraite (R)	80 %	56,07 %
FP04 110	Taux de remboursement dans les délais (7 jours) des feuilles de soin électroniques (R)	96,5 %	97,2 %
FP04 310	Taux de mise en paiement dans les délais requis des droits dérivés retraite (S)		16,17 %
FP04 600-1	Délais de délivrance de la carte vitale (assurés et ayants droits) (S)		8,5j
FP04 600-2	Délais de mutation de la carte vitale (assurés et ayants droits) (S)		45,8j

R = indicateur de résultat – S = indicateur de suivi

➤ en termes d'offre de service,

N°	Indicateurs	Objectifs à fin 2014	Résultats au 31 décembre 2014
FP10 100	Taux de participation au Bilan Santé Retraite (R)	16 %	18,21 % sur 4 caisses expérimentatrices
FP10 200	Taux de participation au Bilan Prévention Pro (R)	14 %	9,1 %

- en termes de satisfaction de l'assuré, indirectement ou directement.

N°	Indicateurs	Objectifs à fin 2014	Résultats au 31 décembre 2014
FP08 300	Taux d'efficacité de la démarche amiable (ISU) (S)		28,16 %
FP01 400	Mesures de la satisfaction des assurés (<i>pilotage</i>)		65 % (enquête octobre 2014)

- [100] Quatre indicateurs sont plus strictement centrés sur la relation directe, avec une approche par canal, physique, téléphonique ou par courriel ou courrier, ou multi-canal, s'agissant des réclamations, entre le régime et ses assurés :

N°	Indicateurs	Objectifs à fin 2014	Résultats au 31 décembre 2014
FP01 101	Taux de décrochés téléphoniques par téléconseiller (R)	85 %	76 %
FP01 200	Taux de réponses dans les délais aux réclamations (R)	90 %	91,69 %
FP01 600	Taux de personnes reçues dans un délai d'attente inférieur à 20 mn (R)	70 %	82,65 %
FP01 300	Taux de comptes assurés ouverts à la consultation en ligne (S)		20,29 %

- [101] Six des onze indicateurs de résultat sont atteints ou dépassés (soit 54,5 %). Parmi les indicateurs très en deçà de l'objectif, la liquidation des droits propres et le taux de décroché téléphonique sont à remarquer. Le taux du bilan Santé retraite ne porte que sur un périmètre restreint à quatre caisses. Il n'est donc pas possible de porter un jugement sur l'atteinte de cet objectif mais la mission relève que l'objectif de mise en œuvre sur l'ensemble du réseau n'est pas atteint.

- [102] Il est renvoyé à l'annexe 1 sur l'analyse globale des indicateurs et de l'atteinte des objectifs et aux annexes thématiques 5, 6, 7 s'agissant plus spécifiquement des activités santé, retraite et recouvrement. De même, s'agissant de l'accueil et du traitement des courriers et réclamations en matière de maladie, il est renvoyé à l'annexe 5 sur les organismes conventionnés (OC), une partie importante des objectifs des OC en la matière figurant par ailleurs dans la convention nationale d'objectifs et de moyens (CNOM).

- [103] La présente annexe est centrée sur les modalités, outils et indicateurs de la relation clients *stricto sensu*, à savoir le traitement des réclamations, l'accueil (téléphonique, courrier, physique, dématérialisé) et la mesure de la satisfaction des assurés.

2 LA FORMALISATION D'UNE STRATEGIE GLOBALE EST RELATIVEMENT RECENTE

- [104] La volonté d'une véritable stratégie en matière de relation clients est affichée depuis l'origine du régime mais le choc de la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU) a conduit à privilégier le rétablissement et la normalisation de l'activité de recouvrement au détriment d'une approche plus globale.

- [105] La stratégie client s'est, de ce fait, longtemps résumée au traitement des réclamations et des anomalies et l'approfondissement de la réflexion est relativement récente.

2.1 La réorientation et le renforcement de la stratégie globale multi-canal depuis mi 2013

- [106] Sur la base d'enquêtes à chaud réalisées en mars et avril 2013 dans 24 caisses auprès des assurés fréquentant l'accueil physique, d'un travail avec des « focus groups » d'assurés et d'un échange en séminaire avec les cadres de direction, le régime a souhaité recentrer sa stratégie autour de trois axes : fiabilité, réactivité, sens du service.
- [107] L'affirmation de ces axes s'accompagnaient de propositions d'actions concrètes notamment en matière de positionnement du front-office, de développement ou de fiabilisation d'outils, d'accompagnement des agents, de qualité et d'harmonisation des réponses apportées (par courrier comme au téléphone ou en accueil physique), comme d'homogénéisation du maillage territorial, d'engagements de services et de communication.
- [108] Nombres des actions concrètes engagées depuis par la caisse nationale (*cf. infra* partie 4) sont une déclinaison concrète de ces réflexions.

2.2 La définition et la formalisation de « parcours clients », initié mi 2014, en cours de finalisation

- [109] Son objectif final est de décliner des processus métiers cohérents et homogènes sur l'ensemble du réseau et des réponses homogènes en termes de complétude et de qualité de la réponse apportée.
- [110] Dans le contexte du déploiement envisagé d'un nouvel outil CALI de relation clients (*cf. infra*) et du nouveau projet ORCHESTRA de gestion électronique des documents et des tâches (GED/GDT), il s'agit de travailler sur le contact efficace pour limiter le nombre global de contacts, tout en garantissant la systématisation de la réponse.
- [111] Un chantier mené entre avril 2014 et juin 2015 avec 14 caisses de base, la caisse nationale et un groupe spécifique « Cotisations » avec l'ACOSS et trois URSSAF a permis de travailler sur les 96 motifs de contacts, autour des trois moments clefs que sont l'affiliation, le paiement des cotisations et la demande de retraite. La rédaction des parcours clients cibles s'achève.
- [112] Il s'agit désormais d'identifier pour chacun le mode de traitement et le canal le plus adapté, à la fois au motif et à la complexité de la demande ou à la sensibilité du public et de mener, en lien avec le travail à conduire dans le cadre de Trajectoire sur les organisations et pratiques, une étude de l'écart par rapport aux pratiques-cibles. Cette identification des traitements par type de parcours s'accompagnera également d'un travail sur les messages.

2.3 Des engagements de services adoptés en juillet 2015

- [113] Elaborés au printemps 2015 et validés par le conseil le 7 juillet 2015, il s'agit d'engagements du régime vis-à-vis de ses assurés, répondant à leurs attentes de fiabilité, de réactivité et de sens du service. C'était là une recommandation du rapport intermédiaire des parlementaires
- [114] 20 engagements sont ainsi pris (*cf. pièce jointe n°2*), certains en termes de délais de réponse aux demandes (cinq jours ouvrés pour la réponse à un courriel, 15 jours pour la réponse à une demande de délai de paiement), d'autres de versement de prestations (engagement à payer la pension dans le mois qui suit le départ en retraite), d'autres enfin en termes d'accueil et de garantie d'information.

[115] Ces engagements sont simples et leur ambition peut sembler mesurée ; en particulier, peu d'entre eux portent sur la tenue de délais. Il est vrai toutefois que le RSI n'est pas toujours l'acteur unique des procédures (avec des délais de transmission des partenaires non maîtrisables) et qu'il n'a pas encore été défini de délai pour de nombreuses activités. La démarche d'engagements de services est toutefois intéressante et le régime entend rendre compte publiquement du respect de ces engagements, selon une forme qui reste à déterminer.

Recommandation n°12 : Introduire dans la COG un indicateur de respect des engagements de service

[116] Si cette stratégie gagne donc à l'évidence en contenu et en ambition, l'impact n'en est toutefois pas encore vraiment visible. L'enquête de satisfaction Médiamétrie 2014 évoquait un taux de satisfaction de 65 %, assez faible (en comparaison des 94 % d'assurés globalement satisfaits pour la CNAMTS – chiffres 2012 –, et 86 % pour les assurés de la CNAV – étude sur l'Ile-de-France 2013 –) et les constats faits par la mission parlementaire auprès d'assurés de base confirment cet état de fait.

[117] Même si la baisse des réclamations traduit une diminution de la tension, la déclinaison opérationnelle des trois grandes orientations affichées par le régime doit encore progresser ; des outils très structurants pour les activités de relation clients sont encore en cours de test et le régime doit faire ses preuves en matière de téléphonie après la ré internalisation intervenue depuis juillet 2015 (*cf. infra*).

3 LE TRAITEMENT DES RECLAMATIONS ET DES SITUATIONS DIFFICILES PROGRESSE

3.1 La baisse du nombre de réclamations

[118] Le nombre de réclamations a baissé de plus de 15 % entre 2013 et 2014, passant de 26 409 à 21 433 pour le seul RSI, ce qui représente moins de 1 % en volume des appels de cotisation adressés aux assurés en 2014. Cette baisse confirme la tendance déjà observée en 2012 (-3,8 %).

[119] A noter toutefois que le cumul des réclamations adressées au RSI et à l'URSSAF est supérieur avec 28 343 réclamations (soit 1,1 % des avis).

[120] La majorité (53 %) des demandes concerne toujours le périmètre ISU. Les réclamations relatives aux cotisations (contestation du recouvrement ou du calcul des cotisations) représentent les 2/3 des réclamations relevant du périmètre ISU, moins d'un tiers concernant l'affiliation ou la radiation.

[121] Toutefois, la baisse des réclamations sur le secteur recouvrement déjà observée en 2013 se confirme à nouveau en 2014 alors que les réclamations concernant la retraite augmentent de 26 % à 39 %.

Tableau 1 : Répartition des réclamations par état d'avancement

Etat	Nombre	%
Stock initial	2 214	9,36
Reçues	21 433	90,64
Annulées	359	1,52
Clôturées (dont 2 annulées hors délai)	20 783	87,89
En cours	2 505	10,59
Stocks + reçues	23 647	100,00

Source : CNRSI Bilan Réclamations 2014

- [122] On constate une augmentation du stock (2 505 réclamations encore en cours au 31 décembre 2014), malgré un nombre de réclamations reçues en baisse. Le taux global de traitement est de 89,2 %.
- [123] La mise en place d'un plan de traitement des réclamations par la caisse nationale et son pilotage, l'homogénéisation des pratiques, une implication de chaque direction régionale dans le suivi de ces réclamations et l'évolution constatée en matière de recouvrement expliquent cette tendance du nombre de réclamations qui devra être confirmée.
- [124] L'indicateur de traitement des réclamations dans les délais est complexe puisqu'il repose sur trois types de situations auxquelles sont associés trois types de délais : 21 jours ouvrés pour les situations « standard », 15 jours ouvrés pour les réclamations sensibles et 7 jours pour les réclamations urgentes (ISU). Les responsables de caisses régionales, s'ils indiquent leur fort investissement sur ce sujet, soulignent des différences de comptage entre caisses et d'appréciation du type de réclamation ainsi qu'une probable sous-estimation de la réalité de leur nombre, sans que ce point ait pu être objectivé.

Recommandation n°13 : Poursuivre le suivi du traitement des réclamations en revenant à deux catégories (deux catégories : simple ou urgent) et s'assurer de pratiques homogènes de comptage des réclamations

3.2 Des expériences de prise en charge innovantes des assurés en situation difficile

3.2.1 L'expérience de médiateurs externes en Bretagne en cours d'extension à l'ensemble du réseau

- [125] Cette expérience de médiation a été lancée le 9 septembre 2014 à l'initiative des directions régionales du RSI et de l'URSSAF. Elle fait intervenir des médiateurs externes et bénévoles. Seuls les frais de déplacement éventuels sont pris en charge.
- [126] Ces médiateurs sont choisis en Bretagne par les directeurs des deux organismes, à raison de deux par département, en raison de leur connaissance à la fois du secteur professionnel mais aussi du régime, sans toutefois qu'ils y aient une responsabilité directe.
- [127] Les demandes sont reçues soit sur un site dédié soit par courrier, triées par le régime et aiguillées vers le médiateur si la demande paraît le justifier.
- [128] Au 30 septembre 2015, 147 personnes ont ainsi été accompagnées, pour des demandes concernant principalement les cotisations, mais également les prestations, notamment les retraites.

- [129] Un premier bilan confirme l'intérêt de ce dispositif pour l'ensemble des acteurs et la nécessité de l'améliorer en termes d'accès à ce service, de suivi des dossiers et de communication.

Intérêt et améliorations possibles du dispositif - le point de vue de trois médiateurs

→ *Un outil supplémentaire dans la résolution de cas difficiles*

- des médiateurs connaissant bien le métier (jeunes retraités du commerce ou de l'artisanat)
- des médiateurs connaissant bien le régime (anciens administrateurs de l'URSSAF, des anciennes caisses ANVA ou ORGANIC, ou du RSI, implication associative au service de la profession)
- des médiateurs n'ayant plus de responsabilité active dans ces structures, perçus et se percevant comme indépendants
- un lieu d'écoute et de dédramatisation

→ *Quelques pistes d'amélioration*

- une formation plus régulière et de l'information sur les nouveaux dispositifs (exemple du 3 en 1)
- une vision de l'ensemble des saisines pour repérer et choisir les demandes justifiant une intervention
- une rétro-information plus rapide des médiateurs sur les suites données à leurs propositions ; et une mise en œuvre rapide quand celles-ci sont suivies

- [130] La mission parlementaire a recommandé l'extension du dispositif dans son rapport d'étape du 8 juin au Premier ministre, considérant l'intérêt des profils de ces médiateurs combinant proximité avec les problèmes des travailleurs indépendants et indépendance par rapport au régime. Cette proposition a été reprise par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes lors de son déplacement au RSI à l'occasion du conseil d'administration extraordinaire du 25 juin 2015.

- [131] Le RSI, par lettre réseau N° 2015 / 093 du 13 juillet 2015, en précise les modalités :
- une cible d'un médiateur par département avec une première étape au 31 décembre 2015 : couvrir l'ensemble du territoire régional et 50 % des départements ;
 - une personnalité indépendante du RSI, et ayant une connaissance de la protection sociale des travailleurs indépendants ;
 - une saisine par courrier ou internet possible dès lors qu'une première réponse de la caisse est intervenue ;
 - le médiateur reçoit toutes les demandes, c'est lui qui se déclare compétent ;
 - ses recommandations à la caisse font l'objet sous 48h d'une réponse quant à la suite que compte donner cette dernière.

Recommandation n°14 : Introduire deux indicateurs de suivi dans les CPG sur :

- le respect du délai de réponse au médiateur sous 48 heures ;
- le respect du délai d'un mois pour la mise en place de la solution proposée et acceptée

Recommandation n°15 : Dès lors que les réclamations portent encore majoritairement sur le champ du recouvrement, s'assurer que le directeur régional de l'URSSAF est associé à la désignation des médiateurs

3.2.2 La cellule de médiation et d'intervention en Pays-de-la-Loire, un exemple du traitement intégré des réclamations et des interventions

- [132] Le traitement des réclamations repose en Pays-de-la-Loire sur la mise en place d'une cellule d'intervention et de médiation internalisée (CIM) composée de quatre agents et d'un temps partiel d'encadrement (soit 4,2 ETP).
- [133] La CIM est le point unique d'entrée de toutes les réclamations quel qu'en soit le support ou le vecteur (courrier pour 80 %, mais aussi téléphone, visites ou saisines également des administrateurs, des élus, des organisations professionnelles, du défenseur des droits).
- [134] La cellule trie les demandes, les redirige vers les services techniques compétents pour une partie d'entre eux et gère les dossiers complexes, sensibles ou d'une urgence manifeste (risque pour l'entreprise, fin de droits, etc.) en rétablissant de manière systématique pour ces dossiers un lien avec l'assuré : rappel téléphonique, proposition de rendez-vous si nécessaire, redirection vers un service compétent en interne (service métier, Commission de recours) ou externe, comme l'action sociale départementale par exemple.
- [135] Une difficulté importante demeure l'absence de visibilité du RSI sur les encaissements et les paiements du côté de l'URSSAF. La caisse RSI ne dispose pas, via le portail ISU, d'une vision en temps réel du compte et c'est à l'occasion de la réclamation qu'elle découvre les difficultés plus profondes de l'entreprise.
- [136] Cette approche interne très pro-active a conduit à une baisse de 33 % des réclamations sur 2014. Elle devrait se poursuivre en articulation avec la mise en place des médiateurs externes.

4 L'ACCUEIL REPOSE SUR UN APPROCHE MULTI-CANAL A OPTIMISER

- [137] 834 agents en CDI et CDD fin 2014 sont affectées à une fonction d'accueil¹² (accueil physique, téléphonique, relations clients, réclamations)¹³, soit 17 % du nombre d'agents en caisses.

¹² CAPCEA 2014.

¹³ y compris responsables, sous-directeurs responsable des départements et DGA des caisses lorsqu'ils sont identifiés sur cette fonction.

4.1 L'accueil physique : des objectifs COG atteints, une réflexion à poursuivre sur le réseau des bureaux et agences et les modalités de l'accueil

4.1.1 L'organisation

[138] La politique du RSI repose sur deux orientations, rappelées dans les lettres Réseau des 23 avril 2014, 16 juin 2014 et 29 octobre 2014.

- Privilégier l'accueil sur rendez-vous pour :
 - Répondre aux demandes des travailleurs indépendants nécessitant une forte expertise, une action de conseil ou une préparation du dossier (accueil dit de niveau 2) ;
 - Réaliser l'accueil physique dans les permanences.
- Maintenir un accueil spontané, dans un souci d'accessibilité au service public mais aussi afin de garantir la prise en charge des problématiques urgentes des assurés, pour
 - Assurer une mission de pré accueil ;
 - Réaliser la prise en charge des demandes dite de niveau 1.

[139] L'accueil est assuré sur huit heures en continu au moins sur l'un des points principaux d'accueil (lequel est déterminé par les statistiques de fréquentation), selon des modalités que chaque caisse adapte aux spécificités locales.

[140] Des outils d'orientation des visiteurs sont désormais en place dans pratiquement toutes les caisses (système de ticket et de fléchage du guichet selon la nature de la demande). Ils permettent également d'enregistrer la fréquentation et l'attente avant d'être reçu. Un marché national lancé en 2015 permettra d'homogénéiser rapidement cet enregistrement (les deux outils actuellement utilisés ne présentant pas les mêmes potentialités et caractéristiques).

[141] La mise en œuvre d'un accueil dédié pour les professions libérales dans les caisses régionales était l'un des chantiers d'OPTIMO. L'articulation encore à définir avec la caisse Professions Libérales (PL) du RSI a, à ce jour, limité l'avancée sur ce sujet. A ce stade, un référent PL a été désigné dans chaque caisse, formé à la législation PL et peut donc recevoir cette population. Le lien peut être fait avec la caisse PL pour transfert de la demande en cas de dossier difficile¹⁴.

[142] La réalité du besoin demande à être confirmé quoiqu'il en soit du point de vue de la mission. Les directeurs des caisses où elle s'est déplacée n'ont à aucun moment fait état d'un besoin ou de difficultés spécifiques liés à ce public, ni de visites en nombre. Cette population ne relève du RSI que pour l'affiliation et une partie minime de la santé (les OC assurant le versement des prestations et le recouvrement des cotisations, et la retraite relevant de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales CNAVPL).

¹⁴ Cf. lettre réseau n° 2015/77 du 3 juin 2015.

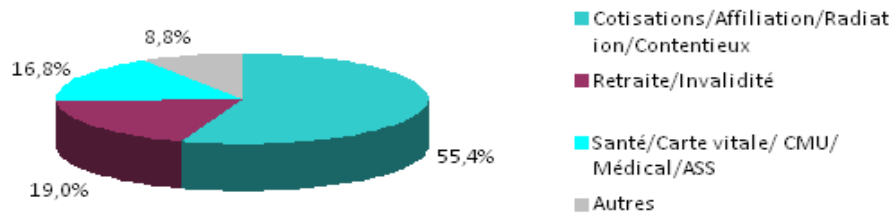
4.1.2 Les chiffres de l'accueil physique

4.1.2.1 Une fréquentation qui reste importante

[143] 845 942 visiteurs, en 2014 en très faible augmentation par rapport à 2013, ont été reçus en 2014.

4.1.2.2 La majorité (55 %) des visites concerne les cotisations.

Graphique 1 : Ventilation des motifs de visites



Source : CNRSI-DPSA 2014

[144] A noter toutefois que 16,8 % des visites portent sur des demandes du domaine Santé, dont la majeure partie est déléguée aux OC. Celles-ci (cf. annexe 5) répondent également à un certain nombre de demandes relevant du champ RSI. De fait, et comme la mission a pu le constater lors de ses déplacements, l'assuré a le plus souvent une question principale, mais profite naturellement de son déplacement pour poser d'autres questions.

[145] 19 % seulement des visites concernent la retraite, singulièrement moins que le pourcentage des réclamations pour ce domaine (39 %).

4.1.2.3 82,6 % des personnes sont reçues dans un délai de moins de 20 minutes.

[146] L'objectif de la COG (70 %) est donc largement atteint, même si l'on peut considérer qu'il était trop peu ambitieux. La mission recommande d'ailleurs de revoir à la hausse cet objectif dans la prochaine COG.

[147] Ce résultat reste par ailleurs inférieur à celui de la CNAMTS et de la CNAV (87,7 %) comme de la MSA (93,1 %).¹⁵

[148] A noter également une relative disparité entre les caisses de base sur cet indicateur puisque cinq caisses sont en-dessous de l'indicateur COG, et huit caisses à l'inverse affichent des taux supérieurs à 90 %.

¹⁵ Benchmark 2014 DSS – référence 2011.

4.1.2.4 Une difficulté dans les caisses : la nécessité de « jongler » sur plusieurs applicatifs

- [149] Les agents d'accueil sont appelés à ouvrir plusieurs applicatifs puisqu'aucun ne fait la synthèse de la situation de l'assuré. La gestion éclatée entre différents opérateurs (URSSAF, OC et RSI) explique en grande partie cette contrainte pour les agents, qui pèse sur la qualité de l'accueil et de la réponse aux questions des assurés et des cotisants.
- [150] Pour autant, cette situation touche à l'excès quand ce sont au moins onze outils qui peuvent être sollicités, bien que rarement tous à la fois¹⁶. Le passage de la mission dans plusieurs services d'accueil a été l'occasion de constater la dextérité dont doivent faire preuve les agents pour récupérer parfois l'ensemble des informations leur permettant de répondre à l'assuré.
- [151] La même remarque vaut d'ailleurs pour l'accueil téléphonique et a conduit le RSI à décider du déploiement d'un outil plus complet de relation clients, CALI, en cours de test en Ile-de France (cf. *infra* §2.2.2). Ce déploiement s'avère toutefois plus complexe que prévu, la phase de pré-production ayant par ailleurs permis d'observer selon le directeur général adjoint une dégradation de la productivité ; ce qui ne remet pas en cause l'intérêt évident d'un tel outil, dont il est prévu qu'il équipe également les URSSAF pour les agents affectés au champ ISU.

4.1.2.5 Une fréquentation et des pratiques hétérogènes¹⁷

- [152] L'accueil a lieu en majorité au siège des caisses (61,6 %) et pour une partie importante dans les 64 antennes ou bureaux d'accueil fixes (33,6 %). Sur l'éclatement de ces sites et le bon niveau d'implantation, il est renvoyé à l'annexe 4. La mission rappelle simplement que sur 94 sites fixes qui font de l'accueil, 42 comptent moins de dix agents et 20 de un à deux agents.
- 4,9 % des usagers sont reçus par ailleurs dans 230 permanences dont le nombre varie nettement d'une caisse à l'autre. On constate ainsi un nombre de permanences qui va de une pour La Réunion à 25 pour l'Aquitaine, avec une moyenne de 9,6 permanences par caisses (médiane à 8). Neuf caisses ne tiennent aucune permanence¹⁸ et quelques-unes présentent les caractéristiques suivantes :
- la quasi-totalité des permanences de Bourgogne ont lieu sur rendez-vous ;
 - les caisses Provence Alpes et Côte d'Azur recourent de manière importante aux visio-guichets ;
 - d'autres comme en Ile-de-France Est par exemple, sont couplées avec le stage Créateurs d'entreprise ;
 - des permanences communes sont systématisées avec l'URSSAF en Midi-Pyrénées notamment ;
 - la visite à domicile est affichée, au moins dans une caisse, comme une modalité de « permanence ». Cette pratique a été mentionnée également à la mission dans une autre caisse visitée.

- [153] Les chiffres de la fréquentation font apparaître une assez grande disparité entre les points d'accueil, la moitié reçoivent moins de dix personnes par jour de permanence et un quart moins de cinq personnes.

¹⁶ Portail ISU, SCR Commerçants, SCR Artisans, TAIGA, Tapas, ASI, ASUR, instances communes ASUR, - CMU/Web CMU, portails des partenaires (ex. GI info retraite), sans compter l'outil qui équipe les PC pour l'impression des attestations de carte vitale.

¹⁷ Source Enquête annuelle Accueil Physique 2014 – CNRSI.

¹⁸ Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Ile-de-France Ouest, Picardie, Provence-Alpes et les deux caisses Professions Libérales.

- [154] Les caisses font évoluer ce réseau au regard des besoins, de la proximité d'autres points d'accueil et de la fréquentation. La restructuration la plus évidente a concerné la Basse-Normandie avec la fermeture au 31 décembre 2014 de six permanences.
- [155] Les accueils communs se mettent très progressivement en place avec les URSSAF, avec parfois même des permanences communes (Midi-Pyrénées par exemple). Un exemple de bureau d'accueil unifié RSI-CARSAT-MSA nous a été présenté dans le Rhône à Bourg-en-Bresse dans des locaux de la MSA. Le site de Quimper accueille depuis septembre l'antenne locale de la CARSAT et 19 agents de l'URSSAF devraient rejoindre le site prochainement. De manière générale néanmoins, la mutualisation d'accueils avec d'autres régimes reste encore faible. La perspective de la liquidation unique des retraites doit renforcer cette dynamique.
- [156] Le projet Trajectoire est aussi l'occasion de relancer la réflexion sur l'optimisation de ces permanences en faisant jouer au mieux la complémentarité entre les réseaux de chaque caisse actuelle en termes d'implantations.
- [157] Par ailleurs et en dépit de l'incitation par la caisse nationale, la pratique du rendez-vous n'est pour l'instant qu'insuffisamment développée. Tous les directeurs et cadres rencontrés par la mission s'accordent pourtant à dire que cette modalité permet un meilleur traitement du dossier et une réponse plus satisfaisante pour l'assuré. C'est l'orientation résolument prise par la caisse Provence-Alpes.

Stratégie d'accueil en Provence Alpes : vers un accueil exclusif sur rendez-vous

Accueil en Provence Alpes (2014) : 44 447 personnes (dont 95 % au siège)

→ **Constats** (enquête de satisfaction 2014) :

- * 94,3 % des assurés jugent avoir été accueillis rapidement et avoir reçu des informations claires sur l'ensemble des modalités d'accueil (lieux, horaires,..) ;
- * 79,5 % jugent avoir eu une réponse satisfaisante à leur demande ;
- * 49,5 % étaient déjà venus pour la même visite.

→ **Objectifs** :

- * maîtriser le flux,
- * apporter la meilleure réponse en évitant la visite inutile,
- * améliorer la qualité du service.

→ **Modalités** :

- * outils : scripts standard, fiche de cas, veille réglementaire
- * nouveaux rôles : animer l'espace d'accueil, orienter, prendre RDV – et dissuader le RDV inutile, autonomiser les assurés par la promotion des outils
- * communiquer largement sur le dispositif et les modalités de prise de RDV (internet, téléphone, Smartphone)

→ **Pré-requis** :

- * une maîtrise de la production en back-office
- * un bon taux de décroché et un accueil déjà cadré

Calendrier : glissement progressif vers le tout rendez-vous avant fin 2015 – hors libre-service

[158] Si le maintien d'un accueil « tout-venant » reste indispensable, la question doit être posée de l'endroit où celui-ci doit être maintenu. Le siège de la caisse probablement, le rapport parlementaire recommandant également le maintien d'un point d'accueil par département, sans préjudice toutefois des modalités d'organisation de cet accueil départemental. Pour tous les autres points d'accueil, c'est la pratique du rendez-vous qui devrait d'ores et déjà prévaloir, en réservant celui-ci dans toute la mesure du possible aux cas complexes et ne pouvant être traités par d'autres canaux, notamment le téléphone.

Recommandation n°16 : Revoir le nombre des permanences en fixant un seuil minimal de visites (6 à 10 personnes, en fonction du territoire) par ½ journée pour optimiser le déplacement des agents ; en systématisant le couplage des permanences avec d'autres déplacements (stages, journées d'information, etc.)

Recommandation n°17 : Généraliser l'accueil sur rendez-vous et fixer un objectif dans la COG et les CPG

4.2 L'accueil téléphonique : des objectifs non atteints ; les effets de la réinternalisation seront à mesurer

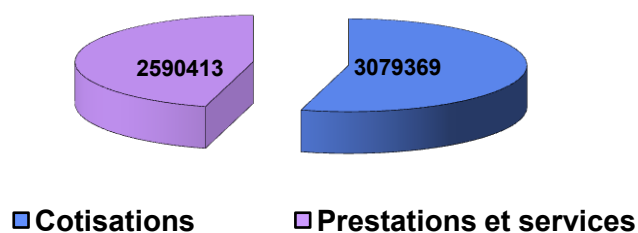
4.2.1 Une organisation en pleine mutation

- Une baisse significative des appels en 2014

[159] Avec 5 669 782 appels entrants contre 6 472 700 en 2013, la baisse atteint 12,4 %, ce qui peut être corrélé en partie à une meilleure situation sur le sujet recouvrement.

- Une majorité des appels (54,3 %) concernent les cotisations

Graphique 2 : Ventilation des appels téléphoniques



Source : CNRSI- -2014

4.2.1.1 L'organisation de la réponse téléphonique en caisses

- [160] Elle repose sur les lettres Réseau des 23 avril 2014 et 16 juin 2014.
- [161] La réponse téléphonique est assurée dans les caisses de 8h00 à 17h00, ce qui constitue une amplitude identique ou meilleure que celle constatée dans d'autres services publics. Elle était prise en charge sur la plage 17h00-18h30 par un prestataire externe pour les appels concernant les cotisations (en voie de réinternalisation, *cf. infra*) et sera reprise en charge par la plate-forme nationale. Des scénarios de mutualisation interrégionales sont par ailleurs en place pour assurer la plage de 8h00 à 9h00 pour les caisses où cet accueil téléphonique n'existe pas ou pour optimiser l'allocation des ressources sur cette plage horaire à flux très faible. Un scénario de mutualisation nationale sur les appels « cotisations » existe par ailleurs, de 8h à 17h.
- [162] La prise en charge de ces débordements est en cours d'évolution avec le déploiement de la plateforme nationale PLV3 (*cf. infra* 4.2.1.2). Le débordement était assuré jusqu'à la mise en place de la nouvelle organisation par le prestataire.
- [163] Depuis le 28 juin 2014, deux numéros courts (un pour les cotisations et un pour les prestations) ont remplacé les 56 numéros historiques, afin de faciliter l'accès au service par les assurés.
- [164] Les caisses visitées par la mission ont majoritairement mis en place un système de double écoute par un superviseur qui permet de s'assurer de la qualité, sur la forme comme le fond, de la réponse apportée. Ce superviseur a également pour mission d'assurer la meilleure adéquation possible entre les compétences propres de chaque agent et la nature des réponses attendues. C'est enfin vers lui que sont dirigés les cas complexes ou les assurés particulièrement mécontents.
- [165] Une partie des agents sont polyvalents et capables de répondre à des demandes portant sur l'ensemble des champs ; néanmoins le plus souvent, ils sont spécialisés, parfois d'ailleurs sur plusieurs domaines.
- [166] Le recours au back-office est possible, mais le transfert n'est pas encouragé, l'objectif de la plate-forme étant également de protéger les agents de production. Dans la plupart des caisses visitées par la mission, un maximum de 20 % de transfert était affiché comme objectif, sans d'ailleurs qu'il soit atteint (plutôt autour de 7 % dans les caisses où s'est déplacée la mission).
- [167] Une difficulté spécifique pour l'assuré est pointée en matière de recouvrement puisque l'agent d'accueil, lorsque l'assuré est en recouvrement amiable ou forcé, n'est pas en capacité d'apporter la globalité de la réponse et doit renvoyer sur un autre interlocuteur (URSSAF ou service contentieux RSI). La mission l'a constaté en caisse sur un cas concret : l'assuré dont le dossier avait été traité pour partie lors de sa visite était invité dans le cas d'espèce à appeler le service contentieux pour s'assurer de la bonne suite de son dossier. La réintégration dans les caisses régionales du recouvrement contentieux devrait toutefois être l'occasion de mettre fin à ce type de situation.
- [168] Le système d'information téléphonique, qui permet un suivi en temps réel par le superviseur de l'ensemble des postes, la reprise éventuelle d'une conversation, la réaffectation d'un agent vers un autre secteur ou une autre tâche et l'enregistrement de toutes les données relatives aux conversations, donne satisfaction aux utilisateurs en caisses.
- [169] L'organisation globale est variable puisque, si en Pays de la Loire ou Île-de-France par exemple les agents des métiers participent à l'accueil téléphonique sur leurs champs de compétence (Affiliation, Recouvrement, Santé, Retraite), cette pratique n'est pas systématisée.

- [170] Dans les caisses visitées, la durée optimale moyenne d'une conversation téléphonique est fixée à quatre minutes. La durée effective peut être beaucoup plus courte ou plus longue en fonction des demandes.
- [171] A noter que dans certaines régions, comme en Pays de la Loire, un accueil téléphonique sur rendez-vous est proposé. L'assuré peut saisir son créneau en ligne.
- [172] Le rappel des appels non aboutis fait l'objet d'une réflexion dans plusieurs régions (le Languedoc-Roussillon a évoqué cette possibilité notamment), mais renvoie à la problématique des ressources.

4.2.1.2 La réinternalisation complète de l'accueil téléphonique et la nouvelle plate-forme nationale

- [173] L'organisation précédemment décrite ne concerne que l'accueil assuré par les agents du RSI, qui représente environ la moitié du flux. L'autre moitié était jusqu'à très récemment assurée pour le compte de l'ACOSS par un prestataire extérieur, H2A. Le pilotage opérationnel en était confié à l'URSSAF de Paris.
- [174] Les remontées du réseau sur la qualité insatisfaisante de l'écoute et surtout une émission de télévision diffusée sur M6 en décembre 2014 ont conduit le régime à demander et obtenir de la tutelle la réinternalisation de l'ensemble de l'accueil téléphonique.
- [175] Les ressources humaines supplémentaires ont été accordées sur la base d'un taux de décroché à 85 % de flux entrant, soit 75 téléconseillers et cinq superviseurs (en moyenne sur l'année).
- [176] Le recrutement de ces personnels a débuté et la montée en charge sera terminée en principe début octobre 2015.
- [177] Cette plate-forme sera une plate-forme nationale (dite PLV3) implantée sur sept caisses¹⁹ et un site (Centre national d'immatriculation commun d'Auray -CNIC- qui fait déjà de la réponse sur « hotline comptes assurés » et a une expérience en cours de prise en charge du débordement sur le recouvrement).
- [178] Compte tenu des délais et après appel au volontariat sur la base de l'existence d'une capacité technique locale d'accueil des nouveaux agents, le choix des sites s'est fondé sur :
- La possibilité de regroupements de taille suffisante (minimum de quatre à cinq postes) ;
 - La prise en compte des résultats des caisses sur l'accueil téléphonique.
- Le site de Valbonne avait été envisagée par la direction de la production et du service aux assurés (DPSA) de préférence à d'autres, mais cette option a été abandonnée (cf. annexe 4).
- [179] Localement dans les caisses concernées, les personnels de la plate-forme locale voisineront avec les agents de la plate-forme nationale, sous supervision unique, la DPSA assumant un contrôle global du fonctionnement d'ensemble.
- [180] Le dispositif de double écoute est renforcé par des équipes de superviseurs France entière qui feront de la double écoute aléatoire sur l'ensemble du dispositif PLV3.

¹⁹ Bretagne, Côte d'Azur, Provence Alpes, Bourgogne, Alsace, IDF Centre, Nord-Pas-de-Calais.

- [181] La caisse accueillante prend l'engagement à ne pas « déshabiller » la plate-forme nationale PLV3 au profit de sa propre plate-forme. Concrètement, le fonctionnement est le suivant : les appels vont vers la plate-forme nationale PLV3 ; si tous les téléconseillers sont occupés, l'appel bascule sur la caisse de rattachement de l'assuré ; si cette caisse ne peut répondre car tous ses conseillers sont occupés, le renvoi se fait automatiquement vers une autre caisse. PLV3 met fin au principe des groupes de mutualisation, la mutualisation est désormais nationale.
- [182] Le régime attend beaucoup de cette réinternalisation en cours d'achèvement et notamment :
- une qualité de réponse accrue : l'assuré sera pris en charge par le RSI, et non renvoyé de H2A vers le RSI (« on ne baladera plus l'assuré »), d'où une baisse attendue de la répétition des appels ;
 - une fidélisation des personnels, une montée en compétences et une réappropriation de la réponse téléphonique par le régime ;
 - et donc une baisse du flux entrant et une amélioration du taux de décroché.
- [183] Il est beaucoup trop tôt pour juger de l'impact de cette mesure. Son succès repose en outre sur la capacité du régime à former les 80 téléconseillers et superviseurs recrutés dans un premier temps en CDD et à assurer une relative stabilité des équipes. Quand bien même leur affectation dans les caisses, au côté des plateformes régionales favorisera leur intégration, un temps d'appropriation de la matière comme de la « culture » travailleurs indépendants paraît inévitable.
- [184] Par ailleurs, le choix de la Bretagne, dont le taux de décroché à 74,73 % fin 2014 n'est guère satisfaisant et inférieur à la moyenne nationale, pour l'installation sur le site de Quimper de onze téléconseillers de la PLV3 peut également surprendre si l'on considère en outre l'indication faite à la mission que leur transfert est envisagé sur Rennes fin 2016 à la livraison du nouveau bâtiment du RSI.

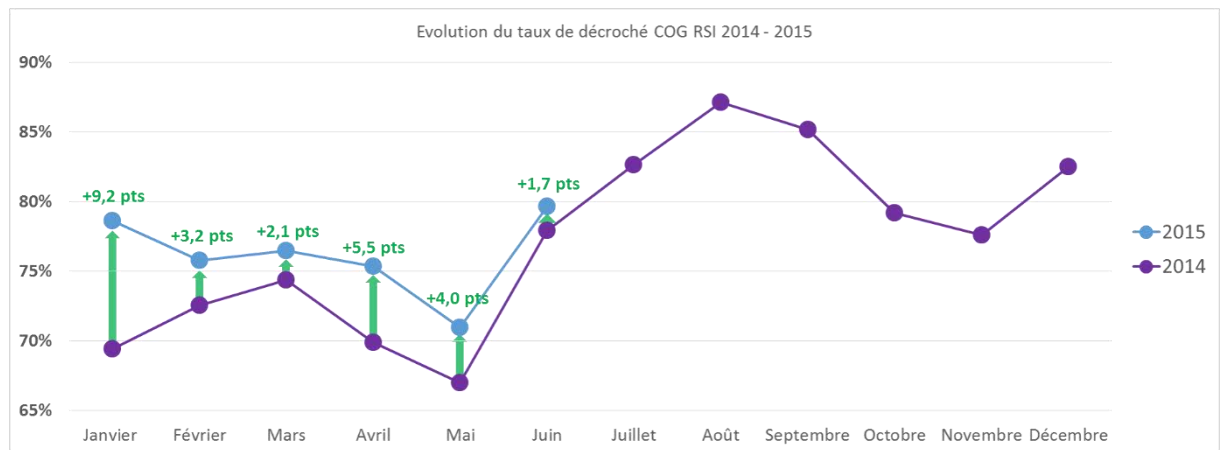
4.2.2 Un objectif en matière de taux de décroché non atteint

- [185] L'objectif de la COG en matière de taux de décroché RSI est loin d'être atteint à 76 % à fin 2014 en moyenne pour un objectif de 85 % (à comparer aux taux de plus de 85 % pour la CNAMTS, de plus de 82 % pour la MSA et de plus de 93 % pour l'ACOSS)²⁰. Ce taux est d'autant moins satisfaisant si l'on considère qu'il s'agit bien du taux du seul RSI, le prestataire n'étant pris en compte que pour le débordement (hors donc les appels pris directement par celui-ci pour le compte de l'ACOSS), estimé à 5 % par le régime.
- [186] L'analyse peut certes être nuancée. D'une part le taux de décroché est meilleur s'agissant des cotisations (près de 85 %) que du hors cotisations ; d'autre part, la situation est assez hétérogène selon les caisses²¹ : six caisses dépassent largement l'objectif de 85 % (jusqu'à près de 94 % pour la Franche-Comté) et quatre caisses l'avoisinent. Pour autant, la majorité reste en deçà de l'objectif et même de la moyenne nationale.
- [187] Une réponse optimale au téléphone conditionne à la fois l'image du régime mais également plus globalement l'optimisation de la relation clients dans son ensemble : tout appel efficace est potentiellement une réclamation ou un déplacement évité.
- [188] La progression en la matière constitue donc un fort enjeu. De ce point de vue, le premier semestre 2015 illustre une amélioration sensible de la situation et la tendance se confirme sur le troisième trimestre avec un taux de décroché de 88,5 %.

²⁰ Chiffres 2013 – rapport annuel 2014 sur la performance du service public de la sécurité sociale.

²¹ Toutes caisses régionales, hors DOM et PL.

Graphique 3 :



Source : CNRSI- DDR – juin 2015

- [189] La réinternalisation des appels ne suffira pas seule à faire remonter le taux de décroché ; l’aboutissement concret des chantiers précédemment évoqués tant en matière de parcours clients que d’outils au service des agents d’accueil est tout aussi important.

Recommandation n°18 : Fixer comme objectif un taux de décroché à 85 % dès la première année de la COG avec un corollaire d’atteinte de l’objectif par deux-tiers au moins des caisses de base

- [190] En outre, il serait intéressant de pouvoir mesurer non seulement que l’assuré peut entrer en contact avec un téléconseiller, mais également la qualité de la réponse, ce que l’indicateur actuel ne permet pas. La même remarque vaut d’ailleurs pour les visites, puisque seul est pris en compte le temps d’attente (*cf. infra* partie 5).

CALI, l'outil encore à venir de la relation Client

→ **Objectifs**

- Assurer un pilotage global du parcours clients au RSI
- Permettre un suivi de la réitération tous canaux confondus
- Garantir une traçabilité exhaustive des contacts avec les assurés et assurer la personnalisation de ces derniers
- Contribuer à une meilleure coordination entre le front office et le back office par un interfaçage entre CALI et les outils de workflow du RSI (GDT puis Orchestra) et de la Branche recouvrement (WATT).

→ **Modalités opérationnelles**

- une base nationale accessible depuis toute caisse RSI et Urssaf
- une alimentation automatique des données sélectionnées dans chacun des applicatifs métiers (portail ISU, tous applicatifs RSI retraite santé)
- une intégration automatique de tout courrier traité par la GED, celle du RSI comme celle de l'Urssaf

→ **Un outil en phase de pré-production en Ile-de-France : principaux constats**

1- l'outil facilite le travail des agents, permet de suivre directement les délais de traitement, à terme les prises de RV (sept) puis gestion des files d'attente.

2 – des chantiers encore à mener avant un déploiement envisageable

- Aspects techniques :

* CALI n'est pas un outil de saisie relié aux autres applicatifs (si on saisie une adresse ou un mail dans CALI, ne s'implémente pas dans SRC, TAIGA, il faut donc ressaisir)

* L'interface doit être faite avec les deux GED/GDT du RSI et des Urssaf pour une vision complète du dossier, ce qui suppose :

une homogénéisation des pratiques en matière de numérisation,

une homogénéisation des motifs de contact tout media confondus,

l'évolution éventuelle sur certaines tâches qui pourraient être confiés au RSI pour éviter un renvoi vers l'Urssaf (exemple des attestations de cotisations, établis par l'Urssaf, mais le plus souvent demandées téléphoniquement).

*Le chantier ORCHESTRA (nouvel outil GED/GDT) n'aura pas abouti au déploiement de CALI, qui peut toutefois fonctionner avec l'outil de GED actuel.

- Aspects organisationnels :

* Il faut s'assurer que l'outil s'adapte à l'organisation. En Ile-de-France, le premier constat indiquait une dégradation de la productivité en matière d'accueil. → l'outil est testé en Champagne-Ardenne (avec des organisations différentes) depuis octobre 2015.

4.3 Le courrier, un chantier majeur en cours

4.3.1 Un travail avec l'ACOSS sur le contenu et le rythme des courriers concernant les cotisations lancé le 10 avril 2015

[191] L'illustration manifeste des dysfonctionnements en la matière est venue des courriers « automatiques » produits par le SNV2 et plus encore de leur cadencement. Ainsi pour chaque opération sur un compte est généré un courrier. Le « rapport Cojean »²² indiquait à titre d'illustration qu'un assuré pluri-débiteur en prélèvement mensuel et régulièrement débiteur en année N-1 et en année N pouvait potentiellement recevoir, en année N, douze relances, trois mises en demeure, deux derniers avis avant poursuites et deux contraintes, une situation toujours d'actualité selon les constats de la mission (*cf.* annexe 7).

[192] Il peut être très difficile pour l'assuré qui peut ainsi recevoir plusieurs courriers rapprochés, parfois apparemment contradictoires, d'avoir une vision consolidée de ce qu'il doit et de ce qui lui est dû. Et ce qu'autant plus, d'une part qu'il y a eu de très nombreuses erreurs durant les premières années de l'ISU et, d'autre part, que les remboursements de trop-perçus intervenaient jusque'à très récemment dans des délais très importants²³.

[193] C'est un premier sujet qui implique un travail avec l'ACOSS : ce travail est initié, avec la mise en place d'un groupe de travail spécifique, chargé de proposer des solutions en matière d'adaptation des courriers aux évolutions du recouvrement, de cadencement, d'information avant contrainte, etc. La rigidité de SNV2 en fait un chantier complexe, sur lequel il y a néanmoins urgence à aboutir. Les constats réalisés par ailleurs dans le cadre de la mission des deux parlementaires désignés par le Premier ministre ont montré que c'était là un sujet majeur de crispation avec les assurés et l'avancée sur ce chantier est l'une des recommandations du rapport parlementaire.

4.3.2 Un chantier initié au RSI pour clarifier et homogénéiser les courriers

[194] Le RSI dispose d'une bibliothèque de courriers (Arcade) mais la DPSA constate que trop de courriers « autonomes » continuent d'être envoyés aux assurés.

[195] Un groupe de travail sur le contenu des courriers a été mis en place en début d'année 2015, pour faire un point sur les courriers existants (contenu et signalétique). Le chantier est vaste : outre cet état des lieux des courriers mais aussi des pratiques (comment et à quel niveau sont bloqués les courriers non satisfaisants), il s'agit de faire le tri des types de courriers selon différents critères (courriers importants en volume, courriers urgents, etc.), afin d'enrichir la bibliothèque et éviter ainsi les courriers non standardisés. Les OC doivent être associés prochainement à ce groupe de travail.

[196] Plusieurs caisses régionales portent déjà une attention toute particulière, au-delà du traitement des réclamations, à celui du courrier sortant.

²² Pour un recouvrement maîtrisé des cotisations sociales par les caisses régionales du RSI, Propositions du groupe de travail « cadencement et processus du recouvrement ISU », présidé par Michel Cojean, 8 novembre 2010.

²³ Sur ce point, l'instruction du 21 mai 2015 de la direction de la sécurité sociale autorise désormais le remplacement des contrôles suspensifs systématiques *a priori* par des plans de contrôles *a posteriori* ; cette possibilité de remboursement immédiat est même étendue aux comptes cotisants qui présentent un solde créditeur après estimation du cotisant.

La réponse aux courriers, un enjeu majeur pour la caisse Ile-de-France Centre

→ *Une supervision à tous les niveaux*

- vérification par les cadres de tous les courriers sortants (notamment Recouvrement)
- supervision de la directrice générale adjointe.

→ *Une utilisation systématique de la bibliothèque de courriers*

- Courriers et attestations diverses
- signature automatique du nom de l'agent.

→ *Une mise à jour régulière des modèles supervisée par la DGA*

→ *Quelques principes de base*

- une forme soignée (orthographe et syntaxe)
- ne pas répondre à des questions non posées
- ne pas invoquer la responsabilité de l'informatique

→ *Un travail sur la stratégie de réponse avec les juristes*

[197] La DPSA a enfin le projet d'une charte nationale qui, en accompagnement de la bibliothèque, aiderait les rédacteurs.

[198] Parallèlement, la démarche en cours de centralisation de l'éditique auprès de la CNAMTS, outre les gains qui en sont attendus en termes de productivité et de coûts, doivent également permettre, via l'étape de relecture dans le parcours d'édition, un gain en qualité²⁴.

Recommandation n°19 : Faire de l'aboutissement du chantier courrier -éditique au 1^{er} semestre 2016 un des engagements du RSI dans la COG

4.3.3 Un plan spécifique très récent d'amélioration du traitement des courriels

[199] 209 402 courriels ont été reçus en 2014 par le RSI, la majorité concernant les cotisations (55 %), 15 % une demande d'informations générales, 11 % la retraite, 11 % la santé, 1 % l'invalidité-décès et 1 % l'action sanitaire et sociale.

[200] Le plan validé en 2014 a vocation à être déployé sur la fin 2015 et le premier semestre 2016. Les principaux axes sont les suivants :

- 100 % des demandes adressées par courriel reçoivent une réponse par courriel ;
- Un accusé de réception automatique précisant l'engagement est systématiquement envoyé ;
- Dans un délai de 5 jours ouvrés²⁵, 100 % des courriels font l'objet d'une réponse par courriel :
 - ✓ Une réponse complète si la caisse peut en fournir une ;

²⁴ Cf. annexe 7.

²⁵ 48h pour la CNAMTS mais le champ est bien différent

- ✓ Une réponse d'attente contextualisée précisant un nouveau délai dans le cas contraire ;
- Une confirmation de traitement automatique par courriel lorsque la demande portait sur une opération back office.

[201] L'engagement de tenue de ces délais est l'un des 20 engagements de service du RSI.

4.4 L'offre de services dématérialisée, une progression à accentuer

4.4.1 Une offre de services qui s'étoffe

[202] Le RSI propose à ses assurés une offre de services dématérialisée qui se développe progressivement depuis 2012. Elle est accessible depuis le portail RSI.fr, sur « Mon compte », accessible depuis un PC, un téléphone portable ou une tablette. Un guide d'utilisation à destination des artisans, commerçants et industriels est disponible sur le portail.

[203] Sont désormais disponibles sur le compte assuré :

- Rubrique « Mes cotisations »
 - ✓ l'historique des opérations du compte,
 - ✓ le détail des cotisations versées,
 - ✓ les derniers versements enregistrés,
 - ✓ les dates des prochaines échéances de paiement,
 - ✓ la déclaration en ligne des revenus estimés ou définitifs,
 - ✓ la demande de régularisation anticipée de cotisations,
 - ✓ la possibilité de prélèvement automatique, trimestriel ou mensuel, des cotisations (et la possibilité de changement de périodicité),
 - ✓ la demande de délais de paiement en ligne (*cf.* Annexe 7),
 - ✓ le téléchargement d'attestations diverses : marchés publics, vigilance, CSG/CRDS ou CFP ;
- Rubrique « Mon relevé de carrière »
 - ✓ la demande de relevé individuel de situation électronique afin de connaître ses droits acquis pour la retraite ;
- Rubrique « Mes données personnelles »
 - ✓ la possibilité de consulter ou modifier ses données (courriel, mot de passe, etc.),
 - ✓ l'existence d'un mandat : le site rappelle la possibilité de confier la gestion des cotisations à un expert-comptable, qui devra préalablement en faire la demande sur son compte expert-comptable ;
- Rubrique « Ma prévention santé »
 - ✓ Consultation du dossier personnel de prévention et de dépistage.

[204] Cette dernière rubrique, très peu fournie jusqu'à maintenant, est en cours d'enrichissement et d'évolution vers une rubrique « Ma santé » pour intégrer les coordonnées de l'OC de l'assuré, les horaires d'ouverture et les lieux d'accueil. Un lien vers le site de l'OC est prévu ainsi que l'accès à divers formulaires et supports d'information (*cf.* annexe 5).

- [205] Depuis le 5 juin 2013, un accès dédié aux experts comptables est également disponible sur le portail RSI.fr, accessible également depuis un téléphone mobile ou une tablette et un guide d'utilisation a été mis en ligne à leur intention.
- [206] Enfin la possibilité de paiement en ligne des cotisations (téléversement) sera ouverte en 2016.
- [207] Dans plusieurs caisses, il est désormais possible de prendre rendez-vous en ligne, avec des plages horaires à sélectionner. Un marché national est en cours afin de doter l'ensemble du réseau d'un outil de prise de RDV sur internet unique et interfacé avec l'outil de GRC CALI.
- [208] La caisse Provence-Alpes par exemple, qui entend mettre en œuvre une stratégie du « Tout rendez-vous » d'ici la fin de l'année, multiplie les possibilités de contacts pour l'assuré avec une présence sur les réseaux sociaux et professionnels et la mise à disposition d'une application Smartphone téléchargeable qui permet de prendre rendez-vous en étant rappelé et d'accéder à son compte.

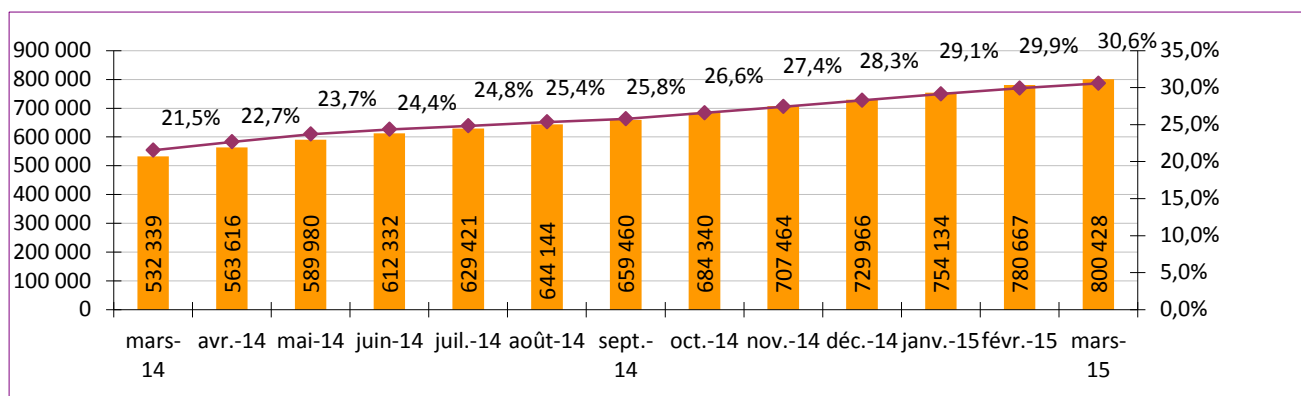
Recommandation n°20 : A l'instar de ce qui se fait en Provence Alpes, mettre à disposition une application pour l'ensemble du territoire et de ses ressortissants

- [209] Outre le compte assuré, il est rappelé pour mémoire que la déclaration et le paiement sont également totalement dématérialisés s'agissant de la contribution sociale de solidarité (C3S) via le site Net-entreprise (cf. annexe 8) et que la déclaration des revenus se fait également en ligne pour les revenus supérieurs à 10 000 €.
- [210] La mise en place d'un simulateur de cotisations couplé à la déclaration de revenus et celle du téléversement en 2016 sont également prévues.

4.4.2 Un développement et une promotion à poursuivre et accroître

- [211] Le taux de comptes assurés ouverts en ligne a progressé régulièrement sur la période récente même s'il reste encore trop faible compte tenu du retard du RSI sur cet axe : il est de 30,6 % soit 800 428 comptes activés au 31 mars 2015.

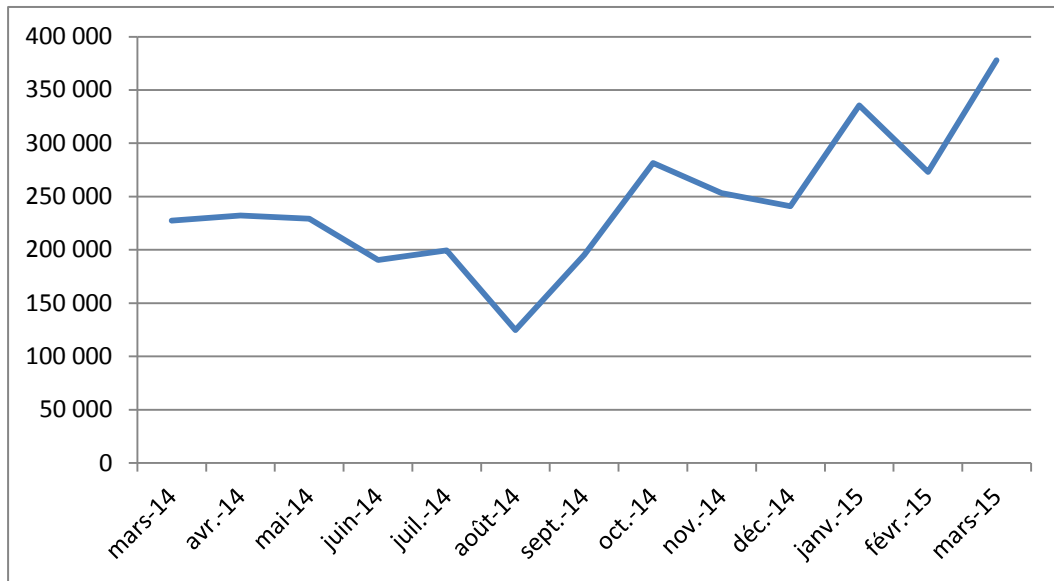
Graphique 4 : Evolution du nombre de comptes mars 2014-mars 2015



Source : CNRSI- Tableaux de bord Téléservices

- [212] Le nombre de visites sur le site a évolué à la hausse sur un an, avec une augmentation plus sensible depuis août 2014.

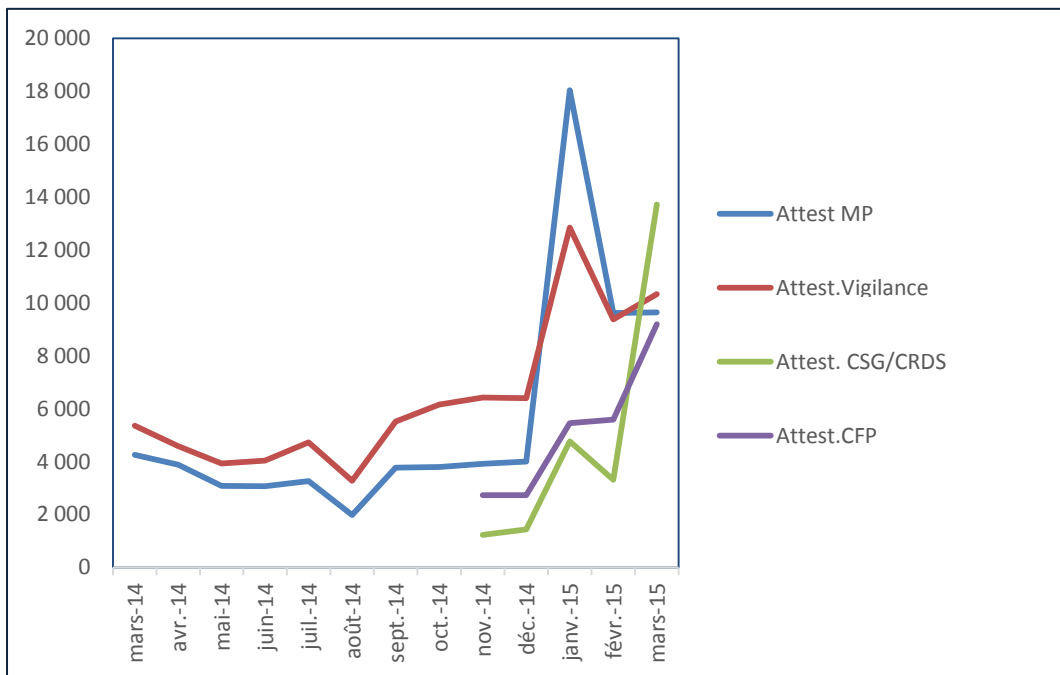
Graphique 5 : Evolution du nombre de visites mars 2014-mars 2015



Source : CNRSI – Tableaux de bord Téléservices

[213] Le nombre de demandes d’attestations progresse lui aussi régulièrement et notamment depuis fin 2014.

Graphique 6 : Demandes d’attestations en ligne – mars 2014-mars 2015



Source : CNRSI – Tableaux de bord Téléservices-retraitement mission

[214] Les demandes de délais de paiement en revanche marquaient le pas en mars 2015, après un début plutôt prometteur, avec 701 demandes en mars contre 1685 et 1090 pour les deux premiers mois de mise à disposition de ce service en octobre et novembre 2014.

- [215] Les nombreux rejets ont sans doute freiné les utilisateurs car les assurés qui voulaient anticiper une impossibilité de prélèvement en demandant des délais ne pouvaient le faire prendre en compte qu'à l'échéance en cas de non-paiement. Ce sera désormais possible.
- [216] De façon générale, cette offre doit désormais être mieux connue et utilisée. Le RSI s'y emploie : le portail RSI.fr fait la promotion de l'outil et propose en page d'ouverture les guides assurés et experts-comptables ainsi qu'un accompagnement à l'ouverture du compte ; les sites des caisses, de manière plus ou moins visibles, le font également.
- [217] Une partie du public du RSI a néanmoins besoin d'un accompagnement plus rapproché. Dans plusieurs caisses où la mission s'est déplacée, la direction invite les agents d'accueil à signaler systématiquement aux assurés qui viennent par exemple pour une attestation la possibilité d'obtenir ce document en ligne et d'éviter ainsi un déplacement ; en fonction de la file d'attente, l'agent peut également ouvrir le compte avec l'assuré. Des espaces « Libre-service » permettent également dans certaines caisses de procéder à cette ouverture.
- [218] La mission parlementaire propose sur le sujet un accompagnement renforcé des artisans et commerçants, notamment à l'occasion des stages de création d'entreprise pour familiariser le créateur non seulement à l'existence de ce compte mais aussi à son utilisation concrète.
- [219] Enfin, le RSI gagnerait, en particulier sur le sujet cotisations et recouvrement, qui, on le rappelle, constitue l'essentiel des réclamations et sollicitations des assurés, à développer les dispositifs automatiques et dématérialisés de déclaration et paiement d'une part (*cf. supra*) mais aussi de gestion des divers rappels (par SMS ou courriel notamment) avant mise sous contrainte (*cf. annexe 7*).

Recommandation n°21 : Promouvoir les bonnes pratiques en matière d'offre dématérialisée pour développer celle-ci dans toutes ses formes au service d'une stratégie nationale globale

5 LA SATISFACTION DES USAGERS DOIT ETRE MIEUX MESUREE ET PRISE EN COMPTE DANS LA COG

- [220] De manière générale, l'atteinte ou la non atteinte des indicateurs de la COG ne donne qu'une vision très réductrice de la qualité de la relation avec les assurés. Une seule enquête en octobre 2014 fournit un éclairage sur la satisfaction de ceux-ci, avec un taux de satisfaction global de 65 %, un peu meilleur pour les nouveaux assurés à 73 %.
- [221] Si les enquêtes menées par l'IGAS sur ces taux de satisfaction en démontrent les limites méthodologiques²⁶, d'autres travaux²⁷ soulignent également en quoi les indicateurs d'activité sont largement déconnectés de la qualité du service perçue par l'utilisateur.
- [222] La maturité du RSI n'est pas, en matière de réalisation d'enquête de satisfaction, celle de la CNAMTS par exemple. Pour autant, ne disposer que de la seule enquête Médiamétrie d'octobre 2014 sur la durée de la COG n'est pas satisfaisant. La mission recommande de développer ce type d'enquête en ciblant un panel plus large d'activités en lien avec la relation usagers et en accroissant la fréquence des enquêtes.

Recommandation n°22 : Développer et fiabiliser des outils de mesures de la satisfaction de l'utilisateur

²⁶ Rapport IGAS RM 2011-098P Vingt recommandations sur les enquêtes de satisfaction et l'amélioration de la qualité de service aux assurés - Rapport IGAS 2013-164R La qualité de service aux usagers : contribution au bilan de la COG 2010-2013 de la CNAMTS et à la future convention.

²⁷ Rapport IGAS 2013-164R La qualité de service aux usagers : contribution au bilan de la COG 2010-2013 de la CNAMTS et à la future convention.

Recommandation n°23 : Introduire dans la COG des indicateurs de cette satisfaction au moins pour chacun des principaux métiers (cf. annexe 1)

- [223] Enfin, rien ne garantit dans la COG l'homogénéité du service rendu et de la qualité de la relation avec les usagers. Tout comme sur les métiers (retraite, santé, recouvrement), l'analyse par caisse illustre au contraire des différences très importantes de résultats en matière de délais d'attente pour l'accueil physique et plus encore de taux de décroché téléphonique, également aussi pour le développement de l'accès à l'offre dématérialisée.
- [224] La mission reprend à son compte la recommandation formulée par le rapport IGAS 2013-164R²⁸ quant à la nécessité pour un nombre minimal de caisses d'atteindre l'objectif fixé par les indicateurs.

Recommandation n°24 : Fixer dans la COG un objectif d'atteinte des indicateurs emblématiques de la relation avec l'utilisateur par un nombre minimal de caisses (cf. annexe 1)

²⁸ Ibidem.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Introduire dans la COG un indicateur de suivi des engagements de service	DSS- RSI	2016-2019
2	Poursuivre le suivi du traitement des réclamations en revenant à deux catégories (deux catégories : simple ou urgent) et s'assurer de pratiques homogène de comptage des réclamations	DSS - RSI	2016-2019
3	Introduire deux indicateurs de suivi dans les CPG sur : - le respect du délai de réponse au médiateur sous 48heures ; - le respect du délai d'un mois pour la mise en place de la solution proposée et acceptée	RSI	2016-2019
4	Dès lors que les réclamations portent encore majoritairement sur le champ du recouvrement, s'assurer que le directeur régional de l'URSSAF est associé à la désignation des médiateurs	RSI	Immédiatement
5	Revoir le nombre des permanences en fixant un seuil minimal de visites (6 à 10 personnes, en fonction du territoire) par ½ journée pour optimiser le déplacement des agents ; en systématisant le couplage des permanences avec d'autres déplacements (stages, journées d'information, etc.)	RSI	Dès le début de la COGt
6	Généraliser l'accueil sur rendez-vous et fixer un objectif dans la COG et les CPG	DSS-RSI	2016-2019
7	Fixer comme objectif un taux de décroché à 85 % dès la première année de la COG avec un corollaire d'atteinte de l'objectif par deux-tiers au moins des caisses de base	DSS- RSI	2016
8	Faire de l'aboutissement du chantier courrier éditique au 1er semestre 2016 un des engagements du RSI dans la COG	DSS-RSI	1er semestre 2016
9	A l'instar de ce qui se fait en Provence Alpes, mettre à disposition une application pour l'ensemble du territoire et de ses ressortissants	CNRSI	2016
10	Promouvoir les bonnes pratiques en matière d'offre dématérialisée, pour développer celle-ci dans toutes ses formes au service d'une stratégie nationale globale	CNRSI	2016-2019
11	Développer et fiabiliser des outils de mesures de la satisfaction de l'utilisateur	CNRSI	2016-2019
12	Introduire dans la COG des indicateurs de cette satisfaction au moins pour chacun des principaux métiers	RSI-DSS	2016-2019
13	Fixer dans la COG un objectif d'atteinte des indicateurs emblématiques de la relation avec l'utilisateur par un nombre minimal de caisses	DSS-RSI	2016-2019

PIECE JOINTE N°1 : 20 MESURES POUR LES ASSURES DU REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS (DOSSIER DE PRESSE 25 JUIN 2015)

Donner aux assurés du RSI une meilleure visibilité sur leurs cotisations sociales et les facilités de paiement dont ils bénéficient

- Action 1. Dès 2015, ajuster le calendrier de paiement des cotisations au revenu effectivement perçu
- Action 2. Informer du montant des cotisations dues dès la déclaration des revenus en ligne
- Action 3. Mieux ajuster les versements provisionnels en favorisant le recours à la procédure du revenu estimé

Faciliter les démarches des travailleurs indépendants au quotidien

- Action 4. Dès 2015, accélérer les remboursements de cotisations
- Action 5. Offrir dès le début de l'année 2016 un mécanisme sécurisé et dématérialisé de paiement des cotisations: le télé-règlement
- Action 6. Développer de nouveaux services personnalisés en ligne
- Action 7. Simplifier les règles d'affiliation des travailleurs indépendants exerçant d'autres activités professionnelles

Garantir un accueil et une écoute de qualité et mieux communiquer vis à vis des travailleurs indépendants

- Action 8. Clarifier les courriers envoyés aux assurés
- Action 9. Améliorer la qualité de l'accueil téléphonique
- Action 10. Garantir la continuité et la personnalisation dans le suivi des demandes
- Action 11. Personnaliser la prise de contact
- Action 12. Déployer dans chaque département, d'ici la fin de l'année 2015, des médiateurs de terrain pour résoudre les litiges
- Action 13. Renforcer l'information des travailleurs indépendants sur tout le territoire

Adapter les procédures de recouvrement en apportant une réponse graduée, en fonction de la situation individuelle

- Action 14. Privilégier un contact par téléphone dans le cadre du recouvrement amiable
- Action 15. Allonger les délais laissés aux indépendants pour régulariser leur situation après une mise en demeure
- Action 16. Privilégier la signification des actes de recouvrement par lettre recommandée avec accusé de réception plutôt que par huissier

Améliorer le suivi des travailleurs indépendants en difficulté

- Action 17. Mieux détecter en amont les assurés en situation de fragilité économique et agir avec les partenaires au soutien des chefs d'entreprises en difficulté

Intégrer les souhaits des travailleurs indépendants, usagers du RSI, dans l'amélioration continue des procédures

- Action 18. Dès 2015, mobiliser l'ensemble des collaborateurs et partenaires du RSI autour d'engagements de service
- Action 19. Renforcer le dispositif « RSI à votre écoute » pour détecter les besoins des travailleurs indépendants

Action 20. Associer les travailleurs indépendants au suivi des engagements de service au sein d'un comité d'évaluation

PIECE JOINTE N°2 : LES ENGAGEMENTS DE SERVICE DU RSI

Au quotidien

1. Nous vous répondons au téléphone en continu du lundi au vendredi de 8h à 17h.
2. Nous vous accueillons dans votre caisse RSI du lundi au vendredi, pendant 8 heures sans interruption.
3. Nous vous proposons des services en ligne accessibles 24h/24 pour vos démarches les plus courantes.
4. Nous ajustons vos cotisations dès que vous nous communiquez vos revenus.

5. Nous vous écrivons uniquement lorsque c'est nécessaire, dans un langage simple et clair.
6. Nous répondons à tous vos courriels dans un délai de 5 jours ouvrés.
7. Nos conseillers sont disponibles sur rendez-vous dans votre département.

A chaque étape de votre vie professionnelle

8. Nous vous informons sur votre protection sociale dans le mois qui suit la création de votre entreprise.
9. Nous vérifions avec vous vos droits à la retraite, tout au long de votre carrière.
10. Nous vous proposons un bilan santé pour une retraite en toute autonomie.
11. Nous garantissons dans la durée le versement de vos prestations arrêt de travail, invalidité et retraite complémentaire.

12. Nous vous informons sur la continuité de votre protection sociale dans le mois qui suit la fin de votre activité.
13. Nous versons votre pension de retraite dans le mois qui suit celui de votre départ en retraite.

20. Nous vous informons régulièrement sur le respect de nos engagements

En cas de difficulté

14. Nous répondons à vos demandes les plus urgentes dans un délai de 7 jours ouvrés (rupture de droits carte Vitale, rupture de droits IJ...).
15. Nous trouvons des solutions avec vous si votre état de santé ne vous permet plus de travailler.
16. Nous répondons à votre demande de délais de paiement sous 15 jours.
17. Nous prenons contact avec vous par téléphone, dès que nous constatons une première difficulté de paiement.
18. Nous accompagnons votre entourage en cas de décès.

19. Nous analysons ensemble votre situation si votre entreprise connaît d'importantes difficultés économiques.

ANNEXE 3 : OPTIMO 2013-2015

INTRODUCTION.....	67
1 LE PROJET OPTIMO 2015 RELEVE D'UNE APPROCHE VOLONTARISTE ET TRANSVERSALE D'OPTIMISATION DU FONCTIONNEMENT DU REGIME	67
1.1 UN CONTEXTE FAVORABLE A UNE REFLEXION SUR LES MUTUALISATIONS ET OPTIMISATION	67
1.2 UN PROJET PORTE PAR LA CAISSE NATIONALE.....	69
1.3 UN PROJET GLOBAL D'OPTIMISATION DU FONCTIONNEMENT AU SERVICE DE L'ASSURE	70
2 MALGRE L'ATTEINTE D'UNE GRANDE PARTIE DES OBJECTIFS FIXES PAR LE PROGRAMME, L'IMPACT EST DIFFICILE A MESURER ET QUANTIFIER	72
2.1 UNE MAJORITE D' ACTIONS CLOTUREES ET DES OBJECTIFS EN GRANDE PARTIE ATTEINTS A CE STADE.....	72
2.2 MAIS UN IMPACT DIFFICILE A QUANTIFIER.....	76
PIECE JOINTE N°1 : OPTIMO 2015 – ETUDES ET ACTIONS SERVANT TRAJECTOIRE 2018.....	81

INTRODUCTION

- [225] Initié à la suite de l'évaluation de la précédente convention d'objectifs et de gestion (COG) et validé en septembre 2012 dans le cadre des engagements du programme 15 de la COG 2012-2015, OPTIMO 2015 est un programme de mutualisation et d'optimisation qui s'est traduit par un plan prévisionnel d'études et d'actions sur la période 2013-2015.
- [226] Dans ce cadre, la recherche de pistes pour une plus grande homogénéité de la qualité de service rendu à l'assuré, en dégagant des marges de productivité, a été l'occasion d'une première réflexion sur la taille critique des caisses et les synergies et rapprochements à développer entre elles.
- [227] La lettre de mission demande d'évaluer les apports du programme OPTIMO, dans la perspective de la mise en œuvre du projet Trajectoire 2018.
- [228] Le constat est celui d'un chantier mené de manière volontariste et transversale par le régime (1), mais dont l'impact est difficile à mesurer en dépit de l'exécution globalement conforme aux objectifs (2).

1 LE PROJET OPTIMO 2015 RELEVE D'UNE APPROCHE VOLONTARISTE ET TRANSVERSALE D'OPTIMISATION DU FONCTIONNEMENT DU REGIME

1.1 Un contexte favorable à une réflexion sur les mutualisations et optimisation

1.1.1 Le Groupe de Travail pluridisciplinaire « Mutualisation des activités »

- [229] Une démarche interne a été initiée en 2009 par l'ancienne direction générale qui considérait la mutualisation comme un « moyen pouvant permettre au régime de se positionner sur ces domaines stratégiques²⁹, en évitant la dispersion des ressources et des moyens ».
- [230] L'objectif était bien déjà de s'interroger sur les modalités de mise en commun des moyens pour atteindre des objectifs ambitieux dans un cadre de ressources contraintes.
- [231] Un groupe de travail présidé par le directeur de la caisse régionale du RSI Ile-de France Centre et regroupant des agents de direction de la caisse nationale et de caisses régionales a remis ainsi en juin 2010, au terme de quatre séances de travail, un bref rapport identifiant une série de 16 mutualisations possibles dans le champ du pilotage, du service médical et dentaire, des services supports (agence comptable, informatique, ressources humaines, achats/immobilier) et de l'accueil téléphonique.
- [232] Cinq thèmes étaient alors retenus prioritairement par le groupe de travail pour une expérimentation rapide :
- l'accueil téléphonique déjà en cours,
 - les audits des organismes conventionnés,
 - l'activité dentaire,
 - les soins à l'étranger,

²⁹ « La maîtrise de la production, l'innovation dans le domaine de l'offre globale de service, la qualité des démarches en matière de santé et de prévention notamment » (DG RSI)

- les requêtes et études statistiques.

[233] Si certaines des propositions, au demeurant déjà initiées au moment des travaux du groupe (l'accueil téléphonique par exemple) seront assez vite validées, beaucoup seront en fait reprises et intégrées dans le cadre plus large de la réflexion sur le projet OPTIMO.

Tableau 1 : Bilan à avril 2015 des actions proposées par le Groupe de Travail Mutualisation

Domaine	Activité	proposition du GT	bilan
Pilotage	Statistiques et requêtes	un spécialiste pour plusieurs caisses - audits croisés	
Pilotage	Contrôle de gestion	attente de la montée en charge de CAPCEA	un CG par caisse dans le cadre de la nouvelle cartographie
Pilotage	Démarche Qualité	un spécialiste pour plusieurs caisses - audits croisés	
Pilotage	Audit interne	un spécialiste pour plusieurs caisses - audits croisés	
Service médical et dentaire	Avis individuel sur prestation	renvoie à la réflexion sur taille critique des services médicaux	Repris dans OPTIMO
Service médical et dentaire	Activité dentaire	regrouper et faire gérer par quelques caisses	Repris dans OPTIMO
Service médical et dentaire	Soins à l'étranger	regrouper sur un seul site	Etude reprise dans OPTIMO - conclusion non favorable à la mutualisation
Agence comptable	Contrôle Prestations	mutualisation : Auray et intercaisses	
Agence comptable	Contrôle OC	méthodologie unique, répartition nationale des contrôle, constitution d'un corps <i>ad hoc</i> de d'auditeurs comptables	Fait
Informatique	Développements d'applications locales	cartographeur - Gouvernance intercaisses-reporting national	
RH	Paye	pas de mutualisation proposée	Trajectoire?
Services généraux	Achats, Marchés Publics, immobilier	*Achats: poursuite de marchés nationaux *MP modèles-type *Gestion immeubles : réseau de référents	*Achats : fait
Communication	Accueil téléphonique	mutualisation - lien avec projet national	Fait- PLV3 en cours-mutualisation nationale
Gestions techniques	Affiliation-radiation	Service inter-caisses ou service national	réalisé à 80% - Réflexion Optimo pour rapatrier sur le CNIC d'AURAY1 les tâches encore réalisés par les caisses régionales.
Gestions techniques	liquidation retraites en coordination internationale	Service intercaisses ou service national	Réflexion reprise par OPTIMO puis intégrée au chantier LURA

Source : Source RSI- retraitement mission

1.1.2 La COG 2012-2015

- [234] L'évaluation de la COG 2007-2011 par l'IGAS insiste sur la nécessité de développement de mutualisations interrégionales et nationales, notamment sur les fonctions support « qui doivent faire l'objet d'un plan de rationalisation volontariste impulsé par la CNRSI ».³⁰
- [235] Cette recommandation trouve sa traduction dans le programme 15 de la COG 2012-2015 « Rechercher une meilleure efficacité des fonctions de pilotage et de production » et notamment dans l'engagement du RSI relatif au déploiement d'une « dynamique de mutualisation des activités et des compétences ». La COG prévoit que cet engagement se concrétisera par la présentation en septembre 2012 d'un programme de mutualisation : le projet OPTIMO est la déclinaison concrète de cet engagement.
- [236] Par ailleurs, le programme 9 invite plus spécifiquement les caisses à procéder progressivement au rapprochement des services du contrôle médical et de gestion du risque afin d'optimiser et de rationaliser les moyens dédiés.

1.2 Un projet porté par la caisse nationale

1.2.1 L'implication de la direction générale

- [237] Lancé le 1^{er} février 2012 par la direction générale, le projet a vu son périmètre et sa méthode validés le 2 avril 2012 en comité de direction et fait l'objet, au cours de l'année 2012, d'un travail itératif entre direction générale, direction déléguée au réseau (DDR), directions nationales et régionales et groupements interrégionaux autour de 17 chantiers regroupés par grands domaines : relation client, métiers (production, activités médicales, lutte contre la fraude, gestion du risque et prévention), pilotage, support.
- [238] La direction de l'animation du réseau a rédigé sur la base de ce travail un programme de mutualisation, présenté aux directeurs et aux pilotes en septembre 2012 après neuf mois de travaux. Au terme d'un séminaire d'octobre 2012 regroupant l'ensemble des directeurs et pilotes, le programme a été structuré en engagements, orientations stratégiques, objectifs et actions qui constituent le socle du document de suivi du projet par la DDR³¹.

1.2.2 Un pilotage par la direction déléguée au réseau

- [239] La caisse nationale est clairement positionnée dès le départ comme pilote des actions, chaque direction de la caisse nationale étant chargée de suivre et mener à bien les actions relevant de son périmètre. La DDR assure de manière transversale la coordination du projet via le comité de pilotage stratégique OPTIMO (CPS OPTIMO) dont elle veille à l'articulation avec les autres comités de pilotages thématiques dédiés à des projets spécifiques plus restreints. Au sein de la DDR, c'est la direction de l'animation du réseau qui assure le pilotage opérationnel et le suivi du projet ainsi que l'interface avec les régions. Deux agents sont plus spécifiquement chargés de ce suivi et de l'animation du réseau des 58 pilotes de chantiers. Ce pilotage se fait en lien direct avec la direction générale. Le CPS OPTIMO s'est réuni à six reprises depuis 2013, la dernière réunion étant intervenue en mars 2015.

³⁰ Rapport IGAS RM2001-118P – Octobre 2011 – Recommandation n°30

³¹ La direction du réseau a été mise en place en octobre 2012, suivant en cela une recommandation du rapport d'IGAS d'évaluation de la COG 2007-2011

- [240] L'association des caisses régionales est assurée :
- par la présence de cinq directeurs de caisses au sein du CPS OPTIMO, représentant les cinq groupements inter-régionaux ;
 - par une demande d'avis systématique des caisses régionales, par l'intermédiaire des GIR, pour toute validation ou clôture d'une action du projet.
- [241] L'implication de la direction générale et la direction de l'animation du réseau sont réelles même si la lourdeur relative de l'organisation-projet, l'éparpillement des actions et une imbrication pas toujours lisible avec de nombreux autres chantiers sont par ailleurs à remarquer. La conduite de ce projet, dont le périmètre large englobe de très nombreux champs d'activité du RSI, n'était pas loin de faire de celui-ci une sorte de projet d'établissement.

1.3 Un projet global d'optimisation du fonctionnement au service de l'assuré

- [242] Une des caractéristiques du projet OPTIMO est sa transversalité. Le projet s'affirme clairement comme la résultante d'une stratégie globale, dont la finalité ultime est « de donner la priorité à l'assuré », d'apporter « des réponses opérationnelles [...] en adéquation avec l'environnement partenarial du régime » mais aussi « le contexte économiques et social »³².
- [243] Au-delà de l'objectif d'optimisation des activités de production, OPTIMO a également pour ambition de rénover le mode de pilotage de la caisse, répondant ainsi à une autre des critiques faite lors de l'évaluation de la précédente COG.
- [244] Cette double volonté trouve une traduction dans l'ambition globale du projet, en termes de construction même du programme d'actions comme de champs couverts.

1.3.1 Un programme ambitieux par le nombre d'actions...

- [245] OPTIMO 2012- 2015 comprend trois engagements :
- recentrer l'activité du régime sur l'assuré pour mieux le servir ;
 - optimiser les chaînes de production des services à l'assuré en s'appuyant sur un pilotage et des activités supports efficaces ;
 - recentrer la caisse nationale sur la définition des stratégies et le pilotage du régime en renouvelant ses méthodes de travail et de collaboration pour plus d'efficacité.
- [246] Ces trois engagements se déclinent en neuf orientations stratégiques, elles-mêmes déclinées en 26 objectifs et 120 actions, tout au moins en début de programmes puisque 66 sont aujourd'hui clôturées. Il sera revenu *infra* dans la partie « Bilan » sur cette notion de « clôture », qui signifie simplement que l'action n'est plus portée par le projet OPTIMO 2015, quelle que soit la réalité de son état d'achèvement par ailleurs.

1.3.2 Qui couvre l'ensemble des activités métiers comme de pilotage du RSI

- [247] Outre un nombre d'actions important, OPTIMO se caractérise par un périmètre large et une approche croisée des thématiques.
- [248] D'une part, tous les champs métiers sont abordés : la relation client, la retraite, le recouvrement, l'affiliation, la santé/service médical.

³² Note de synthèse OPTIMO – DDR du 25 septembre 2012

- [249] D'autre part, OPTIMO développe aussi des approches transversales quant à la nature des objectifs affichés : objectifs de pilotage, de simplification et mutualisation.
- [250] Pour autant, la répartition entre secteurs métiers et fonctions transverses illustre la priorité donnée à la relation clients d'une part, au pilotage du réseau d'autre part, avec une forte attention portée aux actions organisationnelles et aux outils.
- [251] La mission propose dans le tableau *infra* une répartition des actions du projet OPTIMO.
- [252] Cette répartition n'a pour objectif que de donner un éclairage sur la nature des actions portées par le projet OPTIMO. La répartition, notamment par fonctions transverses, relève de l'appréciation de la mission au regard du descriptif des actions envisagées figurant dans le récapitulatif fourni par le régime.
- [253] En particulier, le choix a été fait de rattacher certaines actions relevant de la stratégie ou du pilotage du réseau vis-à-vis des partenaires OC au métier « Pilotage/management », les actions de déclinaison opérationnelles en termes d'organisation et outils restant affectées au champ santé-Prévention. De même les actions relatives à l'édition ou la gestion électronique des documents et des tâches (GED-GDT) ont été par convention rattachées au champ de la Relation Client.
- [254] Par ailleurs, la mission assume certains choix de distribution entre les rubriques Organisation ou Outils ; elle a ainsi choisi de privilégier le classement dans la rubrique « Outils et procédures », dès lors que le résultat attendu de l'action consistait, parfois sous couvert d'organisation, à élaborer un outil ou un *modus operandi*.

Tableau 2 : Répartition des actions d'OPTIMO 2015 par métiers et par fonction transversale

Champs Métiers / Fonctions		Stratégie	Pilotage	Organisation (Mutualisation- fusion-optimisation)	Outils- procédures	Nb d'actions par métier	% (métier/nb d'actions)
		nb d'actions	nb d'actions	nb d'actions	nb d'actions		
Santé Prévention			1	16	3	20	17%
Retraite			1	3		4	3%
Affiliation-Radiation				1		1	1%
Recouvrement				1		1	1%
Relation Client (*)		3	2	10	18	33	28%
Supports		1	11	3	14	29	24%
<i>dont</i>	<i>Comptab</i>		1			1	1%
	<i>Achats-Fin</i>		1		2	3	3%
	<i>SI</i>		3	2	2	7	6%
	<i>RH</i>	1	6	1	10	18	15%
Pilotage réseau-Management (**)		2	17	2	11	32	27%
Nb d'actions		6	32	36	46	120	
% (fonction/nb d'actions)		5%	27%	30%	38%		

Source : données RSI – retraitement mission

- [255] Le programme présente ainsi un très fort engagement :
- en faveur d'actions relatives à la relation client (28 % des actions), avec sans surprise sur ce sujet un nombre important d'actions dédiées à l'optimisation des organisations et plus encore des outils. Ceux-ci se sont avérés particulièrement insuffisants au lendemain de la création du RSI, puisqu'ils ne permettaient notamment pas aux agents d'avoir une vision

globale des comptes et de renseigner correctement les assurés (au-delà même des difficultés liées au calcul même des cotisations) ;

- en faveur du pilotage du réseau (27 % des actions) : à la suite de l'évaluation de la précédente COG et des remarques faites sur la capacité de la CNRSI en la matière, OPTIMO traduit clairement la volonté de la direction du régime de réinvestir ce champ, à la fois en termes de stratégie d'animation et de pilotage, et en se dotant d'outils pour ce pilotage.

[256] La ventilation présentée *supra* illustre aussi l'approche voulue opérationnelle de ce programme de mutualisation, puisque 68 % des actions ont pour objectif l'étude, la définition ou la mise en place d'organisations, de procédures ou d'outils.

[257] A noter enfin la relative importance accordée aux réflexions d'optimisation du champ de la santé et prévention avec 17 % des actions du programme. Une part non négligeable des actions envisagées dans ce champ métier concernent des évaluations ou études relatives à l'opportunité et la faisabilité d'optimisation des organisations et aux mutualisations (recours contre tiers, soins à l'étranger, gestion des indus en prestations santé, fusion de services médicaux, etc.).

[258] De manière plus générale, au moins 14 actions (près de 12 % du programme, dont la majorité dans le domaine Médical Santé) consistent en la réalisation d'études ou de travaux de cartographies préalables à une action d'optimisation proprement dite, dont il sera donc intéressant de voir la suite qui leur a été donnée.

2 MALGRE L'ATTEINTE D'UNE GRANDE PARTIE DES OBJECTIFS FIXES PAR LE PROGRAMME, L'IMPACT EST DIFFICILE A MESURER ET QUANTIFIER

2.1 Une majorité d'actions clôturées et des objectifs en grande partie atteints à ce stade

2.1.1 Un taux d'exécution satisfaisant

[259] Avec 86 actions dites « terminées et validées » sur 120, le taux de réalisation du programme, à près de 72 %, apparaît plutôt satisfaisant.

[260] Plus précisément, sur 120 actions initialement listées, trois ont été abandonnées, 86 sont terminées et validées au terme du CPS OPTIMO de mars 2015, sept sont officiellement renvoyées à d'autres chantiers.

[261] Les actions suivantes, considérées comme clôturées au sens d'OPTIMO, se prolongent en fait dans d'autres chantiers initiés concomitamment ou postérieurement et qui ont été autonomisés, du fait notamment de leur caractère jugé très stratégique :

- ainsi de l'ensemble des actions relatives à la GED, qui se prolongent désormais dans le chantier ORCHESTRA de déploiement de la nouvelle GED (soit une action relevant de l'engagement « Définition d'une politique de gestion des contacts clients » et cinq actions relevant de l'engagement 2 « Optimiser les chaînes de production ») ;
- de l'action relative à la gestion des habilitations (applicatifs contenant des données sur les Professions libérales), dont le chantier est repris par CALI (nouvel outil de la relation client en test de production avant son déploiement annoncé à l'automne, *cf.* annexe 2) ;
- du travail engagé sur les carrières internationales, repris en charge dans le cadre du chantier inter-régimes sur la liquidation unique des retraites (LURA).

- [262] Trois actions n'ont que très partiellement atteint les objectifs tels qu'initialement fixés :
- l'extension de l'expérimentation de mesure des temps par activité décomposée menée en Languedoc Roussillon, dont la duplication est jugée plus complexe que prévu car supposant des pré-requis en matière d'organisation des activités (dont notamment un déploiement de la GED très en amont, ce qui n'est pas le cas de toutes les caisses) : l'objectif a donc été revu à la baisse pour poursuivre le suivi de l'expérimentation avec une autre caisse (Côte d'Azur) ;
 - l'action relative à l'organisation d'un accueil dédiés Professions libérales (PL) en caisses régionales, n'a pas réellement abouti très concrètement pour l'instant ; une Lettre Réseau récente n° 2015/77 du 3 juin 2015 institue ce dispositif d'accueil de 1^{er} niveau (qui consiste en fait simplement en l'identification de référents PL dans les caisses), renvoyant au déploiement de CALI la formalisation de l'accueil de niveau 2 ; aucune des caisses visitées n'a d'ailleurs mentionné l'existence ou la formalisation de cet accueil dédié à la mission lors de ses déplacements ; au demeurant la priorité de ce dossier n'est sans doute pas évidente (*cf.* annexe 1) ;
 - le développement du partenariat avec la CNAMTS sur le risque professionnel qui peine à se déployer réellement.
- [263] Si l'on retire donc ces dix actions des 86 terminées pour approcher l'exécution effective du programme, ce taux « d'exécution » du programme (mars 2015), à 63 %, apparaît correct, d'autant plus s'agissant des actions relatives à la GED qu'elles sont en fait poursuivies dans le cadre du projet ORCHESTRA (lui-même piloté par un chef de projet dédié), dont le déploiement n'est toutefois pas achevé³³.

³³ Les chantiers relatifs aux migrations notamment ont pris du retard

2.1.2 Des livrables globalement conformes aux objectifs

[264] Le tableau récapitulatif ci-après illustre de manière synthétique les « livrables » produits.

Letres réseaux et plans nationaux	Bilan, études et rapports	Outils (guides-procédures-référentiels)	Recours acté à un prestataire (marché public)	Réorganisations actées	Conventions
Stratégie relation client à long terme	Bilan expérimentation visio-guichets	Copil RSI-Across sur relation client	Enquête annuelle satisfaction client	Centralisation Recours contre tiers	Accord de branche santé et conditions de travail RSI
Stratégie opérationnelle client	Recours contre tiers, grand appareillage, transports sanitaires	Référentiel d'activités des SIR	Déploiement de bornes en caisses régionales	Mise en place du comité Retraite	Convention Cnavts janv 2014
Modalités d'accueil clients-accessibilité	Mutualisation action sociale	Kit formation GDR		Intégration du recouvrement forcée aux caisses régionales	Circulaire 2013 MSA-RSI formation praticiens conseil
Politique d'achats	Mutualisation du recouvrement des indus Santé	Guide AGIS +plan de formation		Externalisation de l'éditique (Prévention) à la Cnamts	
Méthodologie contentieux GDR	Remboursement soins à l'étranger	TB remontées des sollicitations des caisses			
Plan national GDR	Liquidation des retraites de carrières internationales	Revue des personnels			
Mise en place des comités techniques GDR	Détermination législation applicable	Contrats de gestion type			
Contrôles IJ	Extension activités du CNIC	TB pilotage DRH			
Procédure de labellisation des applicatifs locaux	Mutualisation GDR	Guide Capcea - Indigo			
Plan de continuité d'activité/guide	Audits des OC	Mode opératoire de gestion d'un déconventionnement OC			
Méthodologie GPEC - fiches outils	Bilan mutualisation GDR dentaire	Guide Achats			
Fusion des services médicaux et de santé : conditions et facteurs de réussite		Plan d'action CFE			
Plan d'économies		Schéma directeur des RH			
Accueil PL		Fiches métiers (21)			
		Outil de diagnostic des pratiques discriminatoires			
		Guide de procédure d'inventaire physique			
		Kit opérationnel de contrôle OC			
		Formations diverses			
		Boîtes à DOCS			

Tableau 3 : Ventilation des livrables par catégorie – bilan CPS Mars 2015

Source : Données RSI- retraitement mission

Remarque : le nombre de livrables est inférieur au nombre d'actions clôturées. Outre le transfert de certaines actions vers d'autres chantiers et la non réalisation complète ou partielle de certaines évoquées *supra*, cela tient également au retraitement et regroupement effectué par la mission : ainsi notamment les fiches métiers ou formations relevant d'actions sous la responsabilité de la direction des ressources humaines (DRH) du réseau ont été regroupées.

[265] OPTIMO s'est traduit à ce stade de manière largement majoritaire par la production de plans nationaux, référentiels, méthodologies, procédures et outils à la disposition du niveau national comme régional dans les domaines de la santé-prévention (Gestion du risque- GDR), des ressources humaines.

[266] Un certains nombres d'études, rapports et de bilans ont également été produits.

- [267] Ainsi du bilan d'expérimentations :
- celle des visio-guichets en Côte d'Azur et Provence Alpes, qui s'est conclue par à la fois l'intérêt de ce support dans le cadre d'une stratégie multi-canal et la nécessité de l'envisager au cas par cas en fonction du contexte et de partenariats locaux ;
 - l'expérimentation de la mutualisation des actions de GDR dentaire qui fera l'objet d'une intégration dans les plans annuels de GDR.
- [268] Plusieurs études nécessitent des compléments ou développements :
- la mutualisation du recouvrement des indus Santé (qui nécessite des approfondissements et études complémentaires notamment sous l'angle des compétences juridiques) ;
 - la mutualisation de l'action sociale (jugée inopportune et probablement inefficace du fait de l'importance des partenariats locaux en la matière) ; le régime estime que sur ce sujet, pourrait donner lieu à une inscription dans la COG le développement du partenariat local et la définition d'orientations nationales pour le financement des associations ;
 - s'agissant de l'opportunité d'extension des activités du centre national de l'immatriculation commune (CNIC) d'Auray en matière de modifications d'affiliations et de radiation, la prise en charge des modifications d'affiliations par le CNIC dès 2015 pour les caisses régionales candidates est réalisée. La centralisation des radiations n'est pas retenue à court terme, mais la réflexion se poursuit.
- [269] D'autres rapports ou études vont donner lieu à approfondissement ou réexamen dans la perspective du projet Trajectoire 2018, en particulier sur les sujets suivants :
- la mutualisation de la gestion des transports sanitaires (conclusion défavorable à une mutualisation) ;
 - la mutualisation du grand appareillage (recherche du bon niveau de mutualisation à approfondir) ;
 - l'expérimentation et la montée en charge d'une nouvelle organisation pour la détermination de la législation applicable (DLA) (la recommandation est plutôt favorable au maintien en caisses ; l'expérimentation de mutualisation est par ailleurs reportée après le déploiement de la nouvelle GED) ;
 - la mutualisation de la gestion des remboursements à l'étranger, plusieurs scénarios ayant été envisagés dont celui de pôles interrégionaux ;
 - l'étude complémentaire sur la taille critique des caisses en matière d'organisation territoriale : ce document est antérieur au lancement de la discussion sur le projet Trajectoire 2018 et se fonde sur des hypothèses de nombre de caisses différentes de celle qui résulte de la décision du conseil d'administration de février 2015 ; il a été mis à jour s'agissant des hypothèses de gains (*cf.* annexe 4).
- [270] D'autres travaux ont débouché sur des mesures de gestion :
- la définition d'une politique d'achats et d'un périmètre large des achats réalisés au niveau national (lettre réseau du 4 septembre 2013), qui se traduit par une forte adhésion des caisses régionales aux marchés nationaux et inter régions ;
 - l'arbitrage en faveur d'un marché national (en cours) d'acquisition de bornes de gestion de file d'attente avec fonctionnalité de prise de rendez-vous à des fins d'homogénéisation fonctionnelle (décompte des types de visites et temps d'attente) et des outils ;
 - la finalisation d'un plan d'économies 2013-2015, qui inclut notamment une réduction des coûts de déplacement (-5 %), la renégociation de baux et convention postale, la création d'une salle d'archives en libérant d'autres locaux et des consignes en matière d'utilisation du papier.

- [271] Certains chantiers enfin ont abouti à des réorganisations plus structurantes :
- la centralisation du recours contre tiers (RCT) : ce regroupement en un lieu unique est prévu sur le site de Clermont-Ferrand ; la reprise du RCT de quatre caisses régionales est intervenu en mars 2015, la reprise complète devant intervenir au 1^{er} mars 2016, avec un triple objectif d'homogénéisation des pratiques, de gain d' ETP (-10) et d'augmentation des sommes récupérées (non chiffrée) ;
 - la ré internalisation du recouvrement forcé aux caisses régionales : le transfert initié des services inter caisses du contentieux (SICC) vers cinq caisses régionales dites accueillantes s'est poursuivi entre juillet 2014 et mai 2015 vers sept autres caisses régionales (Alsace, Champagne Ardennes, Haute Normandie, Picardie, Languedoc Roussillon, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes) ; ce déploiement comme la centralisation du RCT doivent désormais s'articuler avec le projet Trajectoire 2018 et la nouvelle cartographie du réseau (cf. annexe 4) ;
 - la fusion de services médicaux et santé (18 services fusionnées au 31 décembre 2014).

2.2 Mais un impact difficile à quantifier

2.2.1 De nombreux chantiers préparatoires à Trajectoire et sans impact concret à ce stade

- [272] Si les réflexions sur les mutualisations et évolutions d'organisations subséquentes figurent en bonne place dans la liste des actions, et même si ces réflexions préalables devaient être lancées, elles n'ont pour beaucoup d'entre elles pas encore débouché, nombre d'entre elles devant être reprises dans la perspective de Trajectoire.
- [273] Le régime a ainsi listé 47 actions terminées « servant » Trajectoire (cf. pièce jointe n°1), mais en réalité pour une grande partie d'entre elles, il s'agira bien de réorienter, d'approfondir voire d'en réinterroger les conclusions. C'est bien sûr le cas des différentes études relatives aux possibles mutualisations, mais de manière plus générale, de toutes les actions relatives aux services informatiques régionaux et à leur positionnement, à l'organisation des services de santé en région, aux relations avec les organismes conventionnés (sous réserve d'autres évolutions en la matière), de la politique RH, etc.
- [274] Enfin, 31 actions sont encore à réaliser d'ici le 31 décembre 2015, qui recouvrent des chantiers substantiels. Dix relèvent du domaine du pilotage du réseau (y compris contrôle de gestion) et certains d'entre eux sont directement interfacés avec Trajectoire 2018.
- [275] C'est le cas par exemple de l'action « analyser la cohérence du réseau au regard des résultats d'activité par caisse et entités et évaluer les tailles critiques en fonction de la qualité de service attendue », qui aurait été fort utile dans le cadre de la préparation de Trajectoire.
- [276] De même les actions RH de conception et mise en œuvre du changement ne sont pas initiées et doivent l'être d'ici la fin de l'année en intégrant désormais la perspective de Trajectoire.

Une démarche assez éparpillée du fait du champ couvert et peu documentée en matière d'impact et de gains recherchés

2.2.1.1 Des chantiers peu priorisés

- [277] La volonté de la direction du régime avec le projet OPTIMO³⁴ est clairement de porter « une stratégie d'optimisation du fonctionnement du régime et de pilotage partagé », « une stratégie du pilotage de l'action » qui doit se traduire très concrètement.
- [278] Les engagements très généraux font certes référence à l'assuré (il est, c'est vrai, le bénéficiaire final de la production qui n'a de sens que par son existence) qui est finalement quasi absent (sauf sur la relations client). Peut-être parce que même si l'objectif final est bien un meilleur service, le projet OPTIMO est avant tout un programme tourné vers le fonctionnement interne du régime et son amélioration et celle de son pilotage.
- [279] Le mélange entre approche stratégique et opérationnelle dans la construction même nuit sans doute à la lisibilité de l'ensemble. Le champ d'OPTIMO est *a priori* très large et, par sa nature même de recherche d'optimisation du fonctionnement global du régime, embrasse une très grande diversité de domaines et de types d'actions, même si certaines activités sont clairement exclues. (C'est notamment le cas du processus de recouvrement, traité par ailleurs dans des instances communes ACOSS-RSI). Ce qui donne au final l'impression d'un inventaire « à la Prévert », un peu fourre-tout qui nuit à sa lisibilité.
- [280] Les objectifs sont de nature différente, certains très larges et ambitieux, par exemple « Définir et réunir les conditions mettant en capacité la caisse nationale d'exercer efficacement son rôle de tête de réseau », ou « Restaurer une politique du recouvrement amiable et efficace », d'autres très étroits et opérationnels : « Décliner des contrats de gestion pour chaque direction de la caisse nationale », « Engager les projets de déploiement d'une GED efficace ».
- [281] Les actions elles-mêmes mêlent approches plutôt stratégiques, élaboration de méthodologie « macro » et fiches de tâches très pointues : ainsi de l'action « Etude à mener sur l'organisation et le pilotage de l'activité retraite » qui côtoie par exemple l'action « Intégration d'autres canaux (fax-courriels) à l'éditique » ou « La mise à disposition des collaborateurs de la CNRSI de modèles de documents ».
- [282] Il ne s'agit pas ici de dire que telle action est plus importante ou utile qu'une autre mais à l'évidence, les objectifs à atteindre et livrables à produire seront forcément de nature et d'impact différents, ce qui en rend l'appréciation globale et synthétique délicate.
- [283] De manière générale, la démarche aurait gagnée à être recentrée et homogénéisée.

2.2.1.2 Une quasi absence d'approche en termes de gains attendus

- [284] Ce qui rend le plus problématique l'appréciation concrète de l'impact du programme est l'absence quasi-totale d'objectifs quantifiés de résultats attendus, que traduit d'ailleurs l'absence d'indicateurs chiffrés ou de cibles espérées en termes d'optimisation ou de gains.
- [285] Le programme n'avait bien sûr pas vocation à doubler la COG, mais son affichage sur l'optimisation la mutualisation et l'organisation aurait mérité des mesures d'impact.
- [286] Pour utiles que soient les actions réalisées, beaucoup d'entre elles relèvent de la procédure (cf. tableau 3 *supra*) ou de l'outillage et, finalement, de ce que l'on pourrait considérer la gestion « normale » d'un organisme de protection sociale.

³⁴ Note de synthèse OPTIMO 25-09-2012

- [287] De très nombreux chantiers visaient ainsi à doter les services, au niveau national comme régional, des outils nécessaires, soit à une amélioration de l'activité de production et de son pilotage, ainsi que du pilotage global du réseau, soit à une harmonisation des processus et pratiques.
- [288] Ces outils sont mis en place ou initiés, sur une période finalement récente ; leur impact attendu en termes de fonctionnement global n'est pas prévu dans OPTIMO, et n'est pas mis clairement en regard des indicateurs de la COG.
- [289] Nombre de chantiers sont rédigés sous forme d'actions sans objectif de résultat ou d'impact, ce qui conduit souvent le RSI et la mission elle-même à considérer que l'objectif est atteint même si le résultat et l'impact de l'action sont limités ou non mesurables.
- [290] Le bilan transmis par le RSI ne met pas en valeur les améliorations obtenues, que ce soit sous l'angle soit d'un meilleur service (délais plus court, simplification pour l'agent comme l'assuré, etc.), ou d'une meilleure productivité ou efficacité « administrative ».
- [291] La mission a demandé au régime de préciser, à défaut d'indicateurs existants, les résultats mesurables et mesurés à ce stade des actions terminées.
- [292] Les éléments fournis pour les 66 actions terminées à la date du 31 décembre 2014 font apparaître les gains qualitatifs attendus, les gains quantitatifs espérés, les résultats qualitatifs constatés et gains quantitatifs mesurés au 31 décembre 2014.
- [293] Sans surprise compte tenu de la construction même du projet, les résultats qualitatifs sont bien documentés (procédures renouvelées, études ou bilans réalisés, projets lancés, etc.). Il est renvoyé sur ce point au bilan du paragraphe 1.3. Pour 63 des actions terminées, un type de « gain qualitatif attendu » est précisé.
- [294] La mission a constaté dans certains domaines que ce développement de nouvelles procédures et outils s'est traduit dans les faits par une évolution des pratiques, même s'il est difficile d'apprécier la réalité de leur impact en termes de résultats.
- [295] C'est par exemple le cas, pour ce qui relève du pilotage des caisses, de la plus grande formalisation du dialogue de gestion et d'une approche comparative plus fine des activités de production des caisses.
- [296] En l'absence de cibles et d'indicateurs chiffrés, l'impact mesurable sur l'efficacité et l'efficience du régime de ces différentes actions reste néanmoins peu éclairé.

Tableau 4 : Types de gains qualitatifs attendus

Typologie des gains qualitatifs attendus	
Gains de productivité	6
Harmonisation-homogénéisation des pratiques	20
Baisse des coûts-baisse ETP	7
Qualité	3
Relation assuré	4
Efficienc e (processus- développement professionnel personnel)	9
Renforcement Maitrise des risques	2
Baisse de charge de travail des agents	2
Accompagnement du changement	1
Amélioration du pilotage et de la communication au sein du réseau	4
Autres	10

Source : Données RSI- retraitement mission

Remarque : le nombre total de type de gains attendus est supérieur au nombre d'actions pour lesquelles un gain est attendu (63) car certaines ont plusieurs types de gains qualitatifs attendus. La rubrique Autres rassemble les éléments présentés comme un résultat attendu (bilan de mise en œuvre, mise en œuvre ou suivi de dispositifs) sans être à proprement parler des gains.

[297] Pour cinq mesures³⁵ seulement, un « gain quantitatif espéré » est indiqué, mais non chiffré précisément :

- la récupération d'indus et les indus évités résultant de la mise en œuvre du regroupement des activités de GDR dentaire ;
- les gains en ETP résultant de la centralisation du RCT ;
- les gains en ETP résultant de la centralisation sur le CNIC d'Auray du traitement des modifications d'affiliation ;
- l'augmentation du taux de traitement automatique de l'affiliation après fiabilisation des données entrantes des CFE ;
- le « taux élevé » de caisse régionale s'inscrivant dans les marchés nationaux et inter-régimes résultant de la politique générale des achats ;

[298] On peut y ajouter ce que prévoit le plan d'économies 2013-2015, dont certaines mesures sont en réalité les seules à afficher des objectifs chiffrés précis : remise de la Banque Postale pour la convention postale ; réduction de 5 % des frais de déplacement ; recyclage de papier ; renégociation des baux (626 000€ en année standard).

[299] S'agissant de la reprise par le CNIC d'Auray des modifications d'affiliations, il est toutefois mentionné, sans que cela soit une cible, que cette activité représente en caisses régionales entre 15 et 20 ETP.

³⁵ La mission n'a pas retenue en tant que gains quantitatifs d'une part « la normalisation des procédures » ni l'état des lieux quantitatifs des RH »

- [300] S'agissant du RCT, il ressort de nos entretiens que le RCT centralisé doit fonctionner avec 35 ETP en schéma optimal, soit un gain de 10 ETP par rapport aux 45 ETP répartis dans les diverses caisses.
- [301] En termes de résultats, les seuls éléments quantifiés disponibles sont les suivants :
- 18 services médicaux ont effectivement fusionnés au 31 décembre 2014 (23 caisses concernées) ;
 - 3,8 millions d'indus Santé ont été recouvrés en 2014 ;
 - le taux de traitement automatique des affiliations sur données entrantes CFE est passé de 18 % en 2013 à 40 % à fin 2014 ;
 - on constate une forte adhésion des caisses régionales aux marchés nationaux et inter-régimes (100 % pour les assurances, 96 % pour la téléphonie, 96 % pour l'achat de cartouches imprimantes, 100 % pour l'informatique et la bureautique, 77 % pour la billetterie) et inter régimes (électricité 100 %, fournitures de bureau 82 %accessibilité handicapés 100 %) ;
 - en matière RH, 90 % de la cartographie qualitative des ressources (27/30 caisses) est achevée, 50 % du personnel est rattaché au répertoire des métiers et 63 % des diagnostics régionaux sont réalisés s'agissant du plan Santé au travail ;
 - enfin le plan d'économies 2013-2015 a permis de générer plus de 2,5M€ d'économies en 2013 (données 2014 non consolidées), soit 2,8 % du budget global de fonctionnement courant du régime (87,3M€) ; les objectifs en matière de réduction des frais de déplacement ne sont pas atteints.
- [302] Au total, il est dommage que ce projet OPTIMO, apparemment ambitieux, mobilisateur (également en temps agents) ne puisse se traduire de manière plus concrète en termes de résultats attendus et chiffrables. De nombreuses actions ont été menées, plusieurs études ou rapports ont été produits, des procédures ont été écrites, des outils mis à disposition, mais il est encore difficile d'en mesurer l'impact à la fois sur le fonctionnement et le service à l'assuré pourtant mis clairement en avant.
- [303] Toutefois, les habitudes prises d'un fonctionnement en mode projet, la montée en puissance d'une réflexion et d'outils sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), le développement, encore à promouvoir d'un sentiment d'appartenance au RSI ainsi qu'un certain nombre de chantiers thématiques pourront et devront trouver un prolongement et une accentuation dans le projet Trajectoire 2018, projet qui devra quant à lui poser dès le départ et clairement la question des bénéfices attendus et de leur mesure.

PIECE JOINTE N°1 : OPTIMO 2015 – ETUDES ET ACTIONS SERVANT TRAJECTOIRE 2018

<u>111-1</u>	Définir la stratégie de relation client globale et de long terme.
111-2	Définir la stratégie de la relation client "multi-canal" virtuel incluant le Compte Assurés et les réseaux sociaux.
111-3	Définir la stratégie de la relation client en termes d'accessibilité (joignabilité par les assurés), de maillage territorial et d'amplitude horaire (accueil physique) et de pré-accueil. Action préalable : analyse consolidée des bilans d'accueil 2011-2012.
111-4	Expérimentation des visio-guichets et bilans. Conclusion sur l'opportunité de développer ce canal. -Intégration éventuelle dans la stratégie client. Définition des conditions éventuelles de mise en œuvre et recommandations, ou définition du projet national ou coordonné.
112-7	Positionnement de la caisse nationale sur l'extension des bornes de gestion de file d'attente aux sites hors siège.
112-8	Définir la stratégie de l'organisation de la gestion de la relation client par les OC : interfaçage des outils ou mise à disposition du RSI, dispositif de suivi du traitement des réclamations, élaboration de scripts d'accueil communs, développement de conventions pour une gestion partagée des accueils physiques.
112-10	Maîtriser la relation client mise en œuvre pour le compte du RSI par les Urssaf : maîtrise des processus externes au RSI.
112-11	Elaboration et mise à disposition d'un outil de planification de l'activité des plates-formes téléphoniques.
<u>121-1</u>	Développer des compétences médicales expertales mutualisables entre régions (formations, organisation...) visant l' optimisation et l'harmonisation des avis médicaux sur 4 thèmes identifiés : le grand appareillage, les transports sanitaires, les soins à l'étranger et le RCT.
<u>121-4</u>	Mener une étude complémentaire sur l'optimisation de la gestion des soins à l'étranger. Conditions d'expérimentation et montée en charge.
<u>121-6</u>	Mener une étude complémentaire sur l'optimisation de la gestion des droits retraite et des liquidations de retraite (international). Conditions d'expérimentation et montée en charge.
<u>121-7</u>	Mener une étude complémentaire sur la détermination de la législation applicable (DLA). Conditions d'expérimentation et montée en charge.
<u>121-8</u>	Mener une étude complémentaire sur l'opportunité d'étendre les activités du CNIC d'Auray au traitement des modifications, et notamment les affiliations consécutives à modification (liasses P2/M2), les radiations et la gestion des maintiens de droits.
<u>121-9</u>	Analyser la cohérence du réseau du RSI au regard des résultats des analyses d'activité et de productivité par organisme (caisses régionales et entités de la CNRSI) et évaluer les seuils de taille critique (plancher, plafond) des organismes nécessaires à la qualité de service attendue par les assurés.

121-12	Refonte des référentiels GED/GDT : homogénéisation des procédures et des pratiques.
<u>122-1</u>	Mener une étude complémentaire sur l'organisation et le pilotage des activités de retraite.
<u>123-1</u>	Restauration d'une politique du recouvrement amiable et forcé efficace et fiable mettant la caisse régionale en situation de maîtrise globale de la relation avec le cotisant, grâce à une nouvelle organisation et un nouveau mode de pilotage des activités.
<u>124-1</u>	Mener une évaluation des fusions des services santé-prévention et médical (audit fin 2012) : arbitrage sur l'opportunité de poursuivre ces rapprochements ; définition éventuelle des conditions de ces fusions (facteurs clés de succès, organisation, etc.) pour mise en œuvre .
124-3	Renforcer la coordination des services médicaux et administratifs autour de l'activité IJ / invalidité.
125-1	Développer les partenariats opérationnels inter-régimes sur les questions de retraite. Etudier la possibilité ou non d'une collaboration avec les CARSAT et/ou MSA pour des échanges d'informations liées à la liquidation Retraite (amélioration des délais et de la qualité des liquidations) : nécessité de contractualiser avec ces partenaires.
<u>125-4</u>	Mener une étude complémentaire sur l'opportunité et les conditions de transfert d'activités dentaires entre caisses ou en inter-régimes .
211-6	Centralisation de la GED/GDT : préparation, études...
221-3	Définition de besoin pour l'alimentation du Datamart pilotage stratégique (INDIGO). Intégration des indicateurs COG, CPG, Indicateurs d'intéressement, part variable des AD, automatisation des suivis de stocks, indicateurs de contrôle et de coûts de gestion, de suivi de stock, CNOM des OC, intégration des indicateurs santé, d'autres indicateurs permettant d'enrichir la connaissance de nos assurés. Mise en œuvre par lots .
221-5	Faire reposer la ventilation analytique des effectifs du RSI sur les données réelles issues des fichiers de paie, grâce à CAPCEA ; et y intégrer la CNRSI et les CDD.
222-2	Pilotage des fusions ou déconventionnements d'OC : analyser l'ensemble des impacts potentiels des opérations de fusion ou déconventionnement d'OC et établir un processus transverse décrivant les actions à mettre en œuvre par les OC, CIOC et le RSI sur les plans métier, juridique, comptable et informatique.
222-3	Tirer les conséquences des évolutions d'organisation des OC sur notre propre organisation.
222-5	Optimisation des processus comptables des prestations maladie (norme, méthode, organisation) : rôles CNRSI, CRSI, OC.
<u>223-1</u>	Réaliser un bilan des rapprochements de services médicaux sous l'autorité d'un seul DSMR. Définition des conditions de mise en œuvre. A réaliser en cohérence avec l'audit sur la fusion des services Santé et médicaux.
223-2	Cartographie des compétences GDR-Prévention dans les CR RSI et les GIR. Etude de mutualisation des activités GDR-Prévention notamment au sein des GIR.
223-3	Instaurer des comités techniques GDR-Prévention par inter-régions composés des AD et DSMR des CR.

233-1	Applications locales : définir et mettre en oeuvre le pilotage des délégations de conduite de projets des applicatifs développés localement et utilisés par le réseau (régulation indispensable). Exploiter nationalement les besoins fonctionnels ainsi traduits.
233-4	Responsabilité des SIR sur la continuité de l'activité informatique : - définition de recommandations en termes de dimensionnement et d'organisation des équipes de Support Informatique Régional, - définition des conditions d'entre-aide entre caisses régionales, - droits et missions délégués aux SIR : étude d'opportunité d'élargissements du champ d'intervention des SIR.
234-2	Définir une politique de contrôles cohérents entre ordonnateur et comptable pour les prestations vieillesse dans un premier temps ; puis élargissement de cette mise en cohérence à tous les contrôles du référentiel de processus de contrôle interne (articulation contrôles de 1er et 2ème niveau, volumétries...).
241-1	Formaliser le SDRH.
241-2	Mener les réflexions sur les aspects RH des métiers de téléconseiller et de superviseur.
241-4	Mise en place et développement du répertoire des métiers, activités et missions.
241-5	Identification des métiers prioritaires. Mise à disposition des caisses d'un guide méthodologique commun GPEC.
241-8	Mise en œuvre d'un plan "santé au travail".
241-13	Appropriation par les caisses de la numérisation en amont, accompagnement, formation.
322-1	S'assurer que la caisse nationale dispose des compétences et des organisations requises au regard des activités à déployer
322-2	Mettre en place des contrats de gestion pour chaque direction de la caisse nationale (objectifs/moyens)
322-3	Piloter les plafonds d'emploi en parallèle du suivi de l'exécution budgétaire masse salariale
323-1	Mise en œuvre d'un système de collecte des temps passés de la CNRSI (production et support) : outil de saisie et grille d'imputation à définir. Analyse des coûts de gestion des activités de la CNRSI.
331-1	Mise à disposition pour les collaborateurs de la CNRSI de modèles de documents (Compte-rendus, notes de synthèse...),
331-2	Professionnaliser l'utilisation de la messagerie
332-1	Professionnaliser la tenue des réunions : ordres du jour, pv, suivi
332-2	Mise à plat du processus d'intégration à la Caisse Nationale en intégrant la dimension "caisse régionale" et en typant les parcours en fonction de l'emploi

Source : RSI-DDR

ANNEXE 4 : LA REFONTE DU RESEAU DU RSI : LE PROJET TRAJECTOIRE 2018

INTRODUCTION.....	87
1 TRAJECTOIRE 2018 SE VEUT UNE REPONSE STRATEGIQUE ET POLITIQUE A L'EXIGENCE DE GAINS D'EFFICIENCE ET DE QUALITE DE SERVICE, PAR LE RESSERREMENT ET L'HOMOGENEISATION DU RESEAU.....	88
1.1 UNE MATURATION RAPIDE POUR UN PROJET QUI N'EST PAS TOTALEMENT CONSENSUEL	88
1.2 UNE AMBITION ET DES OBJECTIFS STRATEGIQUES JUSTIFIES : RESSERRER ET HOMOGENEISER LE RESEAU TERRITORIAL POUR UN MEILLEUR SERVICE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE	90
2 TRAJECTOIRE EST UN PARI QUI N'EST PAS EXEMPT DE RISQUES ET DONT LES GAINS, POTENTIELLEMENT SENSIBLES, NE SONT ENVISAGEABLES QU'A MOYEN TERME ET SOUS CONDITIONS	106
2.1 DES RISQUES « PROJET » SIGNIFICATIFS.....	106
2.2 DES CONDITIONS DE REUSSITE DU PROJET A REUNIR	111
2.3 DE PREMIERES HYPOTHESES DE GAINS A AFFINER A LA LUMIERE DES DIAGNOSTICS TERRITORIAUX.....	122
2.4 LES COUTS DE TRAJECTOIRE.....	127
2.5 UN CALENDRIER RAISONNABLE DE MONTEE EN CHARGE DE CES GAINS DE PRODUCTIVITE.....	130
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	133
PIECE JOINTE N°1 : MUTUALISATION DES FONCTIONS COMPTABLES ET FINANCIERES (PLFSS 2016)	135
PIECE JOINTE N°2 : EXTRAPOLATION DE GAINS DE COUTS.....	137
PIECE JOINTE N°3 : COUT DE TRANSFORMATION- PROJET REGIONALISATION DES URSSAF	139

INTRODUCTION

- [304] La recherche de pistes pour une plus grande homogénéité de la qualité de service rendu à l'assuré, en dégageant des marges de productivité, objectif initial du programme OPTIMO 2013-2015, a été l'occasion d'une première réflexion sur la taille critique des caisses et les synergies et rapprochements à développer entre elles.
- [305] Le programme Trajectoire s'est nourri de ces réflexions. Initié quasi concomitamment en 2012 par la direction générale, réapproprié progressivement par les élus du régime entre 2013 et début 2015 à la fois au niveau régional et national, il a fait l'objet d'un vote formel du conseil d'administration du 10 février 2015 qui acte l'objectif de resserrement du réseau à 13 caisses (neuf caisses métropolitaines, une caisse Professions libérales, deux caisses Outre-mer et la caisse Corse). Sans être à proprement parler la suite d'OPTIMO, Trajectoire 2018 en prolonge et approfondit les projets sous trois angles majeurs :
- la diminution du nombre des caisses régionales au 1^{er} janvier 2019 pour construire un réseau plus resserré et plus homogène en taille d'acteurs ;
 - l'objectif affiché d'une harmonisation des organisations et des pratiques ;
 - la recherche d'une qualité de service accrue pour l'assuré.
- [306] La lettre de mission demande à la mission d'identifier les conditions de réussite de Trajectoire ainsi que les gains que l'on peut en attendre.
- [307] Les travaux de la mission se sont appuyés sur les constats de l'activité des caisses et les données issues des outils du contrôle de gestion, sur les documents de présentation du projet Trajectoire et des entretiens menés plus spécifiquement avec la direction générale, la direction du programme Trajectoire et la direction déléguée au réseau, ainsi que les directeurs et directrices et agents comptables de caisses régionales visitées par la mission.
- [308] Si le projet Trajectoire est un projet justifié à la fois par l'exigence de gains d'efficience et le constat d'un réseau trop hétérogène dans ses résultats, ses pratiques et organisations (1), son déploiement comporte un certain nombre de risques, identifiés d'ores et déjà pour certains par le régime. Sa réussite, sous conditions, doit permettre au régime de dégager des marges et faire des gains à moyen terme(2).

1 TRAJECTOIRE 2018 SE VEUT UNE REPONSE STRATEGIQUE ET POLITIQUE A L'EXIGENCE DE GAINS D'EFFICIENCE ET DE QUALITE DE SERVICE, PAR LE RESSERREMENT ET L'HOMOGENEISATION DU RESEAU

1.1 Une maturation rapide pour un projet qui n'est pas totalement consensuel

[309] Dès 2011 dans le rapport d'évaluation de la COG 2007-2011³⁶, l'IGAS recommandait non seulement de développer les mutualisations en matière de fonctions supports mais aussi de s'interroger sur la pertinence de la cartographie du réseau.

[310] Dans le cadre d'OPTIMO, une première réflexion, souhaitée par la direction générale, a été menée en juin 2013 sur la taille critique des caisses. Partant du constat du contexte de contrainte budgétaire, de la fragilité des plus petits organismes à la fois sur leurs fonctions supports mais aussi sur l'expertise métier, ce premier document proposait trois scénarios de fusions de caisses à 11, 17 et 20 caisses régionales (hors professions libérales). La direction générale s'oriente alors vers la discussion d'un scénario de resserrement du réseau par un nombre limité de fusions à conduire entre 2015 et 2018.

[311] Deux chantiers devaient être initiés :

- un travail sur la gouvernance politique qui relevait de la responsabilité des élus ;
- la définition avant l'été 2014 d'un schéma directeur de l'organisation du réseau avec deux volets qui visaient à :
 - ✓ mener un travail sur la mise à plat et l'homogénéisation des processus de production ;
 - ✓ augmenter la taille des caisses par un nombre limité de fusions à conduire entre 2015 et 2018, l'objectif étant que toutes les caisses du régime atteignent une taille correspondant à au moins 100 000 cotisants et 200 000 assurés (ce qui correspond plus ou moins au second scénario du document « Taille critique OPTIMO », un peu moins de vingt caisses), avec un effectif compris entre 200 et 400 ETP.

[312] La réflexion devait aboutir fin 2014 pour pouvoir être intégrée aux discussions de la future convention d'objectifs et de gestion 2016-2019. L'objectif déjà affiché était de mener à bien cette transformation avant la fin de la mandature (2018) dans le respect du mandat des administrateurs actuels, de la pérennité des sites correspondant aux sièges actuels des caisses régionales, de l'intégrité des territoires régionaux actuels et de la représentativité politique de celles-ci.

[313] C'est ce pré-projet qui a été présenté en octobre 2013 au bureau du conseil d'administration, aux directeurs régionaux à l'occasion d'un séminaire et au comité national de concertation³⁷.

[314] A partir de janvier 2014, le processus de discussion du projet est formellement lancé par le Président national du régime, y compris au niveau politique, auprès des présidents des caisses régionales et des délégués nationaux. Dans cette perspective, une commission nationale de propositions est instaurée auprès du conseil d'administration.

³⁶ Rapport IGAS RM2001-118P – Octobre 2011.

³⁷ Le comité national de concertation réunit les organisations syndicales représentatives des différentes instances, la direction et les administrateurs du régime.

- [315] Au terme des travaux de cette commission et après une discussion du projet au sein des cinq groupements interrégionaux (GIR)³⁸ de mai à juillet 2014, les orientations finales sont présentées par le Président national le 24 septembre 2014 aux Présidents des caisses. Elles sont assez sensiblement différentes, s'agissant de la cartographie, des propositions initiales (évolution vers 13 caisses), le Président national ayant estimé que « *les propositions qui étaient faites à l'époque ne donneraient pas satisfaction à nos assurés* », qu'il fallait « *élaborer un projet politique, [...] défini par les présidents régionaux et leur conseil d'administration* ».
- [316] Après consultation des comités d'entreprise de chaque caisse régionale sur le projet de fusion qui a donné lieu à des votes hostiles, le vote de chaque conseil d'administration a été organisé entre le 24 novembre et le 12 décembre 2014. Quatorze caisses se sont prononcées en faveur des fusions proposées, onze contre.
- [317] Après ajustement de la cartographie³⁹ la nouvelle cartographie a été adoptée par le conseil d'administration au niveau national le 15 février 2015, au terme de débats vigoureux, par 29 voix contre 17, le scrutin s'étant déroulé à bulletins secrets. Le conseil a également acté la mise en place de deux commissions consultatives, l'une sur la gouvernance politique, l'autre sur la préparation des élections.

Graphique 1 : Trajectoire 2018- Nouvelle cartographie du réseau régional RSI



Source : CA RSI- 15 février 2015

- [318] Les caisses d'Antilles-Guyane, de La Réunion et de Corse ne sont pas touchées par la réorganisation territoriale et demeurent dans leur périmètre géographique actuel.

³⁸ GIR Ile-de-France (3 caisses Ile-de-France), GIR Nord-est (caisses Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine), GIR Nord-Ouest (caisses Basse-Normandie, Bretagne, Centre, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie), GIR Sud-est (caisses Alpes, Auvergne, Corse, Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Provence Alpes, Rhône), GIR Sud-ouest (caisses Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes)

³⁹ Les élus de la caisse régionale du Limousin étaient favorables à la fusion en cas exclusif de rattachement à Midi-Pyrénées au motif des partenariats existants.

[319] Cette réorganisation territoriale doit, en application des articles R.611-8 et R.611-22 du code de la sécurité sociale, être validée par l'Etat par décret en Conseil d'Etat. Le directeur de la sécurité sociale, à qui le projet a été transmis, a fait connaître son accord de principe au projet et à sa date de mise en œuvre au 1er janvier 2019, sous réserve d'un aménagement pour la région Limousin. Dans le texte qui sera transmis au Conseil d'Etat, par souci de cohérence avec le nouveau périmètre régional⁴⁰, la caisse du Limousin sera fusionnée avec les caisses des régions Aquitaine et Poitou-Charentes.

1.2 Une ambition et des objectifs stratégiques justifiés : resserrer et homogénéiser le réseau territorial pour un meilleur service sur l'ensemble du territoire

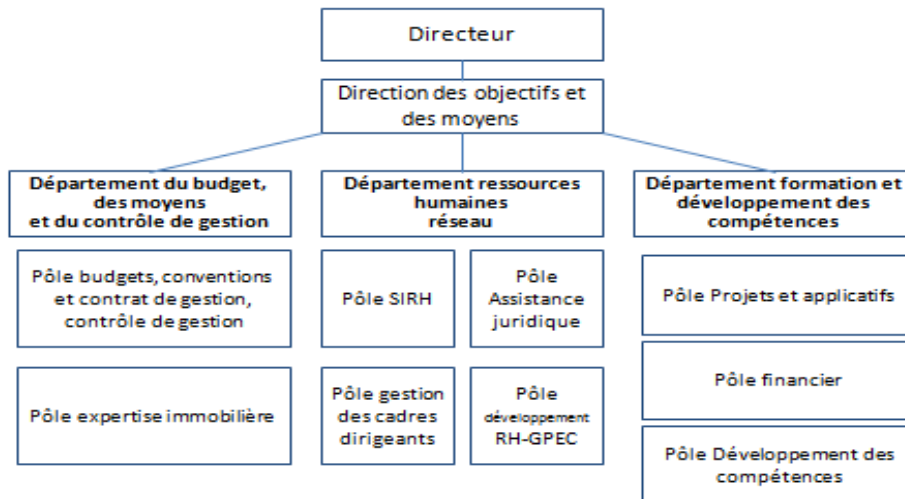
[320] Le réseau territorial du RSI compte, au 31 décembre 2014, 30 caisses régionales et plusieurs sites de la caisse nationale dont notamment :

- le centre national d'immatriculation commun d'AURAY (CNIC),
- le site de Valbonne (département de recouvrement de la contribution sociale de solidarité et département SI),
- les sites informatiques de Labège (Toulouse) et Strasbourg (DSI).

[321] Il est animé par la direction déléguée au réseau (DDR), créée en octobre 2012 sur la base d'une recommandation du rapport IGAS d'évaluation de la précédente COG.

[322] La DDR compte 47 personnes (46,8 ETP en CDI) répartis sur trois départements de tailles sensiblement équivalentes.

Schéma 1 : Organigramme de la direction du réseau



⁴⁰ Loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral

[323] La DDR est chargée de l'animation du réseau et du dialogue de gestion avec les caisses régionales qu'elle assure notamment à l'occasion de la négociation puis des bilans à mi-parcours et en fin de contrat pluriannuel de gestion (CPG) (cf. Annexe 1). Elle dispose d'un directeur de l'animation du réseau.

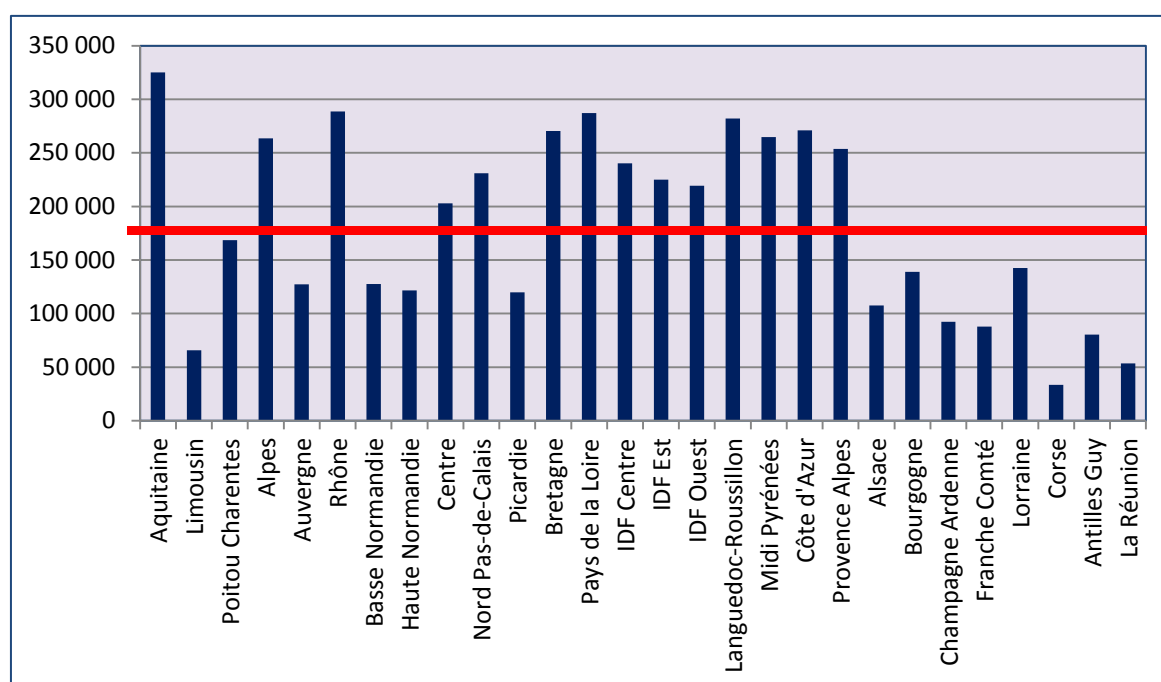
[324] Le projet Trajectoire vise spécifiquement le réseau des caisses régionales (4709 ETP sur 5657 pour la totalité du régime). La fusion proprement dite concernera 25 caisses métropolitaines ; les deux caisses Professions libérales ont fusionné au 1er janvier 2015.

1.2.1 Un réseau hétérogène par la taille de ses structures

[325] A ce jour et jusqu'au 31 décembre 2018, le réseau régional du RSI compte 28 caisses et une caisse Professions Libérales (PL) dont l'importance, tant au regard du nombre d'assurés que d'agents, est très variable.

[326] L'effectif total protégé va ainsi de moins de 30 000 ressortissants pour la caisse de Corse à plus de 325 000 pour la caisse Aquitaine.

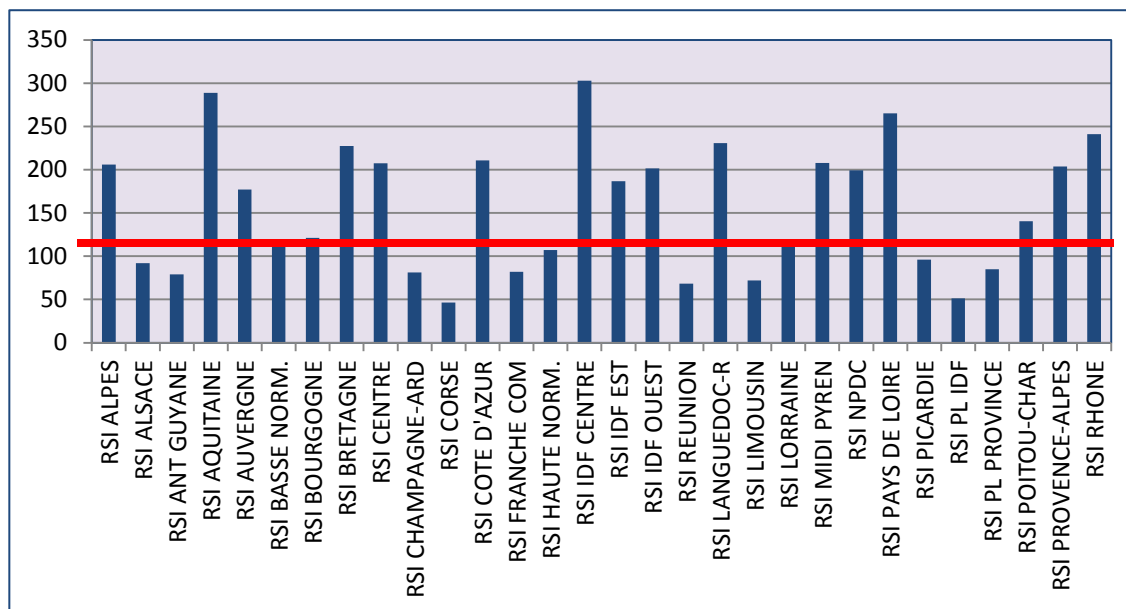
Graphique 2 : Nombre de ressortissants des caisses régionales



Source : CNRSI – chiffres 2013 – moyenne en rouge

[327] Corrélativement, la même remarque prévaut s'agissant de l'effectif des caisses, de 46 équivalents temps plein moyens annuels (ETPMA) en caisse Corse à 303 en caisse Ile-de-France Centre.

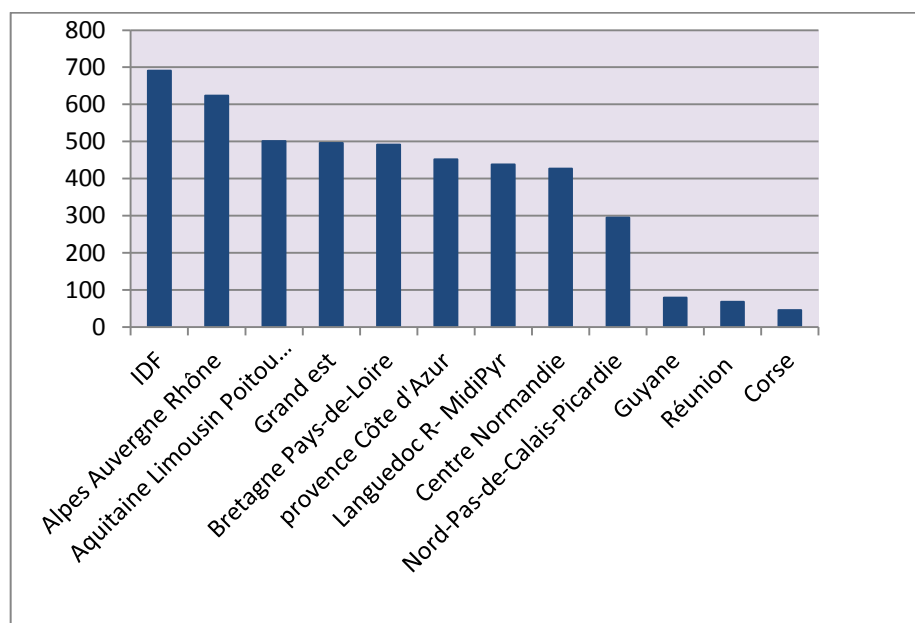
Graphique 3 : Effectifs des caisses régionales



Source : Données RSI- ETPMA 2014 – moyenne en rouge

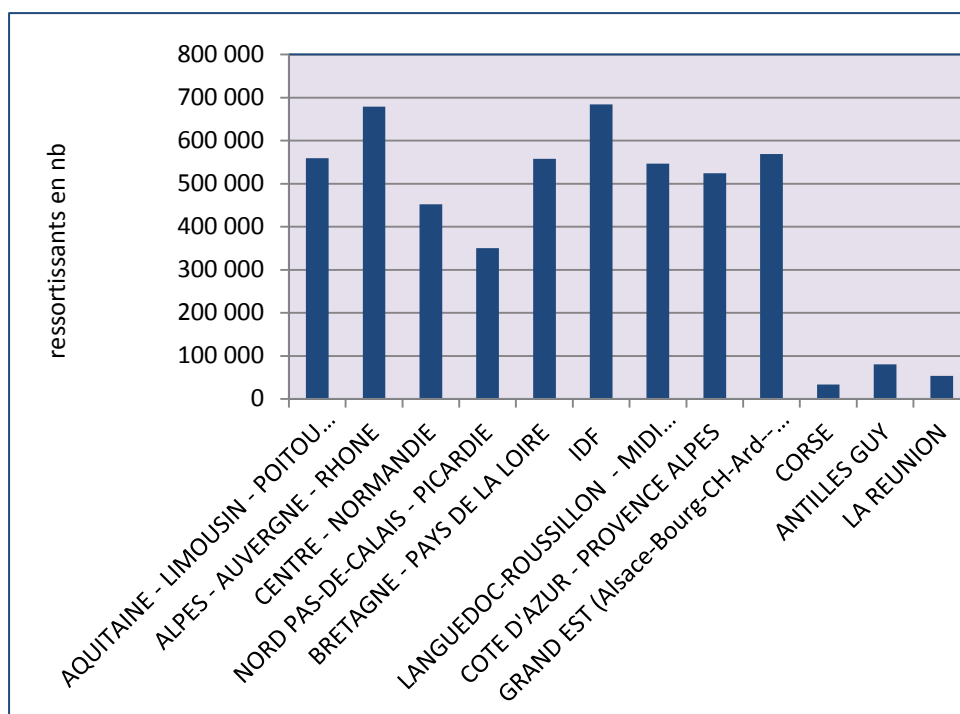
[328] A cet égard, le projet Trajectoire répond à l'objectif de constitution de caisses de taille plus importante et plus homogène.

Graphique 4 : Nouveau réseau – taille des caisses par effectifs



Source : Données RSI- ETPMA 2014

Graphique 5 : Nouveau réseau – taille par nombre de ressortissants



Source : Données CNRSI

- [335] En nombre d'agents hors Corse DOM et PL, l'effectif ETP du réseau reconfiguré varie de 295 (Nord-Pas-de-Calais) à 691 (Ile-de-France), avec un groupe de six caisses avec un effectif compris entre 400 et 500 ETP et deux caisses plus importantes (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Ile-de-France).
- [336] En nombre de ressortissants, la taille des nouvelles caisses fusionnées varie du simple au double car la Caisse Nord-Pas-de-Calais-Picardie, très cohérente géographiquement, ne compte que 350 000 ressortissants (elle ne couvre que cinq départements). Avec une population couverte en moyenne de 547 000 personnes et une médiane à 557 000, le réseau gagne toutefois clairement en homogénéité.
- [337] Subsisteront néanmoins, mis à part la caisse PL, trois petites caisses : les caisses DOM et Corse. Trajectoire devra être l'occasion pour ces trois caisses régionales de poser clairement la question de l'organisation de leur activité, de partenariats, mutualisations voire d'intégrations d'activités pour renforcer l'homogénéité du réseau (cf. sur ce point § 2.3.3 *infra*).

1.2.2 Un réseau éclaté sur de nombreux sites

- [338] Le régime compte au 31 décembre 2014 129 implantations : onze sont des sites de la caisse nationale dont deux sont ou vont être libérés et sont en vente.
- [339] Au 31 décembre 2014⁴¹ sur les 118 sites du réseau territorial, 15 sont inoccupés et à vendre, soit une implantation effective sur 103 sites⁴² :
- 30 sièges régionaux des caisses actuelles qui ne seront pas remis en cause par la réorganisation territoriale ;

⁴¹ Recensement RSI 2015 – Etat des sites au 31 décembre 2014

⁴² 100 sites – chiffre RSI octobre 2015

- 48 bureaux d'accueil permanent pour un total de 131 agents, allant de un à 16 agents (Coutances) pour les deux extrêmes, avec une moyenne de 2,78 agents par site ;
- 17 agences /sites extérieurs, pour un effectif total de 563 agents (de sept à Bourg-en-Bresse, en cours de mutualisation avec la MSA par ailleurs, à 66 à Maisons-Alfort) ;
- deux annexes administratives du siège (de quatre pour la caisse PL à 118 personnes dans le Rhône – annexes au siège) ;
- deux autres annexes : un centre de formation (pas d'agents sur site,) et un centre ISU (La Réunion – 3 agents) ;
- quatre locaux d'entrepôts (pas d'agents sur site) ;

[340] 42 de ces sites comptent moins de dix personnes (soit près de 50 % des sites, dont 20 avec seulement une à deux personnes.

[341] A l'inverse, le maintien de certains sites de production, tels qu'Autun ou Coutances, hérités de la fusion à l'origine de la création du RSI, comptent encore un nombre d'agents relativement important.

[342] On compte également 230 permanences d'accueil, qui assurent 4,9 % des visites (contre 61,6 % au siège et 33,6 % dans les antennes), avec des approches assez différentes selon les caisses, en fonction certes de la nature du territoire et de son étendue, mais également de la stratégie de la caisse :

- neuf caisses ne tiennent pas de permanence⁴³,
- le nombre de permanences va de une pour La Réunion à 25 pour l'Aquitaine, pour une moyenne de 9,6 par caisse et une médiane de 8, huit caisses tenant dix permanences et plus,
- quelques spécificités régionales : la caisse Bourgogne organise l'essentiel de ses permanences sur rendez-vous ; la caisse Côte d'Azur assure les siennes *via* des visio-guichets exclusivement.

[343] Ces permanences se tiennent en majorité dans les locaux des mairies, chambres consulaires ou maisons du département.

1.2.3 Un réseau hétérogène par ses résultats et performances, ses organisations et pratiques

[344] Cette hétérogénéité se traduit in fine par le constat d'écarts parfois très importants dans l'atteinte des objectifs de la COG et des CPG (Cf. sur ce point Annexe 1).

[345] Deux indicateurs de pilotage de la COG sont associés au suivi de ces écarts.

FP15 200-1	Réduction des écarts de performance sur les processus majeurs recouvrement et retraite : retraite
FP15 200-2	Réduction des écarts de performance sur les processus majeurs recouvrement et retraite : recouvrement

⁴³ Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Ile-de-France Ouest, Picardie, Provence-Alpes, et les deux caisse PL – données Enquête nationale Accueil physique 2014- CNRSI

[346] S'agissant de la retraite, l'indicateur de dispersion se dégrade en 2014, avec un taux de 27,63 % contre 21,27 % en 2013 (pour une valeur de référence de 18,60 %). La caisse nationale explique cet accroissement par la mise en place de l'application ASUR et sa maîtrise différente selon les caisses ainsi que par la situation de départ très différente selon les caisses au regard des stocks (cf. Annexe 6).

[347] S'agissant du recouvrement, la réduction de la dispersion est minime (26,16 % contre 26,98 %) ⁴⁴.

[348] Ces écarts illustrent des différences de coûts de productivité et d'organisations, significatives entre les 29 caisses actuelles.

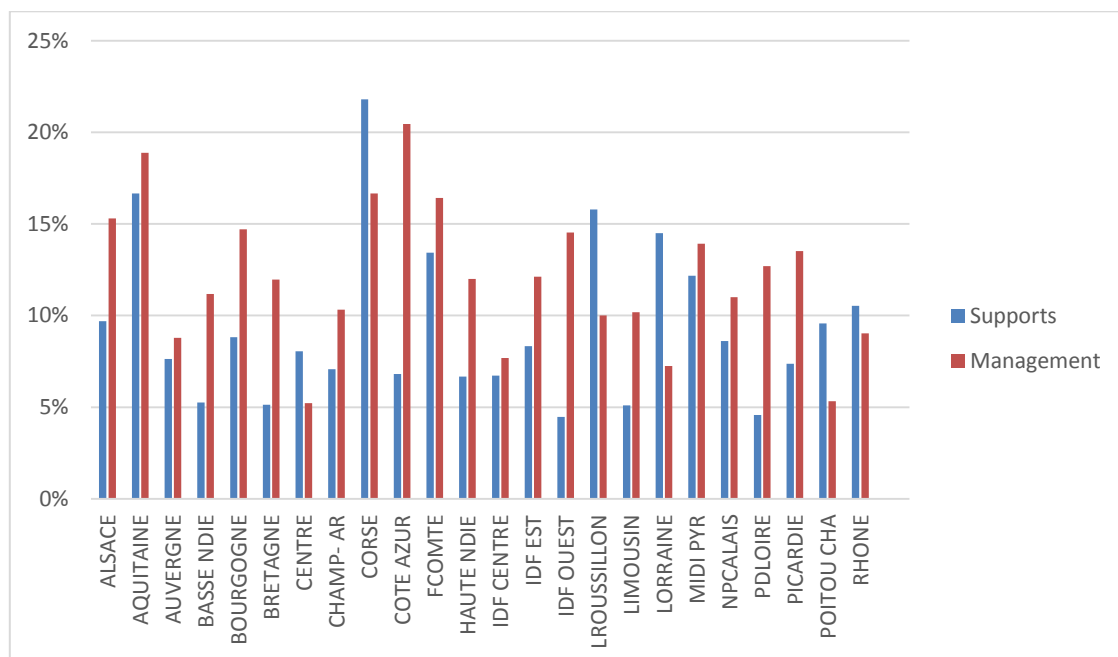
1.2.3.1 Des écarts significatifs de productivité et de coûts

► La répartition analytique des effectifs

[349] Comme le faisait le rapport d'évaluation de la précédente convention d'objectifs et de gestion (COG), le constat est celui toujours prégnant de la différence des effectifs par grandes activités, ce qui témoigne à la fois sans doute du poids de l'histoire du réseau dans certains cas, mais aussi de différences d'organisations, de pratiques, et de priorités des caisses régionales.

[350] Ce constat vaut pour les fonctions supports comme pour les fonctions métiers.

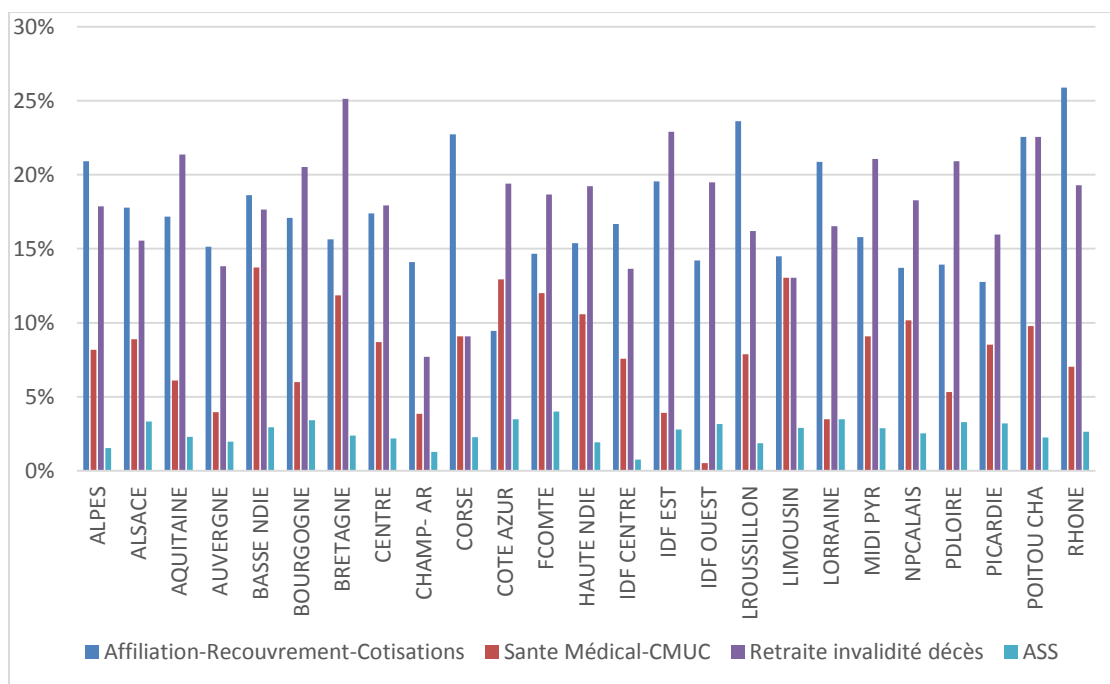
Graphique 6 : Ventilation des agents par caisse – supports et management



Source : RSI – Enquête RU 1014- retraitement mission

⁴⁴ Le taux de dispersion correspond à l'écart type à la moyenne de la performance des caisses hors DOM sur la base des indicateurs « pourcentage d'attribution de droits propres mis en paiement dans le délai requis » pour la retraite, et « taux de reste à recouvrer de l'exercice en cours (ISU) » pour le recouvrement.

Graphique 7 : Ventilation des agents par principaux métiers



Source : CNRSI- Enquête RH 2014- retraitement mission

Remarque : ces éléments doivent être appréciés dans les limites méthodologiques liées à cette enquête (outil déclaratif, les chiffres transmis à la mission concernent seulement 25 caisses métropolitaines et ne portent que sur les CDI).

[351] Ainsi, quand la caisse Côte d'Azur indique consacrer 9 % de ses agents en CDI à l'activité Affiliation-Recouvrement, les caisses Pays de la Loire, Limousin Nord-Pas-de-Calais et Ile-de - France Ouest leur consacrent 14 % de leurs effectifs, et quelques caisses plus de 20 % (Alpes et Lorraine 21 %, Corse et Poitou Charente 23 % et Région Rhône 26 %).

[352] Le même constat vaut pour l'activité Retraite-Décès-Invalidité, avec un écart de 17 points entre les deux extrêmes, la Caisse de Champagne-Ardenne étant à 8 % quand celle de Bretagne indique y consacrer 25 % de ses agents en CDI .La distribution est la suivante pour cette activité : deux caisses lui consacrent moins de 10 % de leurs effectifs en CDI, trois caisses de 10 à 15 % de leurs effectifs, treize caisses de 16 à 20 % et sept caisses de 20 à 25 %.

[353] Les mêmes fortes disparités existent pour le domaine Santé médical, avec un écart de 10 points entre la caisse Champagne-Ardenne (4 % des agents en CDI) et la Basse Normandie (14 %).

[354] Seul le domaine Action sanitaire et sociale (ASS) présente une situation plus homogène, avec une moyenne de 2,6 % des effectifs en CDI et une très large majorité de caisses déclarant consacrer 2 à 3 % des effectifs à cette activité, les effectifs concernés étant par ailleurs beaucoup moins importants que pour les autres activités.

➤ Les écarts de productivité et de coûts

[355] La mesure des écarts repose pour l'essentiel sur l'outil CAPCEA de comptabilité analytique déployé depuis 2010.

[356] CAPCEA repose sur la notion de déclaration de temps passé par activité. L'appropriation et l'utilisation par les caisses s'appuie depuis 2012 sur un « dictionnaire des activités CAPCEA », destiné à uniformiser les pratiques de déclarations des temps passés sur chacun des 25 processus métiers et supports relevant de neuf rubriques. Les coûts directs et les effectifs sont ventilés par activité (23 processus Métiers et deux processus Management et Activités support). Cet outil est complété, pour affiner l'allocation des ressources entre caisses, par deux dispositifs :

- ✓ un dispositif dit de « scoring » des caisses fondé sur l'atteinte des objectifs CPG,
- ✓ depuis 2014, un dispositif dit Performances qui repose sur le niveau et la progression des résultats de huit indicateurs majeurs extraits des domaines Retraite, Recouvrement, Affiliation et Santé. Le dispositif pondère à parts égales de 50 % la partie « Scoring-CPG » et la partie « Niveau/Progression ».

[357] CAPCEA ne prend pas encore⁴⁵ en comptes les activités mutualisée qui sont rattachées à la caisse délégataire et non reventilées.

[358] On ne note pas à ce stade de réelle avancée sur la mesure du temps nécessaire à une activité donnée et sur la définition de niveaux de productivité standard par unité d'œuvre. Ce chantier a démarré notamment dans le cadre d'OPTIMO sur la base de l'expérience, menée en Languedoc-Roussillon puis en Côte d'Azur, de décompte du temps-agent sur une activité donnée (outil ASTA). Le choix de dupliquer cette expérience n'a pas été retenue : la caisse nationale a jugé qu'en l'état, la complexité relative du système nécessitait des compétences techniques, une organisation et un contexte social et managérial qui n'existaient pas dans toutes les caisses. Ses apports doivent toutefois être examinés dans le cadre de l'amélioration du dialogue de gestion.

Recommandation n°25 : Définir des standards de productivité par segment d'activité, sur la base d'un approfondissement de l'utilisation d'ASTA en Languedoc Roussillon et Côte d'Azur

[359] Par ailleurs, le RSI ne dispose toujours par d'un indicateur synthétique mettant en relation le coût, la productivité et la qualité qui permettrait de mesure la performance globale d'une caisse. Cette recommandation du précédent rapport d'évaluation de la COG reste pertinente.

Recommandation n°26 : Définir un indicateur synthétique de performance des caisses régionales

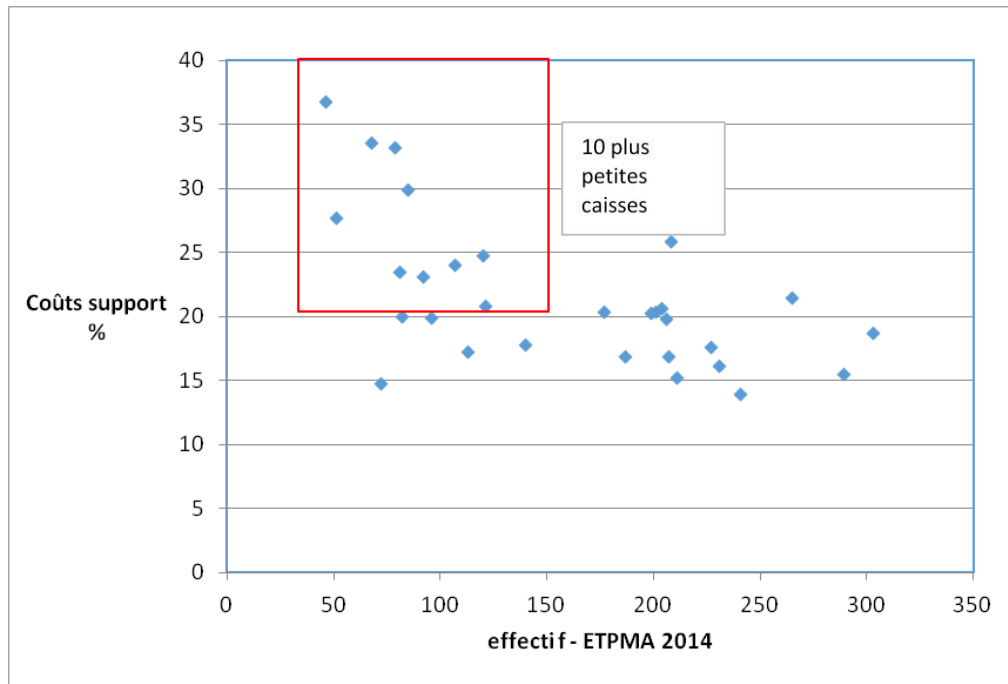
[360] Ces limites posées, les constats sont les suivants :

- Le poids relatif des caisses de petite taille en matière de support

[361] Les petites caisses absorbent mécaniquement une partie proportionnellement plus importante des ressources en matière de fonctions support, les effets de seuil jouant à plein dans des équipes de taille réduite.

⁴⁵ La mise en production de cette évolution est prévue en 2016, un marché a été notifié pour ce faire.

Graphique 8 : Coûts des fonctions supports et taille des caisses



Source : CNRSI – retraitement mission

- [362] Le premier intérêt du regroupement en caisses de taille plus importante est donc clairement de dégager des marges sur les fonctions support en réduisant les doublons de manière significative tout en professionnalisant certaines expertises en matière de ressources humaines, de service juridique, etc. Corrélativement, les effectifs sur les fonctions métiers sont globalement moins importants dans les petites caisses.
- [363] Il est toutefois à remarquer un léger resserrement du spectre depuis le constat fait il y a quatre ans par la précédente mission d'évaluation de la COG. Par ailleurs quelques caisses de grandes tailles affichent des coûts support bien supérieurs à ceux d'autres caisses de petite taille. Certaines caisses ont manifestement fait le choix d'investir dans un management plus important qui leur permet également une atteinte meilleure des objectifs.

➤ Des écarts de productivité importants

Graphique 9 : Productivité par ETP sur quatre processus représentatifs des métiers

	Affiliation (modification- radiation)	Collecter les revenus	Liquider la pension (DP)	Attribuer la CMU-CS
ALPES	762,41	29480,88	163,21	2993,76
ALSACE	1090,73	50168,24	159,23	2068,17
AQUITAINE	1031,50	43988,2	147,9	1832,46
AUVERGNE	1600,55	16580,36	218,36	3001,82
BASSE NDIE	554,06	25913,89	124,42	2053,96
BOURGOGNE	887,57	48366,95	148,22	2627,67
BRETAGNE	705,56	34455,22	180,23	509,87
CENTRE	857,22	39158,58	141	2886,14
CHAMP- AR	1372,18	27472,43	207,43	2727,92
CORSE	1096,28	20425	194,58	837,18
COTE AZUR	1021,33	67867,44	238,3	3657,47
FCOMTE	699,29	63023,85	222,67	2502,23
HAUTE NDIE	850,87	27017,55	238,63	2683,71
IDF CENTRE	986,59	108308,71	173,45	3873,54
IDF EST	750,07	56474,11	125,09	3148,55
IDF OUEST	834,23	46364,68	97,81	5611,97
LOUSSILLON	643,09	57621,74	163,43	3696,72
LIMOUSIN	448,04	38025,75	148,04	2556,78
LORRAINE	983,94	14759,86	265,83	2757,35
MIDI PYR	558,03	9803,27	185,27	1042,61
NPCALAIS	617,06	123576,9	159,67	1782,95
PDLOIRE	947,22	66623,95	159,37	4526,72
PICARDIE	3691,21	30197,33	155,87	5926,79
POITOU CHA	725,78	21490,99	177,84	3535,37
PROVENCE ALPES	1022,50	13706,23	206,75	5235,37
RHONE	885,15	67874	171,7	1693,4
ANTILLES GUY	2190,49	7243,29	71,71	1254,09
LA REUNION	562,06	6232,52	118,4	3658,15
Moyenne	1016,15		165,39	2726,91
1^{er} quartile	705,56	20425	147,9	1872,95
3^{ème} quartile	1031,5	56474,11	194,58	3657,47

Source : RSI – CAPCEA 2014 – retraitement mission (hors PL)

Affilier : nombre d'actions de gestion de fichiers par an

Collecter les revenus : nombre de déclaration de revenus par an

Attribuer la CMU-CS : nombre de demandes de CMU-CS reçues par an

Liquider la pension (DP) : nombre de liquidations de pensions droits propres par an

Moyenne: somme des numérateurs (nombres d'actes)/somme des dénominateurs (ETP)

- [364] Le constat est celui d'une dispersion et d'écarts importants quel que soit le domaine.
- [365] S'agissant de l'affiliation, on constate un écart de 1 en 9 entre la productivité en caisse de Picardie et dans celle du Limousin ; 15 caisses traitent moins de 900 actes par an, un groupe dix caisses présente une productivité plus élevée, comprise entre 900 et 1600 modifications/radiations traités par agents, mais la distribution est assez dispersée.
- [366] Le même constat prévaut pour l'activité Collecter les revenus, avec un écart (hors caisses DOM) de plus de 1 à 13 entre la caisse Midi-Pyrénées (9803 déclarations de revenus collectées par ETP) et celle de Nord-Pas-de-Calais (123 576). La distribution est tout aussi dispersée.
- [367] Pour la retraite, la dispersion est légèrement moindre, mais l'écart reste important entre les caisses liquidant moins de 100 dossiers par ETP (caisses DOM et IDF Ouest) et les six caisses traitant plus de 200 dossiers.
- [368] Enfin les écarts de productivité par ETP se vérifient également dans le domaine santé sur le processus Attribuer la CMUC-CS, même en neutralisant les deux atypies Bretagne et Corse.
- Des écarts significatifs de coût unitaire par processus
- [369] Le tableau infra des coûts unitaires par processus et par caisse illustre cette dispersion.

Tableau 1 : Coûts unitaires de cinq processus représentatifs des principaux métiers

	Affiliation (modification- radiation)	Accueil	Collecter les revenus	Liquider une pension (DP)	Attribuer la CMU-CS
ALPES	98,8	69,78	2,69	455,99	28,33
ALSACE	79,54	55,4	1,51	469,35	43,44
AQUITAINE	71,97	63,72	1,77	513,31	41,36
AUVERGNE	51,5	88,4	4,98	326,5	26,63
BASSE NDIE	138,13	59,51	3	701,27	42,47
BOURGOGNE	109,87	136,11	1,94	638,96	37,11
BRETAGNE	102,9	79,69	2,27	392,75	123,96
CENTRE	85,9	141,06	1,91	489,46	25,66
CHAMP- AR	66,49	52,67	3,31	408,02	33,43
CORSE	74,8	30,69	8,23	581,58	84,53
COTE AZUR	75,25	44,84	1,2	341,36	20,64
FCOMTE	103,01	105,35	1,21	333,84	26,68
HAUTE NDIE	103,82	38,32	3,19	334,22	33,45
IDF CENTRE	99,37	85,29	1,35	548,39	26,84
IDF EST	115,92	66,9	1,35	661,56	27,45
IDF OUEST	112,69	71,82	1,99	951,43	15,2
LROUSSILLON	115,6	37,99	1,42	461,16	20,27
LIMOUSIN	172,58	26,9	2,87	508,54	30,37
LORRAINE	77,11	168,91	5,54	289	29,46
MIDI PYR	150,51	56,14	9,57	443,43	86,11
NPCALAIS	117,9	67,93	0,63	453,57	38,24
PDLOIRE	84,53	151,58	1,2	491,87	20,28
PICARDIE	23,9	124,67	2,89	414,15	15,07
POITOU CHA	101,3	76,49	3,06	420,59	20,07
PROVENCE ALPES	80,75	41,01	7,01	431,82	17,14
RHONE	86,25	50,54	1,11	424,82	39,72
ANTILLES GUY	47,75	21,95	16,25	1509,71	94,29
LA REUNION	151,24	13,81	14,2	526,56	24,41
<i>Moyenne</i>	81,35	62,79	2,97	483,80	30,03
<i>1^{er} quartile</i>	75,25	41,01	1,35	408,02	20,65
<i>3^{ème} quartile</i>	112,69	85,29	3,31	526,56	39,72

Source : RSI-CAPCEA 2014 (coûts complets)-retraitement mission

Affilier : nombre d'actions de gestion de fichiers

Accueillir : nombre de clients reçus

Collecter les revenus : nombre de déclaration de revenus

Attribuer la CMU-CS : nombre de demandes de CMU-CS reçues

Liquider la pension (DP) : nombre de liquidations de pensions droits propres

Moyenne: somme des numérateurs (montants des coûts globaux/somme des dénominateurs (nombre d'actes))

[370] Les écarts sont significatifs pour l'ensemble des processus.

[371] Ainsi par exemple pour le processus affiliation, l'écart est de 1 à 3 hors extrêmes (1 à 9), avec un éclatement entre quatre groupes de caisses au profil de coût bien différent : neuf caisses présentent des coûts inférieurs voire très inférieurs (Picardie, Antilles-Guyane, Auvergne) à la moyenne, trois caisses sont proches du coût moyen, neuf un peu au-dessus de la moyenne avec un coût compris entre 85 et 110€, quatre caisses avec des coûts inférieurs à 120€, quatre caisses enfin très supérieures à la moyenne.

[372] Le même constat est fait pour les autres processus avec des écarts (hors extrêmes) de 1 à 7 s'agissant de l'accueil, de 1 à 8 pour la collecte des revenus, d'un peu plus de 1 à 3 pour la liquidation d'une pension (droits propres) et d'un peu plus de 1 à 5 pour l'attribution de la CMUC-CS. Là aussi, on remarque des groupes de caisse aux profils de coûts bien différenciés.

[373] Au total et au-delà de l'hétérogénéité de ces résultats en termes de productivité et de coûts, trois constats peuvent être faits :

- si quelques caisses présentent dans pratiquement tous les domaines des résultats soit conformes ou très proches des objectifs, soit au contraire ne les atteignent pas, la réalité est plus nuancée pour la majorité des caisses ; ainsi par exemple, telle caisse sera bien positionnée en retraite et moins bien sur les objectifs en matière de recouvrement ; telle autre sera particulièrement efficace en matière de recouvrement et relativement mal positionnée sur la réponse téléphonique.
- la productivité ne peut être regardée isolément : un bon niveau de productivité peut également traduire l'insuffisance de ressources affectées à l'activité au regard du besoin et expliquer par ailleurs des résultats mauvais en termes d'atteinte des objectifs COG (ainsi par exemple la caisse Bretagne plutôt productive d'un point de vue du coût unitaire en matière de liquidation des droits propres est très loin d'atteindre l'indicateur COG) ;
- si les caisses de petite taille consacrent, en valeur relative, moins de ressources aux fonctions métiers que celles de plus grande taille du fait du poids relatif plus élevé des fonctions supports, leurs résultats en matière d'atteinte des objectifs métiers ne sont pas systématiquement moins bons que ceux de caisses de grande taille. En effet, ce sont également le mode d'organisation et les pratiques qui peuvent expliquer les écarts, d'où l'importance de ce second volet du projet Trajectoire 2018 à cet égard.

1.2.3.2 Une hétérogénéité des organisations et des pratiques

[374] Cette dispersion et sa traduction en termes d'atteinte de résultats et de performance renvoient, outre certains effets de seuils liés à la taille des équipes, à des organisations et des pratiques différentes (cf. tableaux 2 et 3).

Tableau 2 : Organisation des activités Retraite - Pays de Loire et Bretagne

Pays de Loire : un pilotage très intégré et une activité de production très décentralisée

Pilotage : le pilotage global est placé sous la responsabilité de la directrice générale adjointe qui centralise et coordonne les activités Affiliations- Recouvrement-Retraite. Des réunions mensuelles (dites TEC temps d'échanges et de communication et TDR temps de réflexion) rassemblent les différents services.

Responsabilité opérationnelle : un responsable de service, basé à Angers - **42 ETP (15,85 % des effectifs de la caisse)** répartis sur **quatre sites** : sites Orvault / Angers / Le Mans / La Roche sur Yon

Champ d'activité : la totalité de l'activité Retraite :

Organisation : l'activité est globalement prise en charge par des gestionnaires de portefeuilles polyvalents.

Cependant, les activités suivantes ont été centralisées :

- **A Angers** sur un groupe de six personnes : reconstitution de carrière, droit à l'information retraite, rachats de trimestres, fiabilisation des carrières, étude ouverture du droit à la retraite anticipée.

- **Au Mans** sur un groupe de six personnes : invalidité-décès

- **A Orvault** : recevabilité de la demande unique de retraite (DUR) (une personne), carrières doubles et carrières internationales (cinq personnes).

Cette organisation sur plusieurs sites repose sur

- **une utilisation maximale des outils de gestion électronique des documents et des tâches (GED / GDT).**

Tous les flux sont numérisés à l'entrée. Les processus sont traités en dématérialisation de bout en bout.

- **une bonne communication**

Nota.

1 Les animatrices retraite participent au contrôle ordonnateur, sont référents techniques de leur groupe et gèrent un portefeuille polyvalent réduit.

2 Les agents retraite viennent quotidiennement (à raison de trois ETP) et sur leur compétence métier, en renfort de la plateforme téléphonique.

Bretagne : un pilotage différencié et une organisation centralisée géographiquement et segmentée par tâches

Pilotage : les activités Retraite relèvent d'une part d'un service de gestion des carrières (SGC), lui-même placé au sein du département de gestion des carrières, et du département Prestations Retraites. Ces deux départements sont sous l'autorité de la direction générale adjointe.

Responsabilité opérationnelle

- Sous-directeur Gestion des carrières pour le SGC

- Sous-directeur Prestations Retraite pour le département du même nom

Champ d'activité :

Le SGC prend en charge l'ensemble des activités liées à la reconstitution de carrières

Le département Prestations Retraites est responsable de l'estimation individuelle de carrière (EIG), et de l'ensemble des tâches liées à la liquidation des retraites, pensions d'invalidité-décès et prestations ASPA et ASI

Organisation : un seul site sur Rennes (les deux agents d'Auray seront partis et non remplacés sur ce site en septembre 2015) - 48,4 ETP au total, soit 21,32 % de l'effectif de la caisse (+2,8 ETP sur contrôle Agence comptable)

- **Le service SGC** - 4,8 ETP dont un cadre et un animateur de groupe.

Environ 75 % des flux entrants proviennent du département prestations retraite (= demandes de contrôle des droits acquis, essentiellement ISU).

Utilisation quasi systématique de la GDT.

- **Département Prestations Retraites - 43, 6 ETP**

Organisation en huit « groupes »

- deux groupes de liquidation tous droits (15 + deux animatrices) droits propres (DP) de plus de 60 jours, droits dérivés (DD), Invalidité, ASI-ASPA, études retraite anticipée.

- un groupe de liquidation DP (six agents + une animatrice) : traitement des DP dans les 60 jours

- un groupe gestion (six agents + un animateur) : révisions, capitaux décès, proratas décès, indus, vie administrative des retraités, traitement des EIG, des demandes d'attestations

- un groupe tutorat (huit agents + un référent tuteur) : enregistrement des DUR, pré-étude des dossiers, apprentissage de la liquidation des DP depuis 06/2015. Une fois formés, ce groupe a vocation à disparaître.

- un groupe Administratif (un CDI + deux à trois CDD) : tri du courrier, envoi dossiers DUR relances, transferts de dossiers, gestion des demandes courriels et transferts vers les autres groupes des tâches créées en plateforme téléphonique, changement d'adresses en provenance du front-office

- un cadre « fonctionnel » : prétraitement des recours CRA, retraite, gestion de l'accompagnement au départ

Utilisation GED/GDT non homogène selon les groupes.

Tableau 3 : Organisation ISU – Champagne-Ardenne et Basse Normandie

Champagne-Ardenne : un modèle très intégré

Une ambition : dépasser la cellule mixte afin de gérer l'intégralité des dossiers des assurés

Pilotage

- **stratégique** assumé au niveau des directeurs
- **opérationnel** pris en charge par l'URSSAF (85 % du temps du directeur adjoint de l'URSSAF) en association étroite avec le RSI (directrice adjointe 15 %)

Organisation

- Des agents dédiés des deux réseaux ACOSS et RSI :
12,2 ETP Urssaf (dont un cadre et 1,5 ETP Accueil) / 13,8 ETP RSI (dont un cadre et quatre ETP Accueil)
- Cellule mixte de six ETP intégrée à l'organisation globale (trois RSI, trois URSSAF)
- Un « service de gestion commune des comptes assurés »
- Des accès croisés complets sur le SNV2 → Gestion « de bout en bout » (sauf gestion crédits et remboursements en processus partagés)

Pré-requis

- Une volonté commune forte des directeurs des deux structures
- Un travail d'identification commune de tous les processus à l'œuvre
- La mise en place d'un plan de formation pour l'ensemble des agents ISU (processus et outils) quelle que soit leur origine

Haute Normandie : une organisation commune encore en cours de construction

- Une cellule mixte de quatre ETP (six agents dont quatre RSI)
- Une convention récente avec l'URSSAF – 19 décembre 2014
- La spécialisation d'agents URSSAF ne se déploie que depuis juin 2015 et pourrait concerner 15 ETP
- Un accueil commun à mettre en place
- Pas encore d'habilitations croisées sur les systèmes d'informations : les agents RSI travaillent par envoi de message sur le portail ISU pour le suivi de certains mouvements sur le compte (débit, crédits-remboursements) et attendent la réponse
- Une difficulté supplémentaire : la ré internalisation engagée du recouvrement contentieux depuis début 2015 (trois ETP mobilisés sur un besoin identifié de 4,5) t stoppé avec l'annonce du regroupement avec le Centre dans le cadre de Trajectoire

[375] Il est renvoyé pour une analyse plus complète par métier aux annexes thématiques (6 et 7 notamment). Ces deux exemples recourent d'autres observations faites à l'occasion des déplacements de terrain.

[376] S'agissant par exemple de l'accueil des assurés :

- concernant l'accueil téléphonique, des approches différentes subsistent en dépit de la politique d'homogénéisation portée par la Caisse nationale (CNRSI) et de la

mutualisation de l'accueil, encore accentuée avec la mise en place de la plate-forme PLV3⁴⁶ à compter de septembre 2015. Certaines caisses font ainsi intervenir systématiquement les services de production dont des agents prennent part à la permanence téléphonique sur leur champ de compétence (retraite, santé, affiliation, recouvrement), d'autres ne les incluent pas dans le planning. Toutes les caisses n'ont pas mis en place la double écoute, certaines ont commencé à initier le rappel des assurés dont les appels n'ont pu aboutir, d'autres s'estiment dans l'incapacité de le faire. Seules quelques caisses proposent un accueil téléphonique sur rendez-vous ;

- concernant l'accueil physique, les approches varient également. Le développement de la politique de rendez-vous est encore très inégal. Ainsi la caisse Provence Alpes a engagé une démarche très volontariste en la matière avec un objectif affiché de « tout rendez-vous », fondé sur une communication active et une information large des assurés ainsi que sur des outils mis à leur disposition (espace libre-service au siège de la caisse, application Smartphone pour accéder au site de rendez-vous avec rappel par un téléconseiller sous 48 heures). A l'inverse, nombre de caisses reçoivent encore la plupart des assurés sans rendez-vous, une pratique que la CNRSI souhaite clairement voir évoluer rapidement. D'autres encore ont développé des modalités innovantes comme les visio-guichets.

[377] De façon plus globale, l'ensemble de ces écarts souligne la nécessité de travailler sur les pratiques et les organisations avec la définition de standards homogènes, questions qui sont au cœur du projet Trajectoire 2018.

[378] Car si la réorganisation territoriale majeure décidée par le régime en constitue la manifestation la plus forte, Trajectoire ne peut se résumer à ces seules fusions.

[379] Celles-ci ne seront d'une certaine façon que l'aboutissement d'un processus d'ensemble destiné à améliorer l'efficacité et l'efficience du régime et donc du service à l'assuré.

[380] L'objectif de Trajectoire 2018 est bien double et réaffirmé dans la lettre réseau n°20115/114 du 8 septembre 2015 :

- préparer et mettre en œuvre la refonte territoriale et la fusion de caisses pour regrouper celles-ci au sein de neuf caisses en métropole ;
- optimiser et harmoniser pour l'ensemble du réseau les organisations et les pratiques pour gagner en qualité et en efficience.

[381] Le pari de la direction générale et de la présidence du régime est qu'un réseau resserré, composé de caisses de taille suffisante, disposant sur les divers métiers de compétences elles aussi en nombre suffisant, avec des organisations et des pratiques harmonisées, permettra de dégager les marges indispensables pour faire face d'une part, à un réinvestissement sur les domaines où le régime est plus faible ou peu engagé et, d'autre part, aux gains de productivité qui seront exigés dans le cadre de la négociation de la prochaine COG.

[382] L'autre intérêt du projet, connexe mais non secondaire, est qu'il peut être l'occasion, en redistribuant les cartes, d'ancrer un peu plus l'identité et la culture RSI dans un régime dont la mission a pu constater qu'il reste encore très marqué par les anciennes composantes antérieures à la fusion de 2006.

⁴⁶ Cette évolution fait suite à la dénonciation du marché passé avec H2A, prestataire externe chargé de gérer l'accueil téléphonique pour le compte de l'ACOSS sur les sujets Cotisations et le débordement pour le compte du RSI. L'accueil téléphonique sera ré internalisé totalement d'ici octobre 2015 et pris en charge par les caisses régionales dans le cadre d'une mutualisation nationale des appels auparavant pris en charge par ce prestataire (cf. annexe 2)

[383] Ce projet apparaît donc comme un projet très politique, pour reprendre l'expression du président national, et la mission considère que dans son principe et ses ambitions, il est justifié par le constat de l'hétérogénéité du réseau des caisses tant en terme de résultats que d'organisations et pratiques, hétérogénéité qui au-delà des gains éventuels d'efficacité, pose clairement le sujet de la qualité et de l'équité du service rendu sur le territoire

[384] Ce projet et la démarche d'anticipation qu'il porte sont justifiés, pour éviter de subir la contrainte budgétaire sans la maîtriser, pour « reprendre la main » en portant un projet fort d'amélioration de la qualité globale du service à l'assuré. Il comporte néanmoins des risques et suppose de bien encadrer les conditions de réussite.

2 TRAJECTOIRE EST UN PARI QUI N'EST PAS EXEMPT DE RISQUES ET DONT LES GAINS, POTENTIELLEMENT SENSIBLES, NE SONT ENVISAGEABLES QU'À MOYEN TERME ET SOUS CONDITIONS

2.1 Des risques « projet » significatifs

[385] Ceux doivent être analysés à l'aune de deux éléments de contexte :

- la complexité même de l'organisation de la protection sociale des travailleurs indépendants et du régime qui fait intervenir de multiples acteurs et des multiples partenariats (ACOSS et organismes conventionnés -OC)- notamment) ;
- le contexte plus politique qui a vu le régime très contesté dans la période récente ; toute difficulté, tout retard ou erreur dans le déroulement du projet, toute interrogation sur la capacité du régime à le porter pourrait avoir, outre un écho médiatique dévastateur, des conséquences de plus long terme sur la confiance des assurés vis-à-vis du régime et sur les arbitrages des pouvoirs publics sur l'organisation même de la protection sociale des indépendants.

2.1.1 La dégradation du service à l'assuré

[386] C'est le premier risque majeur d'un projet de cet envergure, d'autant qu'il intervient à une période délicate :

- la création du RSI ne remonte qu'à 9 ans et est tout juste « digérée » ;
- le RSI sort à peine des dysfonctionnements majeurs liés à la mise en place de l'ISU (cf. annexe 7) ; l'organisation commune est loin d'être stabilisée sur l'ensemble du territoire puisque la troisième vague vient tout juste de se mettre en place ; enfin, malgré la réalité des progrès réalisés pour nettoyer les comptes cotisants, fiabiliser les données, des anomalies demeurent qui ne sont pas anecdotiques et qui continuent de mobiliser les équipes de manière significative ;
- le déploiement d'ASUR, nouvel outil retraite, à périmètre incomplet a affecté fortement et durablement les conditions de mise en paiement des retraites. Le nombre important d'opérations manuelles pallier la non complétude ou les insuffisances de l'outil mobilise du temps agents, génère une perte de productivité, des équipes du fait du temps passé à impliquer et un manque de confiance plus générale dans l'outil⁴⁷. Ce contexte engendre une réelle tension sur les personnels. La caisse régionale de Bretagne estime ainsi à deux ETP sur six le nombre d'ETP de la cellule mixte occupées exclusivement à du contrôle manuel de dossiers ; la caisse Pays-de Loire estime à 13 % la part de l'activité liée à

⁴⁷ La caisse régionale Ile-de-France liste ainsi 12 caleuettes mises en place et actives pour le service Retraites (liquidation) et 11 sur les secteurs Droits acquis / reconstitution de carrière / rachats (cf. annexe 6)

l'insuffisance d'ASUR et plus globalement, la caisse RSI Ile-de-France Centre estime à approximativement 20 % les ressources des domaines Retraite et Recouvrement mobilisées par l'insuffisance des outils.

- [387] Or le projet Trajectoire nécessitera forcément une implication des agents, notamment des directeurs et agents de direction mais pas uniquement. La réflexion en particulier sur l'homogénéisation des organisations, pratiques et processus devra se faire avec des agents de terrain chargés de leur mise en œuvre.
- [388] Par ailleurs, ceux-ci peuvent avoir l'impression d'une course d'obstacles sans cesse renouvelée, où les grands chantiers succèdent aux grands chantiers, et les applications informatiques peinent à être stabilisées, sans que jamais le régime ne se « pose » pour en percevoir enfin les effets.
- [389] Le risque ne doit donc pas être écarté d'une forme de fatigue et de démobilitation des agents.
- [390] En outre la mobilisation dans le cadre des chantiers Trajectoire ne doit pas conduire à un désinvestissement de l'activité de production, qui se traduirait par une dégradation des résultats et du service rendu à l'assuré.
- [391] La mission n'a pu obtenir de chiffrage du temps-agent consacré au projet OPTIMO. En extrapolant le nombre d'ETP mobilisés pendant la régionalisation des URSSAF, ce sont 175 ETP qui seraient concernés pour le RSI. Encore cette mobilisation pour les URSSAF s'est-elle faite sur une période beaucoup plus courte, chaque vague ayant durée approximativement 18 mois.
- [392] Il sera donc essentiel de pouvoir rapidement identifier la charge de travail lié à Trajectoire, à la fois globalement et pour les agents qui seront plus spécifiquement impliqués dans le pilotage des divers chantiers et actions.
- [393] Il sera également essentiel de faire plus clairement le lien entre les chantiers déjà engagés sur les métiers et le projet Trajectoire, pour éviter de donner l'impression d'un empilement mais souligner en revanche combien, s'agissant du volet harmonisation des organisations et des pratiques, Trajectoire reprend, pour les approfondir et surtout les mettre en œuvre, une grande partie des réflexions sur les mutualisations, les organisations, les orientations déjà initiées ou abouties dans le cadre d'autres démarches (notamment d'OPTIMO). Il en va ainsi des rapprochements des études sur la mutualisation dans le domaine santé, des premiers travaux sur la taille critique, des orientations structurantes prises en matière de relations clients et des travaux en cours sur les parcours clients, etc.
- [394] Par ailleurs, les agents peuvent avoir des craintes plus personnelles liées à leur avenir propre dans les futures structures regroupées. Les organisations syndicales rencontrées par la mission ont sur ce point clairement exprimé leur inquiétude de voir les directeurs et agents de direction plus préoccupés de leur situation individuelle que du projet et de ses objectifs. L'inquiétude vaut aussi pour l'ensemble des personnels et peut peser sur leur implication dans le projet.
- [395] Or après les nombreuses attaques subies en 2014 et 2015 par le régime quant à la qualité du service qu'il rend, il ne serait pas concevable qu'un nouveau projet se traduise par de nouvelles perturbations pour les assurés.

2.1.2 Des objectifs qui seraient perçus comme insuffisamment clairs

- [396] Le manque de transparence sur les objectifs opérationnels du projet est un second risque qui ne doit pas être sous-estimé car il va forcément peser d'une part sur son acceptation et appropriation par les agents et donc sur leur mobilisation et, d'autre part, sur sa bonne compréhension et son acceptation également par les assurés.
- [397] A ce stade du projet, la communication du régime s'est faite en direction des agents et a été pour l'essentiel assez globale sur les objectifs et l'ambition du projet. La lettre réseau du 8 septembre 2015 mentionnée supra indique ainsi que l'objectif de Trajectoire est de « *contribuer à l'amélioration globale du service rendu aux assurés* ». Dans cette perspective, l'ambition est « *d'engager un travail en profondeur sur l'ensemble des lignes métiers et supports afin de rendre progressivement l'organisation plus efficace et plus homogène* ».
- [398] Toutefois l'évolution du projet entre sa présentation aux directeurs par la direction générale et sa présentation en conseil d'administration a clairement créé une forme de méfiance dans le réseau quant aux objectifs réellement poursuivis.
- [399] Des échanges qu'a eus la mission tant avec les organisations syndicales qu'avec les directeurs de caisses régionales, il ressort très clairement que le projet initial (projet de 2013 d'aller vers des caisses de 100 000 cotisants et 200 000 assurés et d'un effectif d'environ 200 à 400 ETP) et le discours sur celui-ci de la direction générale avait le mérite de la clarté, quand bien même l'ensemble des acteurs, notamment s'agissant des organisations syndicales, n'étaient pas en accord avec l'objectif.
- [400] La façon dont le projet a évolué entre fin 2013 et notamment la présentation au comité national de concertation (CNC) d'octobre 2013 et le projet finalement retenu par le président national et la commission de proposition Trajectoire n'a pas été vraiment comprise. Les objectifs réels de la cartographie qui en a résulté suscitent toujours quelques interrogations sur leurs finalités réelles.
- [401] Cette cartographie finale pose quelques questions tenant à sa logique que la mission ne juge pas illégitimes.
- [402] La future région Grand-Est, très étendue, laisse dubitatif quant à la possibilité de réaliser de vrais regroupements et gains ; le rattachement du Centre aux Basse et Haute-Normandie pose la même question du fait du peu de cohérence géographique et populationnelle évidente de ce nouvel ensemble. Enfin le cas de la caisse Corse dont l'effectif est extrêmement réduit interpelle quant à sa capacité à exercer l'ensemble des missions du régime de façon satisfaisante pour l'assuré.
- [403] Par ailleurs, la non-conformité avec la carte « politique » issue de la loi du 16 janvier 2015 devra trouver des réponses organisationnelles satisfaisantes s'agissant des partenariats, en premier lieu avec les URSSAF mais aussi avec les CARSAT, les ARS, la MSA... Le sujet est plus particulièrement sensible avec les URSSAF compte tenu de la responsabilité partagée sur le recouvrement et des échanges de flux que cela implique.
- [404] Un autre sujet d'articulation est celui de la réintégration du recouvrement contentieux dans les caisses, initiés avant Trajectoire et qui « percute » désormais la nouvelle cartographie. Ces restructurations peuvent ainsi paraître sinon contradictoires du moins peu bien peu coordonnées.

[405] La nomination d'un directeur de programme en mai 2015 et un premier séminaire des directeurs les 16 et 17 juin ont permis d'ouvrir le débat et d'identifier de premières pistes. Il est évidemment trop tôt, en l'absence d'état des lieux précis qui seront réalisés en région d'ici la fin 2015, pour afficher dès à présent des cibles plus précises. Toutefois et au-delà de l'affirmation de l'amélioration de la qualité du service, la mission estime qu'il est nécessaire d'être clair assez rapidement sur les objectifs plus opérationnels et notamment :

- en matière de gains attendus (efficacité, productivité, gains financiers, gains en ETP) dans le contexte de la COG ;
- sur le sujet des implantations : la création du RSI a conduit au maintien de nombreux sites hérités des anciens réseaux, certaines reconfigurations sont en cours avec la centralisation du recours contre tiers (RCT) par exemple. Mais la question du maintien d'autres sites va clairement aussi se poser, sites dédiés à l'accueil ou sites de production. Il faut annoncer que la question sera posée de l'organisation territoriale du réseau dans le cadre de Trajectoire, à l'aune de l'efficience et du service rendu à l'assuré et d'un équilibre à trouver entre qualité, proximité et coût du service ;
- sur la future gouvernance : le conseil d'administration et les élus ont initié la réflexion en la matière mais là également, les objectifs en matière de représentation des territoires notamment doivent être précisés ;
- sur l'accompagnement des personnels : de premiers échanges ont eu lieu sur les conditions de négociations d'un accord. L'avancée des discussions sont également liées aux états des lieux et diagnostics encore à conduire ; pour autant il paraît important d'afficher un cap qui à la fois rassure les personnels sur la réalité de l'accompagnement envisagé mais laisse une marge suffisante à la direction pour favoriser une transformation effective (ainsi par exemple, la non mobilité fonctionnelle paraît une option dont il faut afficher très vite qu'elle sera écartée). La lettre-réseau du 8 septembre 2015 susmentionnée souligne l'importance à informer dès à présent les représentants des salariés et renvoie à l'ouverture de la négociation pour l'accord d'accompagnement.

[406] La mission est bien consciente qu'il n'est pas possible à ce stade du projet d'afficher des cibles précises et ce sera là le travail de la direction de programme et du prestataire que de les proposer au terme de la phase d'états des lieux. Pour autant, elle suggère d'être plus transparent sur les sujets difficiles, notamment les deux premiers (gains attendus et implantations), et d'indiquer clairement que ces questions seront posées dans le cadre du projet.

Recommandation n°27 : Afficher rapidement et clairement en interne les objectifs en matière de gains attendus du projet

2.1.3 Les risques SI

[407] C'est un risque majeur à plusieurs égards.

[408] D'une part le fonctionnement actuel de certains logiciels ou applicatifs n'est pas optimal malgré les progrès réalisés (ASUR SNV2) et leur manque de stabilité, alors que de nouvelles équipes vont être appelées à travailler ensemble, que de nouvelles organisations ou pratiques devront se déployer, peut s'avérer un frein majeur pour le bon déroulement du projet lui-même.

[409] D'autres projets très structurants sont aussi facteurs d'incertitude. C'est le cas du chantier de la liquidation unique des retraites qui va bouleverser le cadre juridique, les pratiques et les systèmes d'information, C'est aussi le cas du nouveau SI comptabilité SYNERGY dont le déploiement est envisagé en s'adossant à la CNAVTS. Or s'agissant d'un environnement SAP, les organisations locales doivent être adaptées aux exigences de SAP. Les impacts ne sont pas documentés à ce stade et le projet Trajectoire a précisément pour objectif de faire bouger les organisations. L'injection de ce nouvel outil est un risque à bien peser quant au calendrier de son déploiement.

- [410] Par ailleurs, la fusion des bases ne sera pas une opération anodine. La direction des systèmes d'information, bien qu'estimant que l'opération ne pose pas de problème technique majeur, comme la direction générale, soulignent l'enjeu majeur que constitue ce chantier.
- [411] Il est vrai que contrairement à la création du RSI, les caisses travaillent toutes avec les mêmes applications (à l'exception des quelques applicatifs développés localement). Par ailleurs, le choix n'a pas été fait d'une ré-urbanisation. Le modèle retenu n'est en effet pas celui d'une organisation centralisée et unique, qui nécessitait une reconfiguration complète de l'architecture, mais une organisation régionale à 13 caisses. Ce sont donc « simplement » neuf fusions de bases-sœurs qu'il faudra organiser. Le régime pourra en outre capitaliser sur l'expérience de fusions des bases PL.
- [412] Pour autant, la fusion, encore non réalisée du point de vue informatique, des bases des caisses Professions libérales, constituent une forme d'alerte quant à l'apparente simplicité de ces travaux et la capacité du régime à porter ce type de chantiers. Du fait d'une consultation tardive des organismes conventionnés, ceux-ci ne seront pas prêts dans le délai initialement prévu (basculée initiale prévue en février 2016 pour 95 % des bases, les 5 % restant en mars), avec un décalage du planning estimé à ce jour à trois ou quatre mois.
- [413] Outre un problème de crédibilité sur la capacité à porter ce qui paraissait un projet « simple » (avec seulement deux caisses, contre neuf fusions dans le cadre de Trajectoires...), le retard pris impacte la disponibilité du retour d'expérience sur cette première fusion.
- [414] Un autre risque concerne la capacité des réseaux à supporter des flux parfois beaucoup plus importants. Ainsi le directeur des systèmes d'information estime la puissance nécessaire pour la région Grand Est à cinq fois celle de Champagne-Ardenne.
- [415] Le sujet de la capacité des machines pour chaque groupe de fusion n'a pas été investiguée à ce stade. Ce n'est qu'une fois cette investigation réalisée sur la base d'une expression des besoins encore à faire que d'éventuelles solutions ou compléments techniques pourront être apportés.
- [416] La solution actuellement utilisée par le régime pour des activités mutualisées sur des caisses différentes est de passer par des habilitations. Cette façon de procéder est mise en place pour permettre à la caisse régionale Aquitaine de prendre en charge l'activité Retraite de La Réunion. Cette technique pourrait être envisagée en cas de retard sur le chantier Trajectoire et permet effectivement de ne pas bloquer le projet, mais implique un dispositif de gestion des habilitations qui peut s'avérer lourd et consommateur de ressources.
- [417] Un autre risque relève enfin de la capacité des SI actuels et en développement à accompagner le projet. Ainsi, le projet ORCHESTRA rencontre actuellement des difficultés insuffisamment anticipées du fait de sa non capacité à absorber les flux nécessaires, plus importants que prévu, en raison de l'évolution souhaitée des pratiques de numérisation de tout document à l'entrée (en lien notamment avec la mise en place de l'outil CALI de relations clients). Or l'harmonisation de l'approche de la gestion électronique des documents et des tâches (GED/GDT) est un des enjeux majeurs du travail à mener sur la réingénierie des processus.
- [418] De façon plus globale et au-delà des outils, c'est bien la capacité du régime à assurer efficacement, de manière coordonnée et transversale, la chefferie des grands projets SI et l'articulation avec le projet Trajectoire qui constitue un enjeu majeur, ainsi qu'une zone de risque.

2.1.4 L'étirement du calendrier de transformation

- [419] Il va s'écouler près de quatre ans entre l'annonce de la nouvelle carte du réseau et la fusion juridique, et plus de trois ans entre cette dernière et le lancement effectif des travaux.
- [420] Ce temps peut être certes l'occasion d'assurer une préparation maximale, mais ce peut être également un sérieux handicap.
- [421] Le choix fait de ne pas déstabiliser les conseils d'administration en place et de permettre ainsi aux administrateurs d'aller au terme de leur mandat est compréhensible et c'était, aussi, l'une des conditions de l'acceptation du projet.
- [422] Pour autant, cette durée apparaît excessivement longue et susceptible d'avoir deux effets pervers :
- repousser la perspective de la fusion à un horizon tellement lointain que les chantiers prennent du retard ;
 - démobiliser les personnels, voire favoriser dans certains cas une forme de résistance.
- [423] Il est intéressant de comparer avec le projet de régionalisation des URSSAF achevé au 1er janvier 2014 en trois vagues :
- une phase pilote de 18 mois ayant concerné 17 organismes regroupés en trois Urssaf régionales ;
 - deux vagues de 15 à 16 mois chacune ayant abouti à la reconfiguration complète du réseau.
- [424] La directrice du réseau de l'ACOSS estime cette durée nécessaire et optimale. Elle relève que la dernière vague a même du patienter, les régions concernées, qui avaient débuté leurs travaux très en amont (pratiquement avec la seconde vague), étaient presque dans une forme d'impatience.
- [425] Dans la mesure où il ne semble pas possible politiquement, s'agissant du RSI, d'avancer la date juridique de fusion des caisses, il sera essentiel que la conduite de projet impulse un rythme aux réalisations intermédiaires qui doivent aboutir à cette fusion (cf. *infra* 2.4.3).

2.2 Des conditions de réussite du projet à réunir

- [426] Elles sont à mettre en regard des risques identifiés et sont d'ores et déjà pour partie au cœur de la démarche engagée par le régime et que rappelle la lettre réseau n° 2015/114 du 8 septembre 2015 (cf. *supra*) relative à l'organisation des premiers travaux « Trajectoire » - éléments de méthode et de calendrier.

2.2.1 Un pilotage clair et une gestion dynamique du projet

2.2.1.1 Une direction nationale de projet bien positionnée

- [427] La clarté de ce pilotage et la qualité de la gestion repose on l'a dit sur une clarification rapide des objectifs plus concrets sur lesquels pourra se construire la mobilisation et la fédération des agents (cf. recommandation n°1).
- [428] Celle-ci repose aussi sur une conduite de projet solide, légitimée et une gouvernance claire et aussi peu dispersée que possible. La nomination d'un directeur de programme a été de ce point de vue une première étape importante.

- [429] Sa position et le périmètre fonctionnel assigné à ce dernier doivent toutefois être bien identifiés et connus de l'ensemble du réseau, notamment d'une part quant au rôle précis qui est le sien (coordination transversale du projet), aux chantiers plus précis qu'il prend en charge et à son positionnement, pour ce qui relève de ce chantier, par rapport aux directions nationales et aux « groupes de fusion », afin de lui conférer la légitimité indispensable à un projet de cette envergure.
- [430] Ceci passe par la rédaction d'une lettre de mission du directeur général communiquée au réseau qui précise notamment les objectifs assignés au directeur de programme, les circuits d'information et le mode de relations entre elles et le directeur de programme et sa marge de manœuvre pour impulser ou prioriser tel ou tel chantier. Cette lettre de mission devra aussi préciser l'articulation entre les chantiers Trajectoire et ceux engagés par ailleurs notamment dans le cadre d'OPTIMO qui se poursuit et dont le prochain comité de pilotage stratégique (CPS) est prévu début 2016.
- [431] Sur ce dernier point, la mission suggère de profiter du travail d'identification déjà faite des chantiers OPTIMO directement reliés, impactés par, ou impactant Trajectoire, pour réfléchir à d'éventuelles simplifications en matière de pilotage (en rattachant certains chantiers à Trajectoire).
- [432] Le positionnement du directeur de programme auprès du directeur général n'apparaît pas de manière évidente, tant l'imbrication est grande avec la DDR, qui a initié les travaux avant sa nomination.
- [433] Enfin la direction de programme doit s'appuyer sur une équipe resserrée et dédiée. Un cadre est d'ores et déjà détaché de la DDR auprès du directeur de programme. L'équipe devrait rapidement être complétée pour disposer d'un profil plus orienté « réseau ». S'il n'est pas envisagé d'intégrer les aspects SI à la direction de programme, le lien doit être clair s'agissant de la fonction SI, positionnée à la fois au près du directeur général adjoint (un chef de projet Trajectoire) et de la direction des systèmes d'information (DSI) (un chef de projet opérationnel).

Recommandation n°28 : Repositionner clairement la direction de programme

- **en rédigeant rapidement une lettre de mission pour le directeur de programme**
- **en rappelant son positionnement auprès de la direction générale**
- **en constituant une équipe projet nationale dédiée de 3 ou 4 personnes**

- [434] Une gouvernance claire et resserrée est également un élément de réussite dans le portage du projet. Le document ⁴⁸ dont a eu communication la mission en la matière est déjà ancien puisqu'il précède la nomination du directeur de programme et le choix du prestataire pour accompagner le projet. La lettre réseau de septembre 2015 si elle donne des éléments sur le portage en région (*cf. infra*) n'est pas très éclairante sur cette gouvernance nationale et son intervention dans le projet.
- [435] La mission considère qu'il faut s'appuyer sur une gouvernance nationale compacte et pyramidale, qui doit se concentrer de manière schématique sur :
- un comité de pilotage stratégique, présidée par le directeur général qui décide des grandes orientations ;
 - un comité de pilotage opérationnel animé par le directeur de programme et qui rassemble les différentes composantes du réseau et rendra compte au comité de pilotage stratégique.

⁴⁸ Note DDR du 15 février 2015

- [436] Le directeur de programme doit en outre pouvoir animer un comité des préfigureurs (*cf.infra*)⁴⁹.
- [437] Une commission consultative, émanation du conseil d'administration, est déjà en place *et est* informée par la direction générale et la direction de programme de l'avancée du projet ; elle complète ce dispositif resserré.
- [438] Le projet mobilisera à l'évidence de nombreux groupes de travail et lieux d'animation du projet, notamment en région, mais ceux-ci doivent du point de vue de la mission travailler en lien et pour le comité opérationnel qui synthétisera et hiérarchisera les chantiers et proposera les arbitrages au comité de pilotage stratégique.
- [439] Il en va de même des grands projets ou portefeuilles de projets qui sont de facto dans la dynamique de Trajectoire (notamment la réintégration du recouvrement forcé aux caisses ou la centralisation Recours contre Tiers) et qui doivent du point de vue de la mission être réintégrés dans le pilotage et la gouvernance Trajectoire.

Recommandation n°29 : Mettre en place une gouvernance nationale du projet resserrée et pyramidale et intégrer les grands projets structurants à cette gouvernance

2.2.1.2 Un portage fort du projet en région en la personne de préfigureurs

- [440] La fusion de neuf caisses pour constituer le nouveau réseau va évidemment mobiliser fortement les équipes régionales, notamment les directeurs et agents de direction.
- [441] La mission juge indispensable la désignation de préfigureurs à même d'incarner en région la réforme, de la porter et d'animer et coordonner les travaux.
- [442] La direction du RSI souhaite reporter une telle désignation de ce qu'elle considère comme des coordonnateurs plutôt que des préfigureurs à l'achèvement des travaux sur la négociation des prochains CPG.
- [443] Elle invoque en particulier la volonté de ne pas démobiliser les équipes de direction afin d'assurer une véritable collaboration lors du travail sur les CPG et d'éviter la crispation des directeurs qui ne seront pas choisis.
- [444] La mission considère que cette nomination doit intervenir dès l'achèvement de l'état des lieux et avant la négociation du CPG et ce d'autant plus que celui-ci devra être construit dans la perspective de la fusion.
- [445] Elle relève les intérimaires, déjà en place ou à venir à court terme du fait du non remplacement de directeurs ou agents-comptables (17 directeurs et 22 agents comptables pour 13 caisses métropolitaines en cible, hors caisse PL, DOM et Corse). Les départs prévisibles (au moins un départ vers la CNRSI, deux vers le régime général et trois départs en retraite à ce stade à la connaissance de la mission avant fin 2018 dans plusieurs régions) et les solutions déjà initiées pour certains d'entre eux (par exemple le choix très en avance de phase du directeur de la caisse régionale Ile-de-France Est pour prendre en charge la DDR au départ de l'actuel titulaire) limitent l'ampleur des difficultés.
- [446] Un affichage clair et anticipé, assorti d'un accompagnement adéquat des personnels concernés, paraît à même, au contraire, de limiter le temps d'incertitude et d'éviter la tentation d'une forme de résistance, voire « d'anti-jeu » dans la négociation du CPG.

⁴⁹ Un comité dit de fusion sera mis en place en septembre 2016, ce qui paraît tardif à la mission compte tenu de son souhait de voir les préfigureurs désignés rapidement (*cf. recommandation n°30*).

- [447] Cette désignation présente également l'intérêt pour les personnels d'identifier rapidement un responsable du portage du projet, ce qui est de nature à faciliter l'appropriation du projet, la réflexion sur des stratégies individuelles et le dialogue social avec les IRP sur le sujet Fusion.
- [448] Du point de vue du pilotage et de l'animation du projet enfin, la désignation rapide de préfigureurs permet à la direction de programme d'interagir avec un collectif structuré et identifié et de travailler ainsi de manière plus efficace et homogène sur la construction des futurs CPG.
- [449] La mission remarque que la grande majorité des directeurs rencontrés lors de ces déplacements et l'ensemble des organisations syndicales sont d'ailleurs favorables à une désignation rapide de ces préfigureurs.
- [450] L'expérience d'autres fusions (régionalisation des URSSAF, ARS), indique que la lisibilité passe aussi par une clarification du rôle et du devenir de ces préfigureurs.
- [451] La taille du réseau ne permet pas de libérer totalement les directeurs qui se verront confier cette responsabilité en plus de la gestion du quotidien. Ils devront donc s'investir de manière significative dans le projet, tout en continuant de piloter leur caisse pour ne pas en dégrader le service. Par ailleurs, ils devront sinon composer, du moins travailler en collaboration étroite avec les responsables des entités encore non fusionnées, sans avoir la direction de la caisse (sauf intérim) mais en impulsant des évolutions.
- [452] C'est tout l'intérêt de formaliser le rôle et le positionnement de ces préfigureurs, pour eux-mêmes comme le réseau. La mission suggère une lettre de mission composée d'un socle commun et complétée pour chaque groupe de fusion d'objectifs propres à la future région et qui pourront d'ailleurs pour certains être des indicateurs de la feuille de route commune.
- [453] La mission recommande aussi, à la lumière d'autres expériences de transformation de réseaux, de mettre en place très vite une structure d'animation régionale du projet qui, autour du préfigureur, regroupera les directeurs et agents de direction des caisses actuelles et organisera les travaux en région. Un chef de projet, choisi sur proposition du préfigureur parmi les membres des équipes de direction, pourra préparer les travaux de ce collectif régional et assister directement le préfigureur. Le préfigureur devrait également s'appuyer sur des chefs de projet métiers au niveau du groupe de fusion, et d'un chef de projet RH compte tenu de l'importance à porter la problématique dès le départ et en vue de structurer cette fonction au sein de caisses de plus grande taille. La désignation de référents-projet et de pilotes métiers et supports prévue par la lettre réseau 2015/114 citée plus haut répond à cette préoccupation.
- [454] Enfin il paraît nécessaire d'inscrire l'action de ces préfigureurs dans une certaine durée, pour eux-mêmes comme pour les personnels, ce qui nécessite du point de vue de la mission d'anticiper leur capacité à prendre en charge non seulement la période de la préfiguration mais aussi, dans la majorité des cas, la direction de la future caisse fusionnée.
- [455] A titre de comparaison, lors du projet de régionalisation des URSSAF, les directeurs préfigureurs et les agents –comptables préfigureurs avaient vocation à devenir directeurs et agents comptables des nouveaux organismes régionaux. Cette approche paraît une solution de nature à stabiliser les parcours individuels comme la construction collective.
- [456] La « transformation » du poste de préfigureur en poste de directeur pourrait faire l'objet d'une validation par le nouveau conseil d'administration à sa constitution en 2019.

Recommandation n°30 : Désigner des directeurs-préfigureurs (et des agents-comptables préfigureurs) régionaux dès le 1^{er} janvier 2016

Recommandation n°31 : Afficher dès leur désignation que ceux-ci ont vocation, sauf circonstance particulière, à devenir directeurs de la nouvelle caisse régionale

Recommandation n°32 : Rédiger une lettre de mission pour chacun des directeurs-préfigureurs

Recommandation n°33 : Mettre en place une structure d'animation régionale auprès du préfigureur, assisté d'un chef de projet Préfiguration et de chefs de projet métiers

2.2.2 Des moyens dédiés, affichés et budgétés au pilotage du projet

- [457] Un projet de cet envergure nécessitera d'engager des moyens, qu'il faut chiffrer et budgéter aussi rapidement que possible, à la fois en redéploiement interne et moyens supplémentaires si nécessaires pour en permettre un déploiement optimal et préparer la négociation avec la tutelle.
- [458] Un projet de cette envergure implique des moyens dédiés et un accompagnement à la fois en termes de méthodologie et de gestion du projet.
- [459] Il est impératif d'identifier les ressources internes dédiées aux projets, humaines et financières, au niveau national comme régional.
- [460] Outre la nomination d'un directeur de projet, la formalisation d'une gouvernance et de lettres de mission y contribuera en termes d'estimation de la charge de travail et du temps-agent impliqué dans le projet. Celle-ci devra faire l'objet de façon générale d'un affichage et d'une prise en compte pour chacun des agents directement impliqués dans le projet, notamment au regard de leurs autres activités et missions.
- [461] En particulier pour les directeurs et agents de direction, cet affichage et les objectifs à atteindre devraient figurer dans leurs objectifs individuels d'évaluation, en regard des moyens alloués et du rééquilibrage opéré au sein de l'ensemble des objectifs. A cet égard, la situation devra être différenciée selon les groupes de fusion en fonction du contexte géographique, politique et des mutualisations ou pratiques communes déjà existantes.
- [462] Le RSI a passé en juillet 2015 un marché avec un prestataire pour accompagner le pilotage du chantier, d'un montant maximum de 2,9M€.
- [463] Cet accompagnement couvre trois volets répartis en trois lots :
- l'accompagnement au pilotage national et local des projets de fusions ;
 - l'accompagnement à l'harmonisation des processus et activités métiers et supports ;
 - l'accompagnement à la conduite du changement avec la mise en place d'une plateforme d'accompagnement ressources humaines (RH).
- [464] La mission constate que le cahier des clauses techniques particulières est complet et clair sur l'expression du besoin et que la réponse faite est cohérente avec cette expression.
- [465] Le lot 3 consacré aux RH est particulièrement substantiel et sans méconnaître l'importance du sujet, il peut paraître étonnant que sous couvert de méthodologie (la construction d'une plateforme RH) et d'accompagnement de la conduite du changement, c'est bien toute la stratégie RH du projet et du régime qui paraît incluse dans l'expression du besoin, stratégie qui, du point de vue de la mission, devrait relever de la direction des ressources humaines du régime. Il est donc essentiel que celle-ci soit très en anticipation sur les grands objectifs et que l'on n'attende pas la fin de la prestation pour construire une politique RH capable d'intégrer un projet de transformation de cette ampleur.

2.2.3 Un environnement SI stabilisé

- [466] C'est l'un des risques et l'une des conditions de réussite du projet, sachant que Trajectoire peut aussi être pour le RSI l'occasion de faire bouger certaines pratiques et organisations en la matière.
- [467] Sans revenir sur ce qui a été dit *supra* des difficultés qui persistent en matière de recouvrement et de retraite ou sur la gestion à venir de la fusion des bases, la capacité des SI existants à s'adapter et prendre en charge le nouvel environnement régional, il convient d'investir sur ce sujet avec un objectif affiché de fonctionnement stabilisé avant l'échéance du 1er janvier 2019.
- [468] Une partie significative des gains en termes de productivité mais également de qualité dans la relation avec les assurés repose sur cette capacité, en permettant aux agents de disposer d'outils stabilisés pour la production, faisant des contournements manuels une procédure exceptionnelle
- [469] S'agissant plus spécifiquement du recouvrement (*cf.* annexe 7), Trajectoire devrait être l'occasion, même si cela n'est pas son objectif premier, d'avancer rapidement pour faire évoluer l'outil V2 et la gouvernance SI en matière de recouvrement pour :
- ✓ investir davantage en prévoyant des moyens dédiés, dans un budget spécifique identifié au sein du budget RSI ;
 - ✓ mettre en place un programme, une gouvernance et un budget de « quick-wins » pour les gestionnaires de comptes ISU et pour les cotisants ;
 - ✓ fusionner les outils de GED.GDT FileNet (RSI) et Watt (ACOSS)⁵⁰.
- [470] En matière de retraite, la complétude progressive d'ASUR, la résolution des flux entre les applicatifs ADAU et SRC (*cf.* annexe 6) rendra plus évidente et l'implication des agents et le travail sur l'optimisation des organisations et pratiques.

Recommandation n°34 : Stabiliser l'environnement des SI

- [471] S'agissant de l'accompagnement SI du projet, c'est au-delà des outils et fusions de bases, c'est la chefferie du projet SI de Trajectoire qui doit être sécurisée : disposer d'une cartographie exhaustive des applicatifs régionaux et nationaux par métiers, identifier les bases partenaires, travailler en lien étroit avec les MOA des directions métiers et les caisses pour définir les besoins prioritaires, embarquer également la question de l'ergonomie,
- [472] La CNRSI a pris la mesure de cet enjeu en identifiant Trajectoire comme l'un des cinq axes majeurs des travaux sur le futur SDSI et en confiant à un chef de projet chargé auprès du directeur général adjoint la réflexion globale sur l'adaptation du SI à Trajectoire. Ce positionnement institutionnel peut démontrer l'importance accordé au sujet, mais souligne aussi l'articulation indispensable à trouver entre direction de programme Trajectoire, DSI et DGA Pour construire le déploiement en anticipation de la fusion juridique.
- [473] Il a déjà été souligné que la durée de la préparation et de la préfiguration avant la fusion (plus de trois ans) pouvait constituer un risque réel. La CNRSI en a bien conscience et souhaite pouvoir avancer les travaux et les réalisations autant que possible avant la fusion juridique elle-même. Idéalement, celle-ci ne devrait être que l'aboutissement d'organisations totalement harmonisées et intégrées. Cet objectif ressort clairement de la lettre réseau 2015/114.

⁵⁰ Cf. Annexe recouvrement sur ce point.

[474] La mission partage totalement cette approche, en dépit de la complexité qu'il peut y avoir à construire par exemple un CPG commun avec deux trois ou cinq caisses, puisque cela supposera pendant cette période de trois ans un double suivi et pilotage, caisse par caisse et par groupe de fusion.

2.2.3.1 Avancer sur les mutualisations, rapprochement ou centralisation d'activités en amont de la fusion

[475] Il est possible d'avancer avant l'échéance de 2019 sur la mise en œuvre de mutualisations. Cette mutualisation peut reposer sur deux dispositions :

- l'article L.611.4-10° du code de la sécurité sociale dispose que « la caisse nationale a pour rôle [...] de créer tout service d'intérêt commun à l'ensemble des caisses de bases ou certaines d'entre elles [...] » ;
- l'article L.611-11 du code de la sécurité sociale qui prévoit « qu'une caisse de base peut déléguer à une autre caisse de base, avec l'accord du directeur général de la caisse nationale ou à sa demande et pour une durée limitée éventuellement reconductible, la prise d'actes juridique, le service de prestations ou l'exercice d'activités concourant à l'accomplissement de ses missions ».

[476] Pourrait par exemple et sans exclusive être mutualisé ce qui concerne la gestion du courrier, la GED et la numérisation, les achats (pour ce qui relève des marchés ou achats locaux). La réflexion pourrait également plus progressivement être conduite s'agissant de certaines fonctions supports comme les SI en région, les RH (hormis la paye pour laquelle une centralisation est envisagée), ou approfondie sur certains métiers. Les choses sont déjà bien avancées en matière médicale ou dentaire ; s'agissant de la détermination de la législation applicable en matière de soins (DLA), le regroupement rapide sur une caisse du groupe de fusion doit pouvoir être envisagé, tout comme en matière de soins à l'étranger, avant éventuellement d'envisager en cible des organisations plus centralisées.

[477] S'agissant de la comptabilité, la volonté du régime est d'anticiper la fusion également. En l'état actuel des textes, et bien qu'aucune disposition du code de la sécurité sociale n'interdise formellement la mutualisation des activités financières et comptables, la question se pose de la possibilité de mutualiser l'agence comptable et financière indépendamment des activités métiers. Une réflexion est en cours à la direction de la sécurité sociale pour sécuriser juridiquement cette possibilité en modifiant le code de la sécurité sociale. (cf. pièce jointe n°1). La mission y est favorable.

[478] La question du rythme de ces évolutions est essentielle et la direction de programme, au terme de l'état des lieux exhaustif encore à conduire, devra proposer un séquençement des objectifs pour impulser un rythme au projet global, avec des objectifs de réalisation cadencés et annoncés.

[479] Au-delà d'un cadrage national fort et global, ce rythme de réalisation peut être différent selon les groupes de fusion. La situation de l'Ile-de-France par exemple, avec le départ prévu de deux des directeurs, sur un territoire compact, et celle du groupe de fusion du Grand-Est (encore 2 directeurs sur 5 caisses sur un territoire vaste et pas homogène) est bien différente. D'où l'intérêt, au-delà d'objectifs de réalisation socle, d'ajuster la feuille de route à chaque groupe de fusion.

[480] La question se pose de l'établissement des futurs CPG : la direction générale pose l'objectif d'un CPG commun dès 2016 afin d'avancer plus rapidement en matière d'évolution des organisations et pratiques. La difficulté sera de mener de front le suivi du CPG unique mais aussi des « CPG associés », informels mais bien réels de chacune des caisses actuelles, dont la trajectoire sera forcément différente eu égard aux situations de départ. L'intérêt « intégrateur » d'un CPG commun, coordonné par le préfigurateur mais où chaque directeur serait responsable de l'atteinte des objectifs propre à sa caisse, paraît toutefois l'emporter.

Recommandation n°35 : Impulser un rythme au projet en identifiant, pour chaque groupe de fusion, les paliers annuels à atteindre sur 2016-2018

Recommandation n°36 : Construire dès 2016 un CPG au niveau de chaque groupe de fusion, décliné en identifiant l'objectif commun et pour chacune des caisses l'objectif spécifique contribuant à l'atteinte de l'objectif commun.

[481] L'expérience des réorganisations précédentes de réseaux (MSA, ACOSS, etc.) montre que les gains majeurs de productivité à attendre de ce type de projet de transformation passent à la fois par un fonctionnement optimal des SI et par une révision des organisations et des implantations.

[482] Cette réflexion sur les organisations –cibles, qui s'inscrit à la fois dans la perspective de la fusion mais aussi clairement dans celles de l'harmonisation des organisations et pratiques, devra concerner l'ensemble des caisses, et en particulier les caisses de petite taille non concernées par la fusion, à savoir la caisse de Corse, la caisse Antilles-Guyane et la caisse de la Réunion.

[483] Le sujet est indépendant de leur existence juridique qui n'est pas remise en cause compte tenu de la spécificité de ces territoires. C'est la question de leur capacité à assurer l'ensemble des activités qui est posée.

[484] Le sujet est déjà abordé par la direction du réseau, qui a identifié les faiblesses de ces caisses en matière de retraite notamment et est en train de préparer l'appui à la prise en charge de cette activité par la caisse Aquitaine pour ce qui concerne La Réunion, par la Caisse de Provence Alpes pour ce qui concerne la Corse.

[485] Le travail mené sur les organisations métiers cibles doit conduire à approfondir cette réflexion, dans un contexte de ressources restreintes.

Recommandation n°37 : Dans les caisses DOM, mutualiser ou confier par délégation, sur le modèle de l'activité Retraite pour la Réunion, la gestion des activités les moins performantes à des caisses mieux outillées

Recommandation n°38 : Recentrer la caisse Corse sur le front office et la relation client et déléguer à la caisse PACA les activités de back-office à l'échéance de la COG

Recommandation n°39 : Expertiser l'opportunité et la faisabilité à terme d'un regroupement du RSI des DOM au sein des caisses générales de sécurité sociales comme c'est déjà le cas pour la MSA

[486] Se pose également en termes de gouvernance le sujet des commissions régionales amiable et d'action sociale (CAS). La cible doit être celle d'un alignement sur le périmètre de la future région, seule à même de contribuer aux gains d'efficacité et à la lisibilité du dispositif d'ensemble.

[487] La mission a conscience de la sensibilité du sujet, particulièrement s'agissant de l'action sociale, du fait de l'implication très forte des élus et du lien évident avec la connaissance du territoire et des assurés.

- [488] Elle suggère d'instaurer en période transitoire une seule commission régionale et des instances « infra--régionales » sur le périmètre des anciennes régions à qui la commission délèguerait l'instruction de dossiers. Le réseau des URSSAF a ainsi mis en place en matière de recours amiable, en sus de la commission régionale, des Instances départementales sans pouvoir de décision. Le travail de la Commission régionale en apparaît facilité selon la directrice nationale du réseau, elle relève en revanche que les frais de déplacement ont augmenté significativement. Se pose également le sujet de l'homogénéité des pratiques.
- [489] Il paraît dans tous les cas de figure indispensable que le cadrage de l'instruction des dossiers soit très rapidement défini au niveau de la nouvelle caisse.

Recommandation n°40 : Instaurer les futures commissions de recours et des affaires sociales au niveau de futures caisses ; mettre en place en période transitoire s'agissant de la CAS des modalités d'organisation décentralisée qui garantissent une instruction harmonisée et en faire un bilan.

2.2.3.2 Mettre la question des implantations au cœur du projet

- [490] Toute aussi indispensable est l'affichage d'une stratégie sur les différentes implantations et les services qu'elles rendent. Cette stratégie devra être déclinée pour chaque groupe de fusion, en cohérence étroite avec les organisations-cibles et le service à rendre à l'assuré. Sur ce point, le propos de la mission n'est pas de défendre un modèle d'organisation ultra- centralisée mais les choix doivent conjuguer l'efficacité et le service à l'assuré au meilleur coût⁵¹.
- [491] La nouvelle cartographie régionale amènera à analyser les sites (notamment points d'accueil permanents et permanences) et tout particulièrement mais non exclusivement les sites implantés dans des territoires auparavant frontaliers car relevant de deux ou plusieurs régions.
- [492] L'argument, parfaitement légitime, de la nécessaire proximité avec l'assuré doit être mis en regard des organisations-cibles métiers qui seront définies, de la réalité de la fréquentation, du contexte géographique et du développement d'autres modes d'organisation du contact avec l'assuré (systématisation des rendez-vous, rendez-vous téléphoniques, visio-guichets, mutualisation des accueils avec les partenaires CARSAT, MSA, URSSAF etc.) afin de rationaliser les sites d'accueil permanents comme les permanences.
- [493] La question des sites de production décentralisés devrait également être au cœur de cette réflexion, en lien avec le travail sur les organisations-cibles Métiers
- [494] De façon plus globale, c'est toute la question du bon niveau d'implantation et de management que Trajectoire donne l'occasion de poser clairement.

Recommandation n°41 : Définir dans le cadre de l'optimisation des organisations et des pratiques les niveaux d'implantation pertinents en termes de coût-efficacité pour le régime

Recommandation n°42 : Afficher dans la COG et les CPG un objectif raisonnable de réduction en matière d'implantations territoriales

- [495] L'investissement ou le réinvestissement de nouvelles activités dans lesquelles le RSI a été insuffisamment présent doit également faire l'objet d'annonces claires sur à la fois les activités concernées : recouvrement amiable par téléphone, analyse des dossiers contentieux et de l'activité des huissiers, bilan retraite, propositions systématique de rachat de cotisations, bilan Prévention professionnelle, etc. et d'une première estimation des besoins de redéploiement en la matière.

⁵¹ On rappelle le cas de l'organisation de l'activité Retraite en Pays-de-Loire : prise en charge décentralisée, productivité inférieure à la moyenne mais coûts unitaires également inférieurs et second rang du réseau pour les objectifs COG

2.2.4 Un dialogue social fort tout au long du projet et une approche volontariste en matière d'accompagnement RH de la transformation

- [496] L'affichage rapide des objectifs opérationnels du projet doit contribuer à une gestion la plus transparente possible du projet (cf. supra).
- [497] De manière plus concrète, l'association des personnels (notamment dans les groupes de travail) est incontournable, et l'information régulière, informelle et le plus en amont possible des représentants du personnel au niveau régional⁵², en sus des consultations obligatoires, sera de nature à faciliter la compréhension et l'appropriation du projet et sa réussite. Une instance ad hoc, réunissant au niveau du groupe de fusion les représentants des diverses instances (CE et CHSCT), pourra ainsi être constituée pour faciliter l'échange, sur le mode du comité d'échange mis en place à Valbonne dans le cadre du projet « Avenir du DC3S » ; la direction du RSI n'en souhaite pas la mise en place avant l'aboutissement de la négociation sur l'accord d'accompagnement. La mission partage cette approche pour autant que cet accord intervienne rapidement et dans tous les cas avant le début de la négociation des futurs CPG.
- [498] Le volet « Accompagnement du changement » doit être ambitieux et volontariste, et le régime doit pouvoir se donner les moyens de faire évoluer les personnels, ce qui passe par :
- la négociation d'un protocole d'accord, temps clef essentiel qui devrait idéalement aboutir fin 2015 ou tout début 2016 au terme des travaux d'états des lieux ;
 - un volet Formation à la fois ciblé sur les évolutions de métiers et l'accompagnement au changement pour les managers et l'encadrement intermédiaire dont le rôle dans un projet de cette nature est essentiel.
- [499] Sur le contenu de l'accord et sans anticiper sur les résultats d'une négociation qui doit être encore être conduite, il semble important qu'elle repose sur quelques axes forts. Certains ont d'ailleurs déjà été annoncés par la direction générale :
- Sur le maintien de l'emploi et les perspectives de mobilité
 - ✓ L'absence de tout licenciement économique individuel comme collectif a d'ores et déjà été posé, décalquant en cela ce qui a été fait pour les autres évolutions de réseaux (Maladie, Allocations Familiales, Recouvrement, MSA) ;
 - ✓ La garantie de non mobilité géographique contrainte est également un des postulats déjà acquis, même si le sujet des implantations est à l'évidence un enjeu majeur.
 - Sur l'évolution professionnelle des agents
 - ✓ Le principe de l'accompagnement personnalisé, par un plan de formations adéquat, est acquis.
- [500] Il peut à ce stade être insisté sur les points suivants :
- ✓ si elle se fait sur la base du volontariat, la mobilité géographique doit faire l'objet d'incitations fortes, incitations financières, proposition d'évolution lorsque cela est possible sur un poste de responsabilité supérieur, etc. ; pour mémoire, seuls 2 % des effectifs ont effectué une mobilité géographique lors de l'évolution du réseau des CPAM en 2010, 1 % à peine s'agissant du réseau des CAF en 2011, et un peu plus de 2,2 % pour le réseau des URSSAF en 2012-2013. Or les gains d'efficacité et de productivité passent aussi par le regroupement physique et la mission reste convaincue que le

⁵² La nomination rapide de directeurs préfigurateurs pourra faciliter l'établissement ce dialogue

pilotage fonctionnel et le management à distance atteignent rapidement leurs limites dans le cas d'équipes de petite taille.

- ✓ la définition d'une mobilité géographique « significative » à définir (plus de 50 kms, plus d'une heure supplémentaire de trajet ?) pourrait s'accompagner d'une incitation financière significative, sur un temps limité (un an, l'année 2018 préparant la fusion ou l'année de la fusion par exemple), doublée d'une vraie assistance à la mobilité du conjoint, afin d'accélérer l'atteinte de l'organisation-cible.
- ✓ la mobilité fonctionnelle doit être réaffirmée en lien avec l'ouverture d'un chantier sur le télétravail ;

[501] Sur ce sujet de la mobilité, les premières orientations et chiffrages (*cf. infra*) illustrent clairement cette volonté du régime de soutenir et d'inciter à la mobilité.

- ✓ sur l'information des personnels et le recueil des vœux des agents, le choix a été fait par l'ACOSS, dans le cadre de la régionalisation de son réseau, de remettre à plat et de publier tous les postes au sein du groupe de fusion, même si seule une petite partie d'entre eux était appelée à évoluer. Ce processus, s'il peut paraître un peu lourd, à le mérite de la plus complète transparence et repositionne clairement les agents et leurs contrats au sein de la nouvelle structure. La mission suggère donc de reprendre cette méthode.
- ✓ s'agissant des directeur et personnels de direction, une mission, constituée auprès de la DDR et composée de d'un directeur d'une caisse actuelle et du DRH, pourrait permettre un recueil plus fin des attentes et faciliter l'évolution dans le nouveau réseau.

2.2.5 Une bonne communication auprès des assurés

[502] Une autre condition de réussite du projet sera, en temps utile, une bonne communication auprès des assurés, tant au niveau national que régional.

[503] Au travers des entretiens menés dans le cadre de la mission parlementaire et à l'occasion de des déplacements de cette mission, il a pu être mesuré combien la connaissance du régime par les assurés est encore imparfaite...

[504] Comme bon nombre d'agents, beaucoup d'assurés continuent de se référer aux anciens organismes, AVA ou ORGANIC notamment, la complexité de la construction même de la protection sociale des travailleurs indépendants favorisant par ailleurs ce manque d'identification du régime, même près de dix ans après sa création.

[505] Il peut être rappelé que l'absence de communication ciblée en direction des assurés lors les difficultés liés à la mise en place de l'ISU⁵³ a sans doute contribué à accentuer l'incompréhension voir la colère de certains d'entre eux.

[506] Le projet Trajectoire, qui peut être perçu comme (voire se traduire par, cf.§ Risque de dégradation du service) de nouvelles perturbations doit donc également être accompagné, sous l'angle d'un message sur l'amélioration de la qualité de service, par une communication en plusieurs temps à mesure de l'avancée de la réorganisation et de la mise en œuvre de nouvelles organisations et modalités.

⁵³ Cf. Rapport d'étape au Premier ministre sur le fonctionnement du RSI dans ses relations avec les usagers- S. Bulteau- F. Verdier – 8 juin 2015

Au-delà d'une communication nationale audible sur les grands objectifs, c'est au niveau régional que cette communication et l'information du es assurés devra être menée très concrètement. De ce point de vue, le projet de réorganisation, bien maîtrisé et bien expliqué, peut être une chance aussi de renouer un lien de plus grande confiance avec les assurés.

Recommandation n°43 : Anticiper la communication sur le projet auprès des assurés

2.3 De premières hypothèses de gains à affiner à la lumière des diagnostics territoriaux

[507] Les hypothèses présentées ci-après sont à prendre avec prudence, d'une part en raison de l'état très peu avancé du projet (les états des lieux et diagnostics régionaux ne seront finalisés qu'en fin d'année 2015 par la direction de programme assisté du prestataire Deloitte) et, d'autre part, des limites méthodologiques liées aux outils actuels de mesure de l'activité et de la productivité et de la performance dont dispose le régime.

[508] Il est rappelé ici ces limites :

- CAPCEA est l'outil de comptabilité analytique déployée depuis 2010 : ce système reste partiellement déclaratif, et même si la diffusion d'un dictionnaire des activités CAPCEA, élaboré en lien étroit avec les acteurs en région, a permis de rapprocher fortement les pratiques de en matière de déclaration (notamment sur les supports), celles-ci restent hétérogènes sur les processus métiers ;
- CAPCEA repose toujours sur le principe des points d'activité et ne documente que de manière assez grossière les fonctions supports, où les gains sont traditionnellement les plus importants dans le cadre d'un rapprochement de structures ;
- CAPCEA est enfin peu développé sur l'approche Unités d'œuvre⁵⁴.

[509] Par ailleurs, si l'objectif d'homogénéisation en termes de nombre d'agents et de ressortissants sera atteint par les regroupements actés par le conseil d'administration, les fusions concernent des entités géographiques de nature assez différentes : la plupart des caisses couvriront une zone géographique étendue, ce qui pourrait nécessiter le maintien, cohérent avec une organisation-métier efficace, de relais sur le territoire.

[510] Enfin, le calendrier des gains doit être réaliste : outre les conditions de non mobilité géographique et d'absence de licenciement économique, la transformation prendra du temps et les deux premières années en particulier impliqueront de ne pas désinvestir brutalement le champ RH par exemple pour accompagner efficacement les agents.

2.3.1 Première ébauche de gains attendus : l'étude « taille critique » de juin 2013

[511] Cette étude complémentaire réalisée en juin 2013 dans le cadre du programme OPTIMO était destinée à documenter la réflexion sur Trajectoire.

[512] Elle présentait une première estimation de gains sur la base de trois scénarios à 11 caisses (onze fusions), 17 caisses (huit fusions) et 20 caisses (six fusions) , hors caisses DOM et PL.

[513] Les hypothèses se fondaient sur la mesure de la charge d'activité mesurée en points d'activité 2012 actualisés (hors dossiers CMUC 2011), les effectifs calculés en ETPMA 2012 (y compris les CDD ISU).

⁵⁴ La possibilité d'utiliser une partie des éléments développés en Languedoc-Roussillon et Côte d'Azur de mesure de la productivité par UO par agent est toujours en cours, *cf. supra*.

- [514] Les gains attendus étaient établis sur la base de la productivité de la caisse la plus performante de la nouvelle entité (et *a minima* sur la base de la productivité moyenne du groupe de la nouvelle caisse) en nombre et en % des effectifs 2012 de la Caisse.
- [515] Les marges de manœuvre globales dégagées sont estimées à 160 ETP pour le premier scénario, 104 ETP pour le second et 65,4 ETP pour le troisième.
- [516] Les gains les plus conséquents se faisaient sur les fonctions supports (144,6 ETP pour le second scénario, 69,1 ETP pour le troisième scénario), du fait de la centralisation des activités administratives des caisses (direction, pilotage, gestion administrative, financière et informatique et dans une moindre mesure logistique), qui permettaient théoriquement de réallouer jusqu'à 7 % des effectifs de la caisse sur les services métiers. L'étude indique que cette centralisation suppose une refonte de l'organisation des services administratifs.
- [517] Cette première approche a été mise à jour sur la base du projet validé par le conseil d'administration.

2.3.2 Les hypothèses mises à jour en lien avec la direction de programme

2.3.2.1 Une première approche centrée sur les supports

- [518] Pour mémoire, l'indicateur COG FP15-100 relatif au taux des activités support dans les coûts du régime affiche sur les trois premières années de la COG :
- un niveau de 15,5 % en ETP, en réduction de deux points par rapport 2012 (17,7 %) ;
 - de 20,13 % en coûts, en baisse d'un peu plus de deux points par rapport à 2012 (22,76 %).
- [519] Dans tous les projets de cette nature, ce sont traditionnellement les économies réalisées sur les fonctions supports qui dégagent les marges les plus significatives.
- [520] Les données issues de CAPCEA et rappelés supra soulignent l'hétérogénéité des caisses en matière d'affectation des ressources, les caisses les plus petites du réseau absorbant mécaniquement une part plus importante de leurs moyens sur les fonctions supports.
- [521] Dès lors, des pistes de gains sont naturellement attendues de la constitution de structures de taille plus importante. Dans ce cadre, plusieurs axes de travail ont d'ores et déjà été identifiés pour concrétiser ces marges d'efficience, sans chiffrage précis à ce stade : spécialisation d'un site par groupe de fusion sur les activités de numérisation de flux, constitution d'équipes d'uniques pour la communication et le support informatique local notamment. Ces activités sont d'ailleurs déjà clairement identifiées par un certain nombre de directeurs régionaux. Des gains sont aussi attendus en matière d'achats, avec la possibilité de regrouper au niveau de la nouvelle caisse voir en inter-caisses les marchés locaux et de faire émerger des profils « Acheteurs ».
- [522] Cependant, l'essentiel de gains réalisables est attendu à terme des activités supports les plus consommatrices de ressources (ressources humaines, comptabilité) :
- par la centralisation des activités RH (recrutement, promotion, gestion de la paye, gestion du dialogue social) sur le site siège de la future caisse, centralisation qui ne pourra qu'être pleinement effective qu'à l'issue de la fusion juridique ; la centralisation totale sur un seul opérateur pourrait être envisagée à terme pour la paye ;
 - par la constitution d'une agence comptable unique et l'exécution d'un budget unique pour l'ensemble des caisses appelées à être fusionnées. Les évolutions juridiques proposées par la tutelle permettraient de réelles économies d'échelle sur les activités d'ordonnancement et d'arrêtés des comptes. (cf. *supra* et pièce jointe n°1).

[523] En l'absence d'un état des lieux détaillé par activité, la direction de programme a effectué une première projection du taux des supports sur la période 2016 – 2019. Cette projection a été effectuée sur la base de d'une hypothèse de -4,17 % sur la période de diminution des coûts directs, pour ramener le coût des fonctions supports à 15,78 % fin 2019 contre 20,13 % en 2014. Le scénario génère une économie de 10,5 M€ et un gain théorique global d'environ 130 ETP sur l'ensemble de la période.

Tableau 4 : Gains théoriques Fonctions support

	2016	2017	2018	2019
Total des dépenses CAPCEA	350 675 814	357 141 832	363 727 017	370 433 741
Coût direct support (management +support)	66 431 983	63 662 183	61 007 867	58 464 219
Taux du support	18,94 %	17,83 %	16,77 %	15,78 %
Chiffrage des gains en €	2 890 307	2 769 800	2 654 316	2 543 648
Gains théorique en effectifs	34,04	32,63	31,26	29,96

Source : RSI- Direction de programme

[524] Ce scénario théorique et linéaire (diminution de -1,32 % chaque année) n'est toutefois pas à même de rendre compte :

- de la différence de situation dans chaque groupe de fusion ;
- de l'impact même de la transformation et d'un séquençage qui sera probablement à faire évoluer sur la durée de la future COG : les fonctions supports –seront fortement sollicitées pendant la période de transformation ; les fonctions RH seront très mobilisées sur l'accompagnement des salariés (repositionnement fonctionnel, formation) et devront continuer d'animer le dialogue social dans l'ensemble des caisses actuelles ; les fonctions SI seront également, à des degrés divers en fonction de la ressource locale, très impliquées.

[525] Il ne tient pas compte non plus d'éventuelles évolutions qui pourraient en découler pour la caisse nationale en matière de pilotage.

[526] La mission n'a pas creusé ce sujet mais s'interroge par exemple sur l'opportunité du maintien de deux DRH, l'une dédiée au réseau l'autre à la caisse nationale, dans un organisme de 5000 agents dont le réseau sera resserré sur 13 établissements régionaux.

2.3.2.2 Une approche globale par points d'activité par ETP

[527] La seule approche par fonctions supports ne peut rendre compte complètement des marges que dégagera à terme le projet Trajectoire. Outre le volet fusion de caisse, des gains sont à attendre de la réingénierie des processus et de l'harmonisation des organisations qui est le second volet. Mais ces gains sont relativement difficiles à appréhender en l'absence de l'état des lieux précis en cours de réalisation d'une part et, d'autre part de standards et processus-cibles que le projet doit précisément permettre d'élaborer.

[528] D'où le choix d'un chiffrage global en se fondant sur les points d'activité par ETP constatée pour chaque caisse, en fixant un double objectif à la fois par groupe de fusion et national :

- en alignant les niveaux de productivité sur la caisse la plus performante de chaque groupe de fusion⁵⁵ ;
- en instaurant un seuil minimal de productivité à 3000 points par ETP.

[529] Ces hypothèses sont résumées dans les deux tableaux infra.

Tableau 5 : Alignement sur la caisse la plus performante du groupe de fusion

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Caisses	Points d'activités 2014	ETP métiers, supports & management	Productivité caisse	Productivité de référence	Alignement de productivité	Effort en %	Nombre ETP	Alignement de productivité	Effort en %
Alsace	286 710	88,05	3 256	3 256	0,00	0,00%	490,86	-51,16	-10,42%
Bourgogne	329 772	116,58	2 829		-15,31	-13,13%			
Champagne-Ardenne	225 862	80,53	2 805		-11,17	-13,87%			
Franche-Comté	217 459	83,05	2 618		-16,27	-19,59%			
Lorraine	372 020	122,66	3 033		-8,41	-6,86%			
Alpes	661 574	206,34	3 206	3 206	0,00	0,00%	556,68	-26,84	-4,82%
Auvergne	296 940	112,26	2 645		-19,64	-17,50%			
Rhône	740 281	238,09	3 109		-7,20	-3,02%			
IDF Centre	678 281	232,16	2 922	3 248	-23,35	-10,06%	612,11	-32,70	-5,34%
IDF Est	600 489	184,86	3 248		0,00	0,00%			
IDF Ouest	603 329	195,08	3 093		-9,35	-4,79%			
Aquitaine	838 393	275,82	3 040	3 040	0,00	0,00%	489,24	-25,94	-5,30%
Limousin	163 075	71,90	2 268		-18,25	-25,38%			
Poitou-Charentes	406 789	141,52	2 874		-7,70	-5,44%			
Basse-Normandie	303 421	109,31	2 776	2 886	-4,18	-3,82%	390,51	-6,44	-1,65%
Centre	489 772	171,97	2 848		-2,26	-1,32%			
Haute-Normandie	315 248	109,23	2 886		0,00	0,00%			
Côte d'Azur	723 450	199,39	3 628	3 628	0,00	0,00%	396,45	-2,26	-0,57%
Provence Alpes	706 830	197,07	3 587		-2,26	-1,15%			
Nord Pas-de-Calais	619 096	201,14	3 078	3 412	-19,70	-9,80%	293,19	-19,70	-6,72%
Picardie	314 104	92,05	3 412		0,00	0,00%			
Languedoc Roussillon	775 774	227,74	3 406	3 406	0,00	0,00%	438,35	-6,00	-1,37%
Midi-Pyrénées	696 997	210,61	3 309		-6,00	-2,85%			
Bretagne	631 030	231,07	2 731	2 910	-14,20	-6,14%	465,37	-14,20	-3,05%
Pays de la Loire	681 756	234,30	2 910		0,00	0,00%			
Total	12 678 453	4 132,76	3 068		-185,25	-4,48%	4 132,76	-185,25	-4,48%

Source : RSI – Direction de programme

⁵⁵ En réinjectant les CD de manière forfaitaire et l'absentéisme de LD

Tableau 6 : Alignement sur la caisse la plus performante au sein du groupe de fusion avec seuil minimal de productivité de 3000 points/ETP pour chaque groupe de fusion

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Caisses	Points d'activités 2014	ETP métiers, supports & management	Productivité caisse	Productivité de référence	Alignement de productivité	Effort en %	Nombre ETP	Alignement de productivité	Effort en %
Alsace	286 710	88,05	3 256		0,00	0,00%			
Bourgogne	329 772	116,58	2 829		-15,31	-13,13%			
Champagne-Ardenne	225 862	80,53	2 805	3 256	-11,17	-13,87%	490,86	-51,16	-10,42%
Franche-Comté	217 459	83,05	2 618		-16,27	-19,59%			
Lorraine	372 020	122,66	3 033		-8,41	-6,86%			
Alpes	661 574	206,34	3 206		0,00	0,00%			
Auvergne	296 940	112,26	2 645	3 206	-19,64	-17,50%	556,68	-26,84	-4,82%
Rhône	740 281	238,09	3 109		-7,20	-3,02%			
IDF Centre	678 281	232,16	2 922		-23,35	-10,06%			
IDF Est	600 489	184,86	3 248	3 248	0,00	0,00%	612,11	-32,70	-5,34%
IDF Ouest	603 329	195,08	3 093		-9,35	-4,79%			
Aquitaine	838 393	275,82	3 040		0,00	0,00%			
Limousin	163 075	71,90	2 268	3 040	-18,25	-25,38%	489,24	-25,94	-5,30%
Poitou-Charentes	406 789	141,52	2 874		-7,70	-5,44%			
Basse-Normandie	303 421	109,31	2 776		-8,17	-7,48%			
Centre	489 772	171,97	2 848	3 000	-8,71	-5,06%	390,51	-21,03	-5,39%
Haute-Normandie	315 248	109,23	2 886		-4,15	-3,80%			
Côte d'Azur	723 450	199,39	3 628	3 628	0,00	0,00%	396,45	-2,26	-0,57%
Provence Alpes	706 830	197,07	3 587		-2,26	-1,15%			
Nord Pas-de-Calais	619 096	201,14	3 078	3 412	-19,70	-9,80%	293,19	-19,70	-6,72%
Picardie	314 104	92,05	3 412		0,00	0,00%			
Languedoc Roussillon	775 774	227,74	3 406	3 406	0,00	0,00%	438,35	-6,00	-1,37%
Midi-Pyrénées	696 997	210,61	3 309		-6,00	-2,85%			
Bretagne	631 030	231,07	2 731	3 000	-20,72	-8,97%	465,37	-27,77	-5,97%
Pays de la Loire	681 756	234,30	2 910		-7,05	-3,01%			
Total	12 678 453	4 132,76	3 068		-213,41	-5,16%	4 132,76	-213,41	-5,16%

Source : -RSI- Direction de programme

L'alignement de productivité se traduit dans le premier scénario par un gain de 185, 25 ETP et, dans le second, par un gain supplémentaire de 28,16 ETP soit 213,41 ETP.

[531] Il s'agit d'une approche prudente, et ce pour plusieurs raisons :

- dans l'outil CAPCEA, les coûts des activités support et management sont répartis sur les activités métiers proportionnellement au nombre d'ETP intervenant sur chacune des activités de production ; or il est certain que les gains seront supérieurs sur les fonctions supports ;
- le choix d'un seuil minimal à 3000 points par ETP doit s'analyser de notre point de vue comme un palier, sans préjudice de gains supplémentaires qui pourront découler du travail en profondeur sur les processus et les organisations ;
- la Corse, les caisses outre-mer sont exclues de la modélisation : il est pour autant inenvisageable que le projet Trajectoire soit sans impact sur ces caisses dont la performance est globalement plus faible (La Réunion 2671 points ; Antilles-Guyane 2795 points, Corse 2012 points) ;
- la moyenne des 5 caisses les plus performantes est de 3417 points d'activité.

[532] Un nouveau chiffrage réalisé sur la base d'une performance de 3100 points par ETP ressort à un total de 242 ETP libérés.

[533] Pour mémoire, les salariés en CDI âgés de 55 ans et plus étaient 1037 au 31 décembre 2014, dont 294 âgés de 60 ans et plus. 100 agents en moyenne partent en retraite chaque année.

2.3.2.3 Des gains de fonctionnement difficiles à appréhender à ce stade

- [534] Aucun chiffrage de ces gains en fonctionnement n'a été réalisé à ce stade par le régime, qui en attend pourtant de la centralisation à venir de certaines activités.
- [535] Dans la mesure où la réorganisation territoriale ne se traduira pas immédiatement par un resserrement géographique majeur, il faut se garder d'estimations trop ambitieuses sur les gains liés ce volet, d'autant que l'animation d'un réseau plus dispersé géographiquement pourra dans un premier temps générer des dépenses supplémentaires au niveau de chaque nouvelle caisse. On peut en revanche attendre quelques gains de l'évolution des organisations et pratiques (marchés, numérisation centralisée, etc.). Un gain limité linéaire de 2 % sur les 4 ans de la COG, sur le budget de fonctionnement du réseau ⁵⁶, permettrait de dégager 4,3M€ sur la durée de la COG (une hypothèse haute à 5 % aboutit à 10,8M€).

2.4 Les coûts de Trajectoire

2.4.1 Coûts de transformation

- [536] Les éléments suivants reposent sur des estimations à affiner et fiabiliser. Le régime milite pour la création d'un fonds spécifique dédié pour ces dépenses non pérennes, afin de les individualiser.

2.4.1.1 Le portage et pilotage du projet : 3,1M€

- [537] Outre le recrutement d'un directeur de projet, ce coût comprend la prestation effectuée par Deloitte (2,9M€),

2.4.1.2 L'accompagnement RH : 8 à 11,3 M€

- [538] Ils comportent plusieurs postes, dont le plus important découlera de l'accord d'accompagnement qui va être négocié. Les chiffrages ci-après ont été réalisés par la DRH du réseau à la demande de la mission :
- Coûts de déplacements pour faire face au niveau national et régional aux diverses réunions de travail que le projet va générer en phase préparatoire : 1,2M€
 - Coûts de formation spécifiques supplémentaires : 0,7 M€ sur 2016-2018⁵⁷
 - Besoin CDD d'accompagnement éventuels : non chiffré à ce stade .
Pour mémoire, 4,8M€ y étaient consacrés dans le plan d'accompagnement ACOSS de régionalisation des URSSAF, soit 1/8^{ème} du coût du plan)
 - Indemnités de rupture : 1,250 à 2,5 M€
 - Le projet ne prévoit aucun licenciement, et l'accord ne doit donc pas inclure de mesure de licenciement ou de rupture conventionnelle liée à Trajectoire. Le RSI juge prudent d'envisager une augmentation des départs sur la durée de la COG sur la base de 40 à 80 départs supplémentaires. L'opportunité de cet accompagnement spécifique doit néanmoins être validé et les cas délimités pour éviter tout effet d'aubaine. Accompagnement à la mobilité : 3,385 à 4,685M€
 - ✓ Mobilité géographique

⁵⁶ Sur la base des coûts comptables CAPCEA 2014 hors frais de personnel

⁵⁷ Frais de formation FPC estimés à 5 048 128 sur 2016-2018 – RSI-DDR

[539] Des hypothèses volontaristes mais néanmoins raisonnables ont été faites à la lumière des précédentes réorganisations⁵⁸, l'objectif étant d'encourager cette mobilité par des incitations financières renforcées. L'hypothèse est que l'incitation à la mobilité entraînerait une activation pour 2 % des salariés employés et cadres (minimum) ou 3 % (maximum), et dans tous les cas 10 % des agents de direction.

[540] Les mesures à caractère salarial (primes) sont chiffrées en incluant les charges patronales. Les mesures non salariales (indemnités, accompagnement) sont estimées nettes de charges.

- ✓ Prime de mobilité : majorée d'un mois (hypothèse basse : passant de 3 à 4 mois de salaire) ou de 2 mois (haute : passage à 5 mois) : 485K€ à 790 K€
- ✓ Frais de déménagement (sur moyenne observée) : 330 à 475 K€
- ✓ Allongement de la durée de double résidence : 275 à 400K€
- ✓ Accompagnement individualisé du conjoint : 100 à 160 K€
- ✓ Prime de mission double fonction : 630 à 940K€

[541] Ce cas de figure vise les cadres, sur la base d'une majoration de 8 % d'un salaire mensuel cadre N VIII, pour 2 cadres par ancienne caisse fusionnant. Le minimum est estimé sur 2 ans d'application (24 mois), le maximum sur 3 ans.

- ✓ Mobilité fonctionnelle : 845 et 1400K€,

[542] Par référence à l'accord d'accompagnement du régime général, il est envisagé une prime non pérenne d'1/2 mois de salaire pour les salariés qui changeraient de « métier » tout en demeurant dans leur domaine professionnel, et d'un mois de salaire en cas de changement de « domaine ».

[543] Le calcul comporte un écart important (100 changements de métier et 100 changements de domaine en hypothèse basse, mais 300 changements de métier et 100 de domaine en hypothèse haute), d'où une variation entre cette seconde hypothèse semblant en l'espèce la plus probable.

- ✓ Aide au passage à temps partiel et préretraite progressive : 720 à 880K€

Ce chiffrage se fonde sur une hypothèse de 130 à 160 bénéficiaires.

- ✓ Expertise CHSCT : 1,1 à 1,4M€ Sur la base de la vague 2 du projet de régionalisation des URSSAF.

[544] Au total sur les deux postes pilotage du projet et accompagnement RH, le coût estimé est de 9,9 à 13,9M€ (hors CDD d'accompagnement non chiffrés)

2.4.1.3 Le coût spécifique SI lié à Trajectoire

[545] Le coût de maîtrise d'ouvrage(MOA)-maîtrise d'œuvre (MOE) pour la fusion des bases est estimé à 6M€. Le RSI estime que les difficultés plus spécifiques, liées aux applicatifs TAIGA et SAGA auront été travaillées et résolues à l'occasion de la fusion des bases PL.

[546] ***A ce stade, l'estimation du coût global de transformation se monte à 16 à 19,9M€*** (hors besoin éventuels de CDD d'accompagnement, cf. *infra*)

⁵⁸ Pour mémoire, Mobilité de 1% pour la refonte du réseau Famille, 2% pour la refonte du réseau Maladie et 2,2% pour le réseau URSSAF

- [547] De manière globale et à titre de comparaison, l'opération de régionalisation des URSSAF (Cf. pièce jointe n°3) a été de 36,7 M€ pour un effectif concerné de quelques 14 000 agents et le passage de 88 à 22 URSSAF au 1er janvier 2014. S'y ajoute la mobilisation de quelques 483 ETP sur trois ans (2011-2013).
- [548] Les deux postes les plus importants relèvent des RH : l'accompagnement du pilotage du projet stricto sensu pour 9 M€ et l'accompagnement des mutations (revalorisations, primes, mobilités, etc.) pour 9,3M€. Autre poste non négligeable, les ressources temporaires nécessitées par le projet pour 4,8M€.
- [549] L'estimation du plan d'accompagnement du projet du RSI est donc proportionnellement plus élevée que le budget de transformation du réseau URSSAF. La différence la plus substantielle porte sur le chiffrage du poste pour l'essentiel Informatique (6M€ pour le RSI contre 3,8M€), en lien avec la multiplicité des activités et des applicatifs.
- [550] L'analyse du coût du projet du réseau régional de l'ACOSS fait également ressortir une prise en charge importante, dans le cadre des 9M€ d'appui au pilotage, de soutien aux préfigurateurs régionaux (coaching proposé à tous les directeurs préfigurateurs et mis à disposition de tous les agents de direction. Environ 50 % des agents de direction ont eu recours à cette prestation sur des problématiques soit de participation au projet, soit de préparation à une nouvelle fonction, soit d'accompagnement de la prise de fonction), pour un montant total de près de 4,6M€⁵⁹ sur les trois vagues.

2.4.2 Des coûts pérennes

2.4.2.1 Coûts liés aux réalignements salariaux

- [551] A la faveur du rapprochement des caisses, il faudra réaligner les rémunérations entre agents exerçant la même responsabilité : 2,9M€ (chargés) sur l'année d'application de la mesure (coût théorique avant étude de distance).

2.4.2.2 Coûts de montée en groupe de certains responsables du groupe VIII en groupe IX

- [552] Il s'agit d'une mesure d'accompagnement souhaité par la direction générale compte tenu de la responsabilité accrue de certains agents de direction dans des caisses nettement plus importantes. Le groupe IX n'existe pour l'instant pas en caisses régionale. Le coût estimé est de 200 K€ par année (estimation sur la base d'un poste créé pour chaque année de la COG par groupe de fusion, à partir du salaire moyen du niveau VIII et le minimum du niveau IX)

2.4.2.3 Poste frais de déplacement

- [553] Le poste coût de déplacement devra très probablement être revalorisé du fait à la fois de la taille des nouvelles caisses, de déplacements accrus des administrateurs pour les instances régionales (CAS et CAR), pour les réunions des nouvelles IRP au siège. La directrice du réseau de l'ACOSS faisait d'ailleurs ce constat pour le projet URSSAF.

⁵⁹ ACOSS – La régionalisation au sein de la branche Recouvrement (synthèse et bilan)

[554] Ce dernier poste n'a pas fait l'objet de chiffrage à ce stade. Le poste déplacement hors formation en caisses régionales se monte pour 2014 à 2 220 443 euros⁶⁰ Une augmentation mesurée de 5 % liée à l'extension du territoire couvert signifierait donc un coût complémentaire de 1,1M€. Une somme qui n'est pas importante en soi mais peut peser sur les coûts de chaque caisse dans un contexte de réduction demandée des frais de fonctionnement. On voit là, au-delà des contraintes managériales du pilotage à distance et de l'intérêt de la centralisation effective pour les activités supports, l'intérêt de regroupements géographiques effectifs à terme. Certes, cette centralisation emportera de toute façon des frais de déplacement pour les services reconcentrés, notamment direction et agents de direction, ainsi probablement que quelques déplacements supports (SI notamment), dont on peut néanmoins penser qu'ils concerneront d'une part qu'un nombre plus limité d'agents d'autre part un nombre plus restreint de déplacements.

Tableau 7 : Bilan estimatif gains ETP- coûts (Trajectoire)

	Coûts non pérennes	Coûts pérennes	Gains en fonctionnement	Gains attendus ETP
Hypothèse basse	16M€	4,2M€	4,3M€	213 ETP
Hypothèse haute	19,9M€	Non chiffré (GVT)	10,8 M€	250 ETP

Source : Estimations RSI + mission – hors SI, LURA et Valbonne- hors redéploiement

2.5 Un calendrier raisonnable de montée en charge de ces gains de productivité

[555] Le calendrier de la nouvelle COG (2016-2019) coïncide pour l'essentiel avec la phase de préparation du projet. Si la préfiguration doit permettre d'avancer sur les rapprochements des structures, des organisations et des pratiques ainsi que sur la rationalisation de certaines implantations, il ne faut enfin pas s'attendre à des gains immédiats, notamment en début de COG.

[556] Les dix-huit à vingt-quatre premiers mois seront au contraire des années d'investissement humain et financier et ce d'autant plus que les fonctions supports notamment RH seront relativement mobilisées par l'accompagnement.

[557] Il n'est donc pas raisonnable d'espérer des gains liés à Trajectoire sur les 18 premiers mois de la COG et ceux à attendre sur la fin de l'année 2017 restent minimes. S'agissant des deux années suivantes (2018-2019), la mission estime que les premiers gains significatifs liés à la centralisation engagée en matière de fonction support (comptabilité, numérisation courrier, RH, contrôle, etc.) pourraient être engrangés, l'année 2019 sécurisant a minima le scénario du seuil minimal à 3000 points d'activité, soit représentant 213 ETP.

[558] Il s'agit de notre point de vue d'une option minimale, dans la mesure où ne sont pas aujourd'hui estimés vraiment les gains liés :

- à l'harmonisation et l'optimisation des processus et des organisations ; dans ce cadre devra aussi être réévaluées le sujet du *regroupement voire* de la centralisation de certaines

⁶⁰ 2 574 524 euros avec les déplacements formation professionnelle

activités « expertes » (remboursement des soins à l'étranger, détermination de la législation applicable, notamment) ;

- à l'amélioration de la performance des caisses non fusionnées (DOM et Corse) ;
- à la diminution et rationalisation des implantations ;
- au retour à un fonctionnement totalement fiabilisé et limitant l'investissement humain des SI (cf. *supra*).

[559] Aller au-delà de l'objectif de 213 ETP pour se fonder sur une hypothèse à 250 ETP (gains de performance sur une base de 3100 points par caisse) paraît donc raisonnablement atteignable en fin de COG.

[560] Au demeurant, une partie des marges ainsi dégagées doivent être réinvestis sur des champs aujourd'hui peu ou pas investis par le régime : a minima respect des obligations légales d'information en matière de retraite, politique pro-active d'information des usagers en la matière (information annuelle, proposition de rachats de trimestres, etc.), développement du contact téléphonique en matière de recouvrement amiable, analyse des dossiers contentieux pour définir une réelle stratégie en matière de recouvrement et de contentieux, analyse de l'activité des huissiers, etc. .

[561] En l'absence de chiffrage par le régime, la mission formule l'hypothèse que 50 ETP dégagés pourraient être redéployés (soit 15 % des ETP dégagés par Trajectoire et l'optimisation des SI- cf. *infra* 2.5.1.1). Le RSI resterait en mesure de dégager des gains de productivité et de contribuer à l'effort qui sera exigé par la tutelle.

2.5.1.1 Le rétablissement d'un fonctionnement optimisé des SI

[562] La mission a été sensibilisée dans chacun de ses déplacements comme à l'occasion de ceux réalisés par la mission parlementaire par les remarques des directions et des agents sur le temps passé à revoir des listes pour contrôler et fiabiliser les données (recouvrement) ou à suppléer les faiblesses de l'applicatif (ASUR).

[563] Nous n'avons pu obtenir d'estimation globale de ce temps « perdu » mais sur la base d'éléments d'estimation transmis par deux caisses, les extrapolations suivantes peuvent être faites. Sur la base d'une estimation de perte de productivité de 13 % des ETP retraite liée à l'insuffisance d'ASUR⁶¹, ce sont 107,5,5 ETP qui seraient ainsi gagés au plan national pour les seules activités de liquidation des droits propres et droits dérivés (sur la base des données CAPCEA 827,5 ETP pour l'ensemble des caisses).

[564] Une autre caisse⁶² estime « subjectivement » que c'est au moins 20 % des ressources des deux métiers principaux (recouvrement, retraite) qui sont consacrées à contourner les insuffisances des outils. Rapportés aux effectifs affectés à ces deux activités dans l'outil analytique, on aboutit à un effectif maximum de 366 ETP.

[565] Il s'agit là d'approches très grossières. Par ailleurs et comme le souligne justement la caisse nationale, certaines opérations manuelles ou utilisation de calechettes ne sont pas recommandées par le niveau national mais continuent d'être réalisées régionalement par manque de confiance dans les outils, ce qui tend à donner une vision exagérée de ce « temps perdu ». Sans compter que la vision idéale d'un SI qui fonctionnerait sans aucune anomalie n'est pas plus raisonnable que l'absence d'erreur humaine.

⁶¹ Pays-de-Loire,

⁶² Ile-de-France Centre

[566] Il est néanmoins difficilement contestable qu'il y a là des marges substantielles de productivité qui pourraient conforter et s'ajouter à celles que permettra de dégager le projet Trajectoire. Sur la base d'une hypothèse très prudente de 5 % de productivité gagnée sur les seules activités retraite (DP et DD) et recouvrement, 85 ETP pourraient ainsi être dégagés

[567] Le tableau infra récapitule les gains globaux estimés de productivité en combinant ceux liés à Trajectoire, à la mise en œuvre de la liquidation unique (cf. annexe 6) et à l'optimisation à minima des SI, déduction faite des redéploiements.

Tableau 8 : Approche des gains potentiels en ETP

		2016	2017	2018	2019	Total COG
Trajectoire	hypothèse basse		20	80	113	213
	hypothèse haute		30	90	130	250
LURA	hypothèse basse		135			135
	hypothèse haute		143	59	26	228
Optimisation si		10	15	30	30	85
Redéploiement		83	25			108
Total	hypothèse basse	-73	145	110	148	325
	hypothèse haute	-68	163	179	186	455

Source : Projections RSI- extrapolations mission

LISTE DES RECOMMANDATIONS

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Définir des standards de productivité par segment d'activité, sur la base d'un approfondissement de l'utilisation d'ASTA en Languedoc Roussillon et Côte d'Azur	CNRSI	Débuter en 2016
2	Définir un indicateur synthétique de performance des caisses régionales	CNRSI	Fin 2018 pour utilisation dès fusion juridique
3	Afficher rapidement clairement en interne les objectifs en matière de gains attendus du projet	CNRSI	Dès fin 2015 au terme des diagnostics régionaux
4	Repositionner clairement la direction de programme en rédigeant rapidement une lettre de mission pour le directeur de programme, en rappelant son positionnement auprès de la direction générale, en constituant une équipe projet nationale dédiée de 3 ou 4 personnes	CNRSI	Immédiat
5	Mettre en place une gouvernance nationale du projet resserrée et pyramidale et y intégrer les grands projets structurants pour le régime	CNRSI	Immédiat
6	Désigner des directeurs- préfigurateurs (et des agents-comptables préfigurateurs régionaux dès le 1er janvier 2016	CNRSI	1 ^{er} janvier 2016
7	Stabiliser l'environnement des SI	CNRSI	Immédiat et sur la durée de la COG
8	Impulser un rythme au projet en identifiant, pour chaque groupe de fusion, les paliers annuels à atteindre sur 2016-2018	CNRSI	2016
9	Construire dès 2016 un CPG au niveau de chaque groupe de fusion, décliné en identifiant l'objectif commun et pour chacune des caisses l'objectif spécifique contribuant à l'atteinte de l'objectif commun.	CNRSI-Caisses régionales	2016
10	Dans les caisses DOM, mutualiser ou confier par délégation, sur le modèle de l'activité Retraite pour la Réunion, la gestion des activités les moins performantes à des caisses mieux outillées	CNRSI- caisses DOM	A compter de 2016 au terme de l'état des lieux
11	Recentrer la caisse Corse sur le front office et la relation client et déléguer à la caisse PACA les activités de back-office à l'échéance de la COG	CNRSI- Caisse Corse et future Caisse PACA	2016-2018

12	Instaurer les futures commissions de recours et des affaires sociales au niveau de futures caisses ; mettre en place en période transitoire s'agissant de la CAS des modalités d'organisation décentralisée qui garantissent une instruction harmonisée et en faire un bilan.	CNRSI- Groupes de fusion	2018
13	Définir dans le cadre de l'optimisation des organisations et des pratiques les niveaux d'implantation pertinents en termes de coût-efficacité pour le régime	CNRSI	2016
14	Afficher dans la COG et les CPG un objectif raisonnable de réduction en matière d'implantations territoriales	CNRSI-DSS	2016-2019
15	Anticiper la communication sur le projet auprès des assurés	CNRSI- futures caisses fusionnées	2016-2019

PIECE JOINTE N°1 :

MUTUALISATION DES FONCTIONS

COMPTABLES ET FINANCIERES (PLFSS 2016)

Projet à l'étude de modification du code de la sécurité sociale pour permettre une mutualisation des fonctions comptables et financières dans le réseau RSI

« Art. L. 611-9-1 – A compter de la publication du décret prévu à l'article L. 611-9 et jusqu'à la fusion, les caisses de base appelées à fusionner peuvent décider d'établir un budget unique, et une comptabilité des opérations budgétaires unique. La possibilité de tenir une comptabilité unique peut être également étendue à tout ou partie des opérations techniques réalisées dans le cadre des dispositions de l'article L. 611-11.

« Le directeur de la caisse nationale désigne, parmi les directeurs des caisses appelées à fusionner, celui chargé d'élaborer et d'exécuter le budget unique et d'arrêter le compte unique. Il désigne également, parmi les agents comptables des caisses appelées à fusionner, celui chargé d'établir le compte unique.

« Le budget unique et le compte unique sont approuvés par chacun des conseils d'administration des caisses appelées à fusionner.

« Les modalités de mise en œuvre de ces décisions sont fixées par convention établie selon un modèle type fixé par la caisse nationale, entre les caisses de base concernées, signée par leurs directeurs et agents comptables, après avis de leurs conseils d'administration, et validation conjointe par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale. »

« Art. L. 611-9-1 – A compter de la publication du décret prévu à l'article L. 611-9 et jusqu'à la fusion, les caisses de base appelées à fusionner peuvent décider d'établir un budget unique, et une comptabilité des opérations budgétaires unique. La possibilité de tenir une comptabilité unique peut être également étendue à tout ou partie des opérations techniques réalisées dans le cadre des dispositions de l'article L. 611-11.

« Le directeur de la caisse nationale désigne, parmi les directeurs des caisses appelées à fusionner, celui chargé d'élaborer et d'exécuter le budget unique et d'arrêter le compte unique. Il désigne également, parmi les agents comptables des caisses appelées à fusionner, celui chargé d'établir le compte unique.

« Le budget unique et le compte unique sont approuvés par chacun des conseils d'administration des caisses appelées à fusionner.

« Les modalités de mise en œuvre de ces décisions sont fixées par convention établie selon un modèle type fixé par la caisse nationale, entre les caisses de base concernées, signée par leurs directeurs et agents comptables, après avis de leurs conseils d'administration, et validation conjointe par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale. »

PIECE JOINTE N°2 : EXTRAPOLATION DE GAINS DE COUTS

ACTIVITE RETRAITE – LIQUIDATION DROITS PROPRES

Caisses	Coût unitaire	Coût le plus faible	Coût moyen	Nb d'actes	Coût global par région (sur coût le plus faible)	Coût global par région (sur coût moyen)
Aquitaine	513,31	420,59	480,81	6296	4587795,72	5244711,84
Limousin	508,54			1322		
Poitou Charente	420,59			3290		
Alpes	455,59	326	402,14	4986	4001650,00	4936227,58
Auvergne	326			2162		
Rhône	424,82			5127		
Basse Normandie	701,27	334,22	508,32	2476	2955507,46	4495044,28
Haute Normandie	334,22			2675		
Centre	489,46			3692		
Nord Pas-de-Calais	453,57	414,15	433,86	3607	2324623,95	2435256,18
Picardie	414,15			2006		
Bretagne	392,75	392,75	442,31	5077	4094418,75	4611081,75
Pays de la Loire	491,87			5348		
IDF Centre	548,39	548,39	720,46	4312	6043257,80	7939469,20
IDF Est	661,56			3490		
IDF Ouest	951,43			3218		
Languedoc-Roussillon	461,16	443,43	452,295	6239	5097227,85	5199131,03
Midi Pyrénées	443,43			5256		
Côte d'Azur	341,36	341,36	386,59	5071	3486992,40	3949016,85
Provence Alpes	431,82			5144		
Alsace	469,35	289	427,834	2105	3136806,00	4643710,24
Bourgogne	638,96			2628		
Champagne Ardenne	408,02			1591		
Franche Comté	333,84			1768		
Lorraine	289			2762		
Corse	581,58			487	283229,46	283229,46
Antilles Guy	1509,71			441	665782,11	665782,11
La Réunion	526,56			444	233792,64	233792,64
Total					36911084,14	44636453,16
Coût à la médiane (toutes caisses)	458,58				42657111,60	
Coût Q1 (toutes caisses)	408,02				37954020,40	
Q3 (pi)	526,56					

Source : RSI – CAPCEA 2014 – retraitement mission

PIECE JOINTE N°3 : COUT DE TRANSFORMATION- PROJET REGIONALISATION DES URSSAF

	2011	2012	2013	2014 ¹	TOTAL
Expertises					
CHSCT	248 K€	1 620 K€	1 108 K€	35 K €	2 976 K€
Accompagnement Acooss					
DCR	715 K€	1 422 K€	766 K€	0	2 903 K€
Coaching	93 K€	235 K€	150 K€	84 K€	578 K€
Accompagnement des équipes	788 K€	1 339 K€	1 274 K€	627 K€	4 036 K€
Assistance Pilotage du SI		568 K€	681 K€	NC K€	1 539 K €
Sous-Total Accompagnement	1 596 K€	3 564 K€	2 871 K€	711 K€	9 056 K€
Informatique					
FNGA	148 K€	1 093 K€	607 K€	195K€	1 848 K€
PEI	705 K€	1 313 K€	0	0	2 018 K€
Sous-Total Informatique	853 K€	2 406 K€	607 K€	195 K€	3 866 K€
Primes					
Régionalisation	/	754 K€	3 145 K€	1 601 K€	5 699 K€
Mobilités et indemnités diverses (Protocole d'accord de 2010)	28 K€	828 K€	1 932 K€	66 K€	3 658 K€
Sous-Total Primes	28 K€	1 582 K€	5 077 K€	1 667 K€	9 357 K€
Ressources temporaires (CDD et intérim)	1 556 K€	1 886 K€	787 K€	651 K€	4 879 K€
Accompagnement local (GVT, réunions locales)	188 K€	2 441 K€	3 388 K€	1 684 K€	6 597 K€
TOTAL	4 469 K€	13 499 K€	13 838 K€	4 943 K€	36 731 K€
ETP consacrés au projet (en nombre - source OGUR)	113,02	238,24	132,37	NC	

¹ Montants prévisionnels

Source : Acooss – La régionalisation au sein de la branche Recouvrement – Synthèse et Bilan

ANNEXE 5 : LES ORGANISMES CONVENTIONNES

INTRODUCTION	143
1 LE RESEAU DES ORGANISMES CONVENTIONNES, ANCIEN ET STRUCTURE AUTOUR DE DEUX TETES DE RESEAU, ENTRETIENT AVEC LE RSI DES RELATIONS COMPLEXES	143
1.1 UNE CONSTRUCTION HISTORIQUE REPRISE LORS DE LA CONSTITUTION DU RSI, AVEC LA MISE EN PLACE D'UN PILOTAGE PLUS NATIONAL.....	143
1.2 DES MISSIONS IMBRIQUEES ENTRE LE RSI ET LES OC.....	149
1.3 LA COEXISTENCE DE DEUX RESEAUX, AVEC DES ECARTS DE PARTS DE MARCHE IMPORTANTS.....	155
2 LE FONCTIONNEMENT DE LA DELEGATION DE GESTION EST GLOBALEMENT SATISFAISANT, MAIS PRESENTE DES FAIBLESSES CERTAINES.....	167
2.1 DES INDICATEURS DE PERFORMANCE ATTEINTS ET SOUVENT SUPERIEURS A CEUX DU REGIME GENERAL.....	167
2.2 UNE RELATION CLIENT DE PROXIMITE QUI SE MODERNISE TOUT EN RESTANT AUTONOME.....	171
2.3 DES ORGANISATIONS DIFFERENTES ET EN EVOLUTION	176
2.4 UN CONTROLE INTERNE INCONTESTABLEMENT RENFORCE, MAIS MIS EN PLACE INEGALEMENT AU SEIN DES OC	178
2.5 DES COUTS DE GESTION GLOBAUX PLUTOT EN DIMINUTION, MAIS HETEROGENES SELON LES OC	180
2.6 UN PILOTAGE COMPLIQUE ET UNE VISIBILITE INSUFFISANTE POUR LE RSI	187
3 PLUSIEURS SCENARIOS D'EVOLUTION DE LA DELEGATION DE GESTION SONT ENVISAGEABLES	194
3.1 SCENARIO 1 : LE MAINTIEN DE LA DELEGATION DE GESTION, SOUS CONDITIONS	194
3.2 SCENARIO 2 : LA FIN DE LA DELEGATION DE GESTION ET LE TRANSFERT AU REGIME GENERAL	202
3.3 LES SCENARIOS ECARTES PAR LA MISSION.....	215
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	217

INTRODUCTION

- [568] La délégation de la gestion du régime maladie obligatoire des travailleurs indépendants à des organismes conventionnés date de sa mise en place en 1969. La création du RSI n'a pas modifié ces modalités de gestion, dont les règles ont cependant évolué dans le sens d'un pilotage renforcé de la caisse nationale. La recherche d'économies de gestion, comme les contraintes que peut entraîner ce type de délégation, poussent cependant à s'interroger sur les perspectives d'évolution des modalités de gestion du risque maladie au RSI.
- [569] La lettre de mission demandait aux inspecteurs d'examiner quatre sujets prioritaires, dont la délégation de gestion de l'assurance maladie. La mission devait réaliser un bilan de la délégation de gestion, à la suite du rapport MAP sur les coûts de gestion de l'assurance maladie établi en 2013 par l'IGAS et l'IGF, et formuler des préconisations, en vue d'une optimisation de la gestion de l'assurance maladie des travailleurs indépendants.
- [570] La présente annexe répond donc à cette problématique et après avoir réalisé un état des lieux des réseaux d'organismes conventionnés actuels et de leurs relations avec le RSI (1), elle s'attache à faire un bilan de la délégation de gestion (2), avant d'étudier plusieurs scénarios d'évolution de la gestion du risque maladie des travailleurs indépendants (3).

1 LE RESEAU DES ORGANISMES CONVENTIONNES, ANCIEN ET STRUCTURE AUTOUR DE DEUX TETES DE RESEAU, ENTRETIENT AVEC LE RSI DES RELATIONS COMPLEXES

1.1 Une construction historique reprise lors de la constitution du RSI, avec la mise en place d'un pilotage plus national

- [571] La protection sociale des indépendants s'est organisée par étape et indépendamment du régime général. C'est à partir de 1966 que s'est structuré un régime maladie obligatoire. Avant la création du RSI, la Caisse nationale d'assurance maladie des non-salariés (CANAM), créée en 1969, couvrait le risque maladie des artisans, commerçants (A/C) et professions libérales (PL)⁶³, en déléguant une grande part de la gestion des prestations en nature et des prestations en espèces de cette population à des organismes conventionnés (OC), qui préexistaient à la constitution du régime, en gérant des prestations à l'époque non obligatoires.

1.1.1 Le maintien de la délégation de gestion

- [572] L'article L 611-20⁶⁴ du code de la sécurité sociale (CSS), créé par l'ordonnance n°2005-1528 du 8 décembre 2005 relative à la création du RSI, et modifié depuis, précise le principe de la délégation et son champ, qui concerne donc :

⁶³ A l'exception des praticiens ou auxiliaires médicaux conventionnés, qui relèvent du régime général (régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC)).

⁶⁴ Article L611-20 : "La Caisse nationale confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base l'encaissement et le contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales à des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance. La Caisse nationale peut confier le soin d'assurer pour le compte des caisses de base le service des prestations maladie, maternité prévues par le présent titre aux bénéficiaires d'allocations ou de pensions de retraite dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 131-1, à des organismes régis, ou bien par le code de la mutualité, ou bien par le présent code, ou bien par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance".

- le recouvrement des cotisations d'assurance maladie des professions libérales, qui n'ont été basculées au moment de la création du RSI, ni vers l'Interlocuteur social unique (ISU), ni vers les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF)⁶⁵ ;
- le service des prestations maladie-maternité des artisans, commerçants et professions libérales.

1.1.2 Les différentes catégories d'organismes conventionnés

[573] Le même article L611-20 du CSS précise que les organismes conventionnés sont des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, soit des groupements de société d'assurance. L'article R611-79 du CSS ajoute une catégorie supplémentaire à celles listées par la loi : les organismes de sécurité sociale de base, régis par le code de la sécurité sociale⁶⁶.

Cet article précise également les conditions pour pouvoir être conventionné : être apte à remplir d'une manière économique et efficace les obligations qui leur incomberaient dans leur participation à la gestion du régime ; disposer d'une comptabilité analytique permettant d'identifier les dépenses de gestion concernées ; justifier qu'ils disposent de garanties permettant de couvrir à l'égard de la caisse nationale les risques résultant des erreurs, fautes ou malversations des agents chargés de tenir les comptes financiers ; et enfin disposer d'une structure d'accueil et d'information dans chacune des circonscriptions territoriales des caisses de base dans lesquelles il est prévu que l'organisme opère. Ce sont la caisse nationale et les caisses de base qui s'assurent que les organismes remplissent les conditions évoquées.

1.1.3 Un pilotage qui devient national

[574] C'est la grande innovation mise en place lors de la création du RSI : tous les liens avec les OC passent désormais par la caisse nationale et non plus par les caisses régionales de façon locale. Cela explique la création d'organes nationaux représentant les OC, de façon à pouvoir conventionner au niveau national.

1.1.3.1 De nombreux outils de conventionnement

[575] L'article L611-21 du CSS précise que l'organisme conventionné signe avec la caisse nationale de RSI une convention, qui détermine notamment le champ géographique du conventionnement. Les articles R611-79 et suivants du CSS précisent que cette convention est conforme à une convention type fixée par arrêté⁶⁷ des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. C'est auprès de la caisse nationale que se fait la demande de conventionnement.

⁶⁵ C'est la seule activité de recouvrement qu'ont conservée les OC, puisque les cotisations maladie des artisans et commerçants ont été transférées à l'ISU.

⁶⁶ Par jeu de renvoi, cette disposition, qui s'applique aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), s'applique aussi aux caisses de mutualité sociale agricole (MSA).

⁶⁷ Arrêté du 21 janvier 2008 approuvant la convention type entre les caisses de base et les organismes conventionnés du régime social des indépendants. Cette convention fixe les modalités suivant lesquelles les OC s'acquittent de leurs obligations, les modalités de suivi par la caisse nationale et les caisses régionales des objectifs fixés dans les contrats locaux d'objectifs et de moyens et l'organisation du contrôle des OC par les caisses nationales et les caisses régionales.

- [576] Celle-ci a un mois pour répondre et communiquer sa décision aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, qui ont un mois également pour faire opposition à la décision de conventionnement. Cette convention est signée pour quatre ans au moins et prend notamment fin si les garanties présentées par les OC en vertu de l'article R611-79 du CSS ne sont plus remplies, en cas de mauvaise gestion ou d'obstacle à contrôle ou enfin si durant deux ans le seuil de 23 000 bénéficiaires de prestations d'assurance maladie ou de 15 000 cotisants à l'assurance maladie des professions libérales n'a pas été atteint⁶⁸. Lorsque deux organismes fusionnent, le nouvel organisme est réputé conventionné si la caisse nationale n'y a pas opposé de refus dans les deux mois.
- [577] L'article L611-21 du CSS prévoit aussi le principe, pour mettre en œuvre la convention d'objectifs et de gestion (COG), de la signature d'une convention nationale d'objectifs et de moyens (CNOM) entre la caisse nationale et les organes représentant les OC, pour la même durée. Elle doit préciser : les objectifs liés à la mise en œuvre de la délégation de gestion des prestations maladie, à l'amélioration de la qualité de service aux usagers, et à l'amélioration du rendement des OC et des conditions d'exécution de leurs missions ; le montant des remises de gestion et leurs modalités de versement aux organes nationaux représentant les OC⁶⁹ ; ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de la convention. Celle-ci prévoit des indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés aux objectifs fixés⁷⁰.
- [578] Cette CNOM fait elle-même l'objet de contrats locaux d'objectifs et de moyens (CLOM), signés entre l'organe national et chaque OC qu'il représente, afin de la décliner localement. Ils doivent fixer des objectifs portant sur l'amélioration et l'évaluation des opérations résultant de la délégation. La caisse nationale et les caisses de base vérifient que les OC ont atteint les objectifs des CLOM.
- [579] Si la CNOM n'est pas signée, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe les objectifs et les moyens des OC⁷¹.
- [580] Tout OC dispose pour chacune des caisses de base dans le ressort de laquelle il intervient d'un compte destiné à assurer le paiement des prestations⁷².

1.1.3.2 Des mécanismes de contrôle qui se développent

- [581] Le contrôle a un rôle central en matière de délégation de gestion : le délégant doit s'assurer que l'exercice de la délégation est conforme aux règles fixées par lui. Les textes précisent que la caisse nationale et les caisses de base s'assurent de la bonne application de la réglementation et des dispositions conventionnelles et les agents comptables des caisses de base contrôlent l'information comptable transmise par les OC. Chaque année, la caisse nationale établit un rapport sur les coûts de fonctionnement comparé des OC⁷³.

La convention-type entre la caisse nationale et les organismes conventionnés précitée comporte des dispositions précises sur les contrôles devant être exercés au sein des OC. Ainsi l'article 39 précise-t-il que "l'organisme met en œuvre un dispositif de contrôle interne permettant de prévenir les risques financiers des activités". Il est ajouté que ces dispositifs doivent répondre aux spécifications de la caisse nationale, notamment pour satisfaire à la procédure de certification des comptes du RSI⁷⁴. L'article 54 de la même convention précise que c'est la caisse nationale qui est seule ou

⁶⁸ Article R611-83 du CSS.

⁶⁹ Les remises de gestion comportent une part fixe, à hauteur de 90% du montant global, répartie en fonction du nombre de bénéficiaires et de cotisants affiliés auprès des OC représentés, et une part variable, fixée à hauteur de 10% du montant global, répartie en fonction des résultats obtenus au regard des objectifs de la CNOM (article R611-88 du CSS).

⁷⁰ Article R 611-85 du CSS.

⁷¹ Article L611-22 du CSS et article R611-86 du CSS.

⁷² Article R611-89 du CSS.

⁷³ Article R611-90 du CSS.

⁷⁴ Les comptes du RSI sont certifiés par des commissaires aux comptes dont le rapport est transmis obligatoirement à la Cour des comptes (article L114-8 du code de la sécurité sociale et article L132-6 du code des juridictions financières).

conjointement avec les caisses de base chargées du contrôle de la bonne exécution des activités des OC.

- [582] Les mécanismes de contrôle s'exercent à deux niveaux :
- au sein des OC eux-mêmes, avec la mise en place de dispositifs de contrôle interne, devant permettre au régime de s'assurer que les risques essentiels sont maîtrisés ;
 - au sein des caisses de base, afin que la caisse nationale vérifie que les relations avec les OC sont maîtrisées.
- [583] Sur ces deux points, le régime a fait des progrès certains ces dernières années.
- Concernant le premier, avant la CNOM portant sur la période 2012-2015, les référentiels de contrôle interne n'intégraient pas le lien avec les OC et les processus métiers des OC ne faisaient pas l'objet d'un contrôle encadré. Les caisses régionales menaient des "contrôles approfondis" en ciblant une catégorie de prestations. Mais les rapports qui remontaient à la caisse nationale n'étaient pas harmonisés et la synthèse qui pouvait en être issue était peu exploitable. Lors des premiers rapports de certification des commissaires aux comptes du régime (CAC), il a été souligné qu'il n'existait pas d'assurance raisonnable sur le niveau de risque des activités exercées par les OC.

La COG en cours a permis de faire évoluer la situation⁷⁵ : des dispositifs de contrôle interne, normés par la caisse nationale, ont ainsi été mis en place au sein des OC, les caisses de base étant chargées de les auditer régulièrement.

Tableau 1 : Le contrôle interne au sein des OC

Le contrôle interne au sein des OC

A partir de 2012 a été mis en place par la caisse nationale une liste des risques majeurs associés à chacun des processus métiers des OC. Ces risques doivent être couverts par les dispositifs de contrôle interne à mettre en place au sein des OC, le RSI devant s'assurer, notamment par le biais d'audits, de l'effectivité de la mise en œuvre des moyens de maîtrise de ces risques et évaluer un taux d'assurance raisonnable de la maîtrise de ces risques.

L'organisation locale est rénovée : chaque OC sera suivi par une caisse pilote, qui coordonnera le dispositif d'audit pour l'ensemble du réseau RSI. En 2014, 19 caisses pilote ont été ainsi désignées. Elles pourront dans certains cas s'allier le soutien de "caisses associées" pour la réalisation des audits. Les auditeurs sont "labellisés" par la caisse nationale.

Sur la période de la CNOM, la formalisation de la méthodologie s'est accrue, sur le modèle du dispositif mis en place par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour les mutuelles délégataires du régime obligatoire dans son champ. Les services chargés du contrôle interne de la CNAMTS au sein de l'agence comptable ont participé aux groupes de travail mis en place par le RSI en 2012 et ont contribué à former les auditeurs des caisses de base⁷⁶.

⁷⁵ L'un des engagements du RSI au sein du programme 12 "Renouveler les politiques de contrôle interne et de maîtrise des risques" de la COG 2012-2015 consiste à "Définir les engagements liés à la maîtrise des risques dans le cadre de la délégation de gestion faite aux organismes conventionnés". Il est affiché que l'objectif est de "tendre vers les standards retenus par la CNAMTS vis-à-vis des sections locales mutualistes dans son plan de maîtrise socle". La CNOM devait intégrer les attentes de la caisse nationale en matière de maîtrise des activités déléguées.

⁷⁶ Sessions de formation organisées en octobre 2012.

La lettre réseau n°2012-107 en date du 9 août 2012 a défini dix processus⁷⁷ présentant des risques majeurs. Au sein de chacun de ces processus est identifiée une liste de plusieurs risques, actualisés lors du lancement de chaque campagne d'audit annuelle à l'été (37 risques en tout dans la lettre réseau de 2012 et 39 pour la campagne 2014). Un modèle de rapport de contrôle interne type a été élaboré et fourni aux OC, afin que les auditeurs du RSI puissent s'appuyer sur le même type de document. Ce rapport est remonté à la caisse nationale mi-septembre. Un guide de l'audit⁷⁸ est transmis aux caisses de base pour chaque campagne, avec des fiches d'audit et des questionnaires d'audit par risque. Seul le processus trésorerie-comptabilité a fait l'objet d'une formalisation des éléments de preuve nécessaires, les OC ayant affirmé au RSI que les autres processus étaient déjà sous contrôle et ne nécessitaient pas une formalisation homogène des éléments de preuve. Les audits ont pour objectif d'apprécier : la prise en compte par l'OC des risques majeurs identifiés par le RSI ; l'organisation et le fonctionnement au sein des processus en analysant le dispositif de contrôle interne de l'OC ; l'amélioration du contrôle interne suite à la mise en œuvre du plan d'action intégrant les recommandations de l'audit précédent.

La lettre réseau n°2012-156 en date du 17 décembre 2012 a mis en place par ailleurs un dispositif d'assurance, sous forme d'attestations de conformité, établi par les CAC des OC, à l'attention des CAC du RSI, dans le cadre de la certification des comptes du régime. Ces attestations ont évolué en 2014, pour devenir des rapports d'audit des CAC des OC délivrant une opinion d'audit aux CAC du RSI, et ce pour cinq OC (RAM, Harmonie Mutuelle, Adrea, Mutuelle Bleue, URMPI)⁷⁹.

L'objectif du RSI était de contrôler au moins une fois toutes les délégations régionales sur la durée de la CNOM. Une cartographie des OC et des délégations régionales audités est jointe chaque année à la lettre réseau de lancement de campagne d'audit annuelle. En 2012-2013 a été donnée priorité à l'audit de la gestion des prestations en nature. Ont donc été audités les processus C, H, I et G, pour ce qui concerne cet aspect là de l'activité. En 2013 a été ajouté le processus B, sur le recouvrement des cotisations des PL, et l'intégralité du processus G (relation client dans son ensemble). En 2014 y ont été ajoutés les processus D et E dans leur ensemble, ainsi que tous les risques du processus I (comptabilité) et du contrôle interne informatique. Trois risques du processus A (gestion des assurés) seront intégrés à la campagne 2015. Manque donc le processus F (CMUc).

A cette liste de risques majeurs et la méthodologie d'audit qui l'accompagne, se sont mis en place, de façon informelle, sur le modèle de ce qui est fait en CPAM⁸⁰, des contrôles dits "résiduels", pour lesquels il est demandé aux OC de contrôler *a posteriori* un échantillon de feuilles de soins papier (FSP) déjà liquidées. Selon la taille de l'OC, entre 1000 et 2000 dossiers considérés comme un échantillon représentatif sont ainsi "reliquidés" au cours de l'année. De ces contrôles remontent deux indicateurs : un taux de fréquence en anomalie avec incidence financière et un taux d'incidence financière.

- Concernant le second point et les actions de maîtrise des risques au sein des caisses régionales, le RSI a complètement revu en 2013, notamment sur les aspects recouvrement, son référentiel de contrôle interne (RCI). Le RCI identifie dix processus⁸¹ et au sein de ceux-ci des risques (248 en 2014), avec des actions de maîtrise des risques associées (32 en 2014,

⁷⁷ Processus A : Gestion des assurés ; Processus B : Recouvrement des cotisations des professions libérales ; Processus C : Règlement des prestations en nature ; Processus D : Règlement des prestations en espèces ; Processus E : Gestion des indus ; Processus F : Gestion de la CMU complémentaire ; Processus G : Relations clients ; Processus H : Gestion de l'archivage ; Processus I : Trésorerie et comptabilité ; Contrôle interne informatique.

⁷⁸ La version 2014 décrit les différents niveaux d'évaluation : évaluation au niveau des risques ; évaluation au niveau des processus ; évaluation du rapport de contrôle interne ; évaluation globale ; échelle d'appréciation du taux d'assurance raisonnable.

⁷⁹ Lettre réseau n° 2014-101 du 25 juillet 2014.

⁸⁰ En CPAM, ce sont 900 dossiers qui sont ainsi reliquidés quatre fois par an, et toutes feuilles de soins confondues.

⁸¹ Processus A : Affilier, modifier, radier ; Processus C : Acquérir des droits ; Processus D : Liquider des prestations ; Processus E : attribuer des aides ; Processus F : Recouvrer ; Processus H : Maîtriser les actions confiées aux OC ; Processus I : Comptabiliser ; Processus J : Mettre en œuvre les fonctions support ; Processus L : processus local ; Processus N : Mettre en œuvre les fonctions support du système d'information.

dont 16 font l'objet d'un suivi trimestriel), à remonter à la caisse nationale. Ce référentiel comporte notamment une partie sur les risques encourus par les caisses régionales dans leurs rapports avec les OC et la maîtrise de ceux-ci. C'est le "processus H" intitulé "Maîtriser les missions confiées aux OC", qui comprend une seule rubrique H1 intitulée "Contrôler la liquidation des OC". Y sont associés sept risques⁸², tous liés à l'application du RSI dédiée au contrôle des OC : le dispositif TITAM ("Traitement des informations transmises à l'Assurance maladie"). Trois actions de maîtrise des risques sont remontées trimestriellement⁸³ à la caisse nationale.

Tableau 2 : L'application TITAM

L'application TITAM :

L'application TITAM ("Traitement des informations transmises à l'Assurance maladie") a été mise en place avant la création du RSI, par la CANAM, en 2004. Elle vise à collecter et contrôler quotidiennement les prestations liquidées par les OC, et à les intégrer au système d'information du RSI. C'est un élément important du contrôle de l'exactitude et de l'exhaustivité des prestations comptabilisées.

Les trois centres informatiques des organismes conventionnés (CIOC) envoient quotidiennement un fichier LIQF1 qui comprend le détail, ligne par ligne, des prestations liquidées par les OC qui lui sont rattachés, ainsi que le récapitulatif synthétique de ces prestations (montant total) dans le fichier HJTF1 (Historique des journées de traitement). Ces données sont intégrées dans TITAM et sont soumises à une série de contrôles automatiques, visant à vérifier la qualité technique des données, leur cohérence métier et leur conformité au regard des différents référentiels (bases de données des médicaments, actes de biologie médicale, actes CCAM, dispositifs médicaux, référentiel des professionnels de santé...). On distingue les contrôles techniques (contrôle de l'existence, du format et de la validité des informations transmises), les contrôles horizontaux ligne à ligne (cohérence des données, notamment financières : base de remboursement, taux de prise en charge, exactitude des montants à payer, de la dépense réelle..., mais aussi identité du bénéficiaire, du prescripteur, dates d'ouverture des droits...), les contrôles verticaux (cohérence des lignes d'une même facture) et des contrôles de vacation (comparaison des fichiers de détail des prestations et du fichier de synthèse de la journée de prestations).

A l'issue de ces contrôles, les lignes acceptées sont comptabilisées, et les lignes rejetées sont transmises aux CIOC pour être analysées et si nécessaire "recyclées", afin de répondre au signalement. Elles peuvent aussi être "forcées", après avis de la caisse régionale, si les acteurs estiment le signalement erroné. Certains rejets sont "non forçables", l'anomalie étant classée "bloquante". L'OC a trois semaines pour recycler le rejet. Le détail des rejets est mis à disposition des caisses régionales. Certaines lignes sont acceptées mais "avec signalement", les caisses régionales et les OC en sont alors informés.

En 2014, 276 millions de lignes ont été traitées par l'application : 98 % ont été acceptées sans signalement, 1,45 % avec signalement et 0,16 % ont été rejetées. Les rejets représentent 27 M€ et un taux d'incidence financière de 0,56 %. 71 % de ces lignes rejetées ont été "recyclées" par les OC, et 0,48 % ont été "forcées".

⁸² Non détection d'un taux de rejet atypique ; Non détection d'une absence ou retard de recyclage par l'OC ; Erreur de diagnostic de la caisse suite à une demande d'aide de résolution d'un rejet par l'OC ; Erreur de diagnostic de la caisse sur la demande de forçage ; Création à tort ou erronée d'un professionnel de santé ou d'un établissement ; Non détection d'in forçage sans autorisation ; Non détection d'un remboursement d'une prestation pour un bénéficiaire non affilié au RSI.

⁸³ Contrôle du paiement par les OC des lignes signalées en anomalie car bénéficiaire non affilié au RSI ; Contrôle des autorisations de forçage données à l'OC ; Contrôle de l'utilisation justifiée du code forçage.

1.2 Des missions imbriquées entre le RSI et les OC

[584] La délégation de gestion à des organismes conventionnés est très large.

La notion de "service" des prestations, non défini réglementairement, recouvre :

- la liquidation des prestations en nature et en espèces ;
- une partie de la gestion du fichier des personnes protégées : mise à jour et suivi administratifs du fichier, inscription des ayant-droits, demande de cartes vitale ou de carte européenne d'assurance maladie.

1.2.1 Une liquidation des prestations, avec des processus partagés

[585] Les OC ont pour première mission de liquider des prestations en nature et des prestations en espèces.

Tableau 3 : Les prestations liquidées par les OC

Les prestations versées par les organismes conventionnés

1. Les prestations en nature

Les taux de remboursement sont les mêmes que dans le régime des salariés (depuis le 1er janvier 2001 en vertu de l'article 35 de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, qui aligne le ticket modérateur des dépenses de "soins courants", les autres étant déjà identiques, notamment en matière d'hospitalisation). L'assuré a systématiquement droit, pour lui-même et les membres de sa famille aux prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité. La reconnaissance et la prise en charge des affections de longue durée (ALD) est équivalente. Les règles en matière de participation forfaitaire de 1€ et de franchise sont les mêmes.

2. Les prestations en espèces

La règle générale, énoncée par l'article L613-8 du CSS, est qu'en matière de prestations en espèces, le droit aux prestations est conditionné au fait d'être à jour de ses cotisations, dans des conditions fixées par décret, et qui diffèrent selon le domaine visé (maladie ou maternité).

Maternité et paternité :

Les prestations maternité sont versées aux artisans, commerçants et professions libérales.

L'assuré a droit et ouvre droit à ces prestations pendant une année civile s'il justifie avoir acquitté, au 1er octobre de l'année précédente ou avant le 31 décembre de la même année, la totalité des cotisations exigibles au titre de l'assurance maternité (article D613-13-1 du CSS).

En matière de maternité, les femmes bénéficient de:

- une indemnité forfaitaire journalière d'interruption d'activité. L'activité doit être interrompue au moins 44 jours consécutifs et 14 jours doivent précéder la date de l'accouchement. L'arrêt peut être prolongé de une ou deux fois 15 jours consécutifs. Le montant de l'indemnité est de 2 292,40€ pour les 44 premiers jours, puis de 781,50 € par période de 15 jours supplémentaires.

- une allocation forfaitaire de repos maternel: 3 180 € versés en deux fois, la moitié à la fin du 7ème mois de grossesse, l'autre moitié après l'accouchement.

Les conjointes collaboratrices (CC), dont le statut a été créé par la loi n°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, ont droit à l'allocation de repos maternel et à une indemnité de remplacement, si elles se font effectivement remplacer (entre 7 et 28 jours, dans la limite de 52,05 € par jour).

En matière de paternité, le père touche une indemnité journalière forfaitaire de 52,10 € par jour, avec onze jours consécutifs d'arrêt pour une naissance unique, à prendre dans les quatre mois suivant la naissance. S'il est conjoint collaborateur il touche une indemnité de remplacement (52,05 € par jour).

Maladie :

Les prestations en espèce maladie ont une nature particulière au RSI.

L'article L613-9 du CSS mentionne qu'en plus de "prestations de base" assurance maladie-maternité communes à l'ensemble des groupes professionnels rattachés au RSI (prestations en nature et prestations maternité et paternité), peuvent être mises en place des prestations "supplémentaires" propres à un ou plusieurs groupes. L'article L613-20 du CSS précise que les prestations supplémentaires sont instituées, modifiées ou supprimées par décret pris sur proposition faite, à la majorité des membres élus d'une ou plusieurs sections professionnelles du conseil d'administration de la Caisse nationale, ce qui leur donne un caractère professionnel très particulier.

La charge des prestations supplémentaires est couverte par des cotisations supplémentaires, dans des conditions déterminées par décret. L'article L612-13 du CSS précise que le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses de base comportant des affiliés du groupe de professions considéré. Si l'équilibre financier entre cotisations supplémentaires et prestations supplémentaires versées par les caisses de base est rompu, la caisse nationale est tenue de proposer, après avis de la section professionnelle intéressée de son conseil d'administration, soit une augmentation des cotisations, soit une diminution des prestations ; en cas de carence de sa part, il y est pourvu d'office par décret.

S'est ainsi que s'est mis en place en 1995 un régime d'IJ maladie pour les artisans, étendu en 2000 aux commerçants, et dont ne bénéficient pas les professions libérales. Le taux de cotisation est aujourd'hui de 0,7 % dans la limite de cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS). Le bénéfice des IJ maladie a été étendu aux conjoints collaborateurs à compter du 1er janvier 2014 (Décret n° 2014-20 du 9 janvier 2014).

Les conditions à remplir pour les artisans commerçants ou leurs conjoints collaborateurs pour bénéficier des IJ maladie sont (article D613-16 du CSS) :

- être artisan ou commerçant (ou être CC d'un artisan ou d'un commerçant en activité) ;
- être en activité ;
- être affilié depuis un an au RSI au titre de l'assurance maladie et relever du RSI au titre de l'assurance vieillesse des artisans ou des industriels et commerçants (ou être affilié depuis un an au régime des indemnités du RSI pour les CC) ;
- être à jour à la date du premier constat médical de l'incapacité de travail (et non plus également à chaque renouvellement, en vertu du décret n°2014-775 du 4 juillet 2014) de l'ensemble des cotisations d'assurance maladie (cotisations de base et cotisations supplémentaires pour les indemnités journalières et des majorations de retard éventuellement dues) ou des cotisations IJ pour les CC ;

- présenter une prescription d'arrêt de travail à temps complet.

Le délai de carence est de trois jours en cas d'hospitalisation et de sept jours en cas d'accident ou de maladie. Le montant de l'indemnité journalière est égal à 1/730 du revenu d'activité annuel moyen des trois années civiles précédant la date de la constatation médicale de l'incapacité de travail. Elle est plafonnée à 52,11 € par jour. La durée de versement est de 360 jours sur trois ans ou de trois ans en cas d'ALD.

En vertu du décret n° 2015-101 du 2 février 2015 relatif au calcul des prestations en espèces versées aux assurés au régime social des indépendants, les prestations en espèces sont versées sous condition de revenus (à partir du 1er mai seulement pour les prestations maternité cependant). Lorsque les revenus sont inférieurs à 10 % du PASS moyen des trois dernières années, les montants sont modifiés (indemnité maladie nulle et indemnité maternité ou paternité égale à 50 % du montant dû jusqu'au 31 décembre 2015, puis à 10 % du montant dû à compter du 1er janvier 2016).

[586] Sur les prestations en nature, les compétences sont bien délimitées. Les OC assurent la liquidation de celles-ci et le RSI a la responsabilité de la politique de gestion du risque et de lutte contre la fraude. L'article 19 de la convention type OC / caisse nationale (*cf supra*) précise ainsi que "l'OC concourt à la gestion du risque maladie du RSI en participant à des actions de régulation des dépenses et de lutte contre la fraude à l'assurance maladie dans des conditions prévues par la CNOM". L'OC est "tenu de fournir, à la demande de la ou les caisses de base, tous documents, renseignements et informations relatifs aux bénéficiaires du régime, aux prestations qu'il a versées, aux praticiens et établissements de soins".

[587] Dans ces domaines, les acteurs ont cependant l'obligation de travailler ensemble. Ainsi en va-t-il, pour la gestion du risque, du programme "Liq Med", propre au RSI et mis en place en 2008, et destiné à contrôler automatiquement le respect du périmètre de l'exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD. Le dispositif vise ainsi à bloquer les paiements pris en charge à tort à 100 % dans le cadre d'une ALD 30⁸⁴. Ce système est implanté sur les logiciels des OC. Il entraîne un blocage *a priori* du remboursement à l'assuré ou une récupération *a posteriori* de l'indu, si le patient était en tiers payant⁸⁵ ou si le remboursement à l'assuré a déjà été effectué.

[588] La lettre réseau n°2015 / 051 en date du 17/04/2015 sur le plan national de gestion des risques en santé 2015 précise que les OC sont également associés en matière de contrôle des doubles facturations et des forfaits de location LPP (liste des produits et prestations). Ce sont les caisses de base qui font des requêtes à partir de la base de données OCAPI (Observatoire des caisses d'assurance maladie des professions indépendantes)⁸⁶, afin de sélectionner les factures ou les prestations en cause, et qui se tournent ensuite vers les OC pour les analyser⁸⁷. Ceux-ci renvoient ensuite des tableaux excel avec les informations demandées.

⁸⁴ Il s'agit de la liste, établie par décret, des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. La liste et les critères médicaux utilisés pour l'admission et le renouvellement de ces ALD ont été actualisés par le décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 qui précise également la durée d'exonération pour chacune de ces pathologies et par le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 qui retire l'hypertension artérielle de la liste.

⁸⁵ Il a permis 4 millions d'euros de récupération d'indus en 2014, soit 10% de plus qu'en 2013.

⁸⁶ Entrepôt de données décisionnel, accessible par l'outil SAS (Solution d'analytique avancée), qui regroupe des données santé individuelles issus des applications du RSI. Il sert à faire des statistiques et à cibler des listes pour des actions de contrôle.

⁸⁷ Pour les doubles facturations, les caisses de base transmettent la liste des anomalies potentielles aux OC qui doivent vérifier pour tous les dossiers la concordance des informations de doubles facturations ou de doubles paiements à l'aide des bordereaux de facturations des établissements. Pour les forfaits de location LPP en revanche, les caisses de base ne solliciteront les OC que si c'est nécessaire, pour vérifier les dates de début et de fin de location. Les OC disposant des pièces justificatives peuvent en effet vérifier les dates.

- [589] En matière de lutte contre la fraude, la lettre réseau n°2015-059 en date du 23 avril 2015 détermine huit actions santé⁸⁸. Les OC ne sont pas cités dans la lettre réseau, mais c'est en lien avec eux que se font les contrôles de la caisse de base, via des remontées excel également, à partir des demandes de celle-ci, et la récupération des indus s'en suivant. La prévention, comme l'action sanitaire et sociale, est en revanche très clairement du domaine de la caisse nationale et des caisses de base. Les OC n'y sont associés qu'en matière de liquidation, lorsqu'il y a des consultations de prévention à prendre en charge à 100 % et sans avance de frais (avec un bon de prise en charge).
- [590] Sur les prestations en espèces maladie, les compétences sont plus partagées. Les volets 1 et 2 de l'avis d'arrêt de travail doivent arriver au service médical⁸⁹, le volet 1 médical ayant vocation à y être examiné, et le volet 2 à être transmis à l'OC en tant que service administratif par la caisse de base, le volet 3 destiné à "l'employeur" devant être conservé par le travailleur indépendant. L'OC réceptionne le volet 2 et le saisit dans "l'Applicatif IJ".
- [591] Il arrive que les arrêts de travail soient en réalité adressés à l'OC. Celui-ci renvoie alors le volet 1 au service médical de la caisse de base. Ces échanges papiers sont en revanche limités lorsque le professionnel de santé les envoie grâce à la procédure dématérialisée, car chaque acteur va alors récupérer le volet qui l'intéresse sur un serveur. Mais elle est encore très marginale.
- [592] C'est à l'OC que revient de devoir contrôler l'ouverture des droits à IJ, et notamment, le fait d'être à jour des cotisations⁹⁰, même si cela n'apparaît pas dans la répartition des tâches précisée dans le CSS. Depuis 2013, ils ont accès à une version "allégée" du portail ISU, dite "CPP-OC"⁹¹, qui leur permet de confronter les informations qui en sont issues avec un tableau excel envoyé par la caisse nationale qui indique quels sont les assurés débiteurs en matière de cotisations. Cette vérification est chronophage : l'accès au portail ne permet pas toujours à l'OC d'avoir les bonnes informations, notamment lorsque se mettent en place des échéanciers de paiement ou lorsqu'il ya des admissions en non valeur, et il est parfois obligé de recourir à la caisse de base, comme ce fut le cas juste après la création du régime, avec les problèmes posés par l'ISU, ce qui entraîne des allers-retours. Lorsque l'assuré n'est pas à jour de ses cotisations, l'OC peut saisir le service de l'action sanitaire et sociale (ASS) de la caisse de base pour le faire bénéficier d'une "aide aux cotisants en difficulté", destinée à lui permettre d'ouvrir ses droits aux IJ.
- [593] L'évolution de la réglementation ne facilite pas non plus la tâche des OC. Tout d'abord, elle demande une assimilation des nouvelles règles de leur part, et donc des échanges avec les caisses de base. Certaines sont plus "proactives" que d'autres dans l'explication de la réglementation auprès des OC. Ensuite, les évolutions de la réglementation elle-même peuvent compliquer le processus de liquidation. Ainsi, le décret du 2 février 2015 précité qui met les IJ sous conditions de revenus oblige les OC, dans l'attente de la refonte de l'applicatif IJ⁹² qui devra les prendre en compte, à recevoir de la part de la caisse nationale les listes d'assurés, notamment auto-entrepreneurs, dont les revenus sont inférieurs à 10 % du PASS, et qui de ce fait n'ont pas droit à une IJ maladie. La réduction du contrôle administratif de l'ouverture des droits aux seuls arrêts initiaux à partir du 1er juillet 2014⁹³ a en revanche apporté plus de souplesse.

⁸⁸ Détection de délivrance fictive de médicaments, d'actes infirmiers fictifs, de facturations non conformes à la LPP pour les audioprothèses, d'attribution de CMUc à tort, contrôle des dispositifs médicaux relevant de la LPP, contrôle des assurés en arrêt de travail exerçant une activité professionnelle, détection des assurés en arrêt de travail et déclarant des revenus d'activité sur la même période, et contrôle administratif des IJ sur un local professionnel.

⁸⁹ Article D613-23 du CSS : "L'assuré doit adresser au service médical de la caisse de base du RSI un avis d'arrêt de travail".

⁹⁰ Sont également vérifiées l'appartenance au régime depuis un an, et les conditions de prise en charge (ALD, respect du plafond de durée de versement des IJ...).

⁹¹ "Continuité de Paiement des Prestations Organismes conventionnés".

⁹² Une première version du nouvel applicatif DALI (Demande Avis et Liquidation des Indemnités journalières) devrait être mis en place en fin d'année 2015, mais c'est une version ultérieure qui intégrera les paramètres de revenus pour pouvoir appliquer la nouvelle réglementation.

⁹³ Décret n° 2014-775 du 4 juillet 2014 relatif aux indemnités journalières maladie et aux régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès du régime social des indépendants.

[594] Une fois les conditions d'ouverture de droits vérifiées et l'arrêt saisi dans l'applicatif, et à partir de l'analyse du volet 1, examiné de façon systématique en amont par les médecins conseils du RSI (alors qu'au régime général, les contrôles se font une fois l'IJ liquidée)⁹⁴, l'accord du médecin conseil est saisi dans "l'Applicatif IJ". L'applicatif calcule en parallèle le montant de l'IJ. Ces deux éléments (avis médical et montant de l'IJ) sont transmis aux OC via l'applicatif. Ce sont donc bien les caisses de base qui notifient à l'OC les dates de début et de fin d'indemnisation, ainsi que le montant de l'IJ. L'OC n'a qu'à multiplier ce montant par le nombre de jours, puis à liquider l'IJ⁹⁵. Des contrôles *a posteriori* sont effectués, médicaux ou administratifs⁹⁶, par les services des caisses de base.

On est donc sur un processus très imbriqué qui fait intervenir les deux types d'acteurs, à des moments différents de la chaîne, et nécessite des allers-retours fréquents.

[595] En matière de recouvrement des indus, les compétences sont également très imbriquées. Selon le motif de l'indu, les modalités de sa récupération varient, l'indu devant être récupéré soit par l'OC, soit par la caisse de base, selon des procédures qui peuvent être différentes. L'OC est chargé de la récupération des indus auprès des assurés⁹⁷, et des indus auprès des professionnels de santé relevant des articles généraux du code civil sur la répétition de l'indu⁹⁸ (double paiement d'un acte, erreur de montant, erreur de destinataire de règlement), alors que les indus auprès des professionnels et établissements de santé qui n'ont pas respecté les règles de facturation ou de tarification sont du ressort de la caisse de base⁹⁹. Dans tous les cas, l'OC ou la caisse de base peuvent mettre en demeure, mais le pouvoir de délivrer une contrainte n'appartient qu'à la caisse de base, en vertu de l'article L161-1-5 du CSS, qui le confie au "directeur d'un organisme de sécurité sociale". L'OC peut juste saisir le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS), deux mois après la notification de la mise en demeure si celle-ci n'a pas été suivie d'effet.

1.2.2 Le maintien du recouvrement des cotisations des professions libérales

[596] En matière de recouvrement, en vertu de l'article D612-16 du CSS, c'est la caisse de base qui notifie le montant de la cotisation à recouvrer à l'OC.

Celui-ci est en revanche chargé du recouvrement simple, amiable, puis forcé (mise en demeure et contrainte notamment¹⁰⁰). Les majorations de retard sont liquidées par la caisse de base et recouvrées par l'OC¹⁰¹. Et c'est la caisse de base qui informe l'OC en cas de saisine de la commission de recours amiable (CRA), puis de la décision de celle-ci¹⁰².

1.2.3 La gestion partagée du fichier et des cartes vitale

[597] Après inscription au Centre de Formalités des Entreprises (CFE), le RSI procède automatiquement à l'affiliation, via le système d'information Gestion Administrative Commune

⁹⁴ Cette pratique, chronophage pour les services médicaux du RSI, et non conforme aux textes qui prévoient des contrôles "à tout moment" (article D613-24 du CSS) et pas systématiques en amont, vient de l'application informatique, mise en place en même temps que les IJ maladie en 1995, dite "Applicatif IJ", qui impose une validation médicale de l'arrêt de travail pour le versement des IJ. Dans les faits, les "contrôles de base" sont effectués par des secrétaires médicales (arrêts courts et non répétitifs). Le médecin conseil intervient sur les cas plus complexe.

⁹⁵ Article D613-27 du CSS.

⁹⁶ Horaires de présence au domicile notamment.

⁹⁷ Article L133-4-1 du CSS.

⁹⁸ Articles 1235 et 1376 du code civil.

⁹⁹ Article L133-4 du CSS.

¹⁰⁰ Articles R612-9 et R612-11 du CSS.

¹⁰¹ Article D612-20 du CSS.

¹⁰² Article R612-10 du CSS.

(GAC), et affecte le travailleur indépendant à la caisse locale du RSI compétente en fonction de l'adresse de son domicile¹⁰³. Cette inscription est effective à compter du début de l'activité professionnelle¹⁰⁴.

- [598] Cette affiliation se fait auprès du Centre national d'immatriculation commune (CNIC) à Auray et comprend une partie affiliation santé, via le système de Traitement Automatisé des Informations de Gestion des Assurés (TAIGA) créé en 2004¹⁰⁵, qui comprend la base des assurés et des ayants-droits du RSI en matière d'assurance maladie, ainsi que les déclarations de revenus des travailleurs indépendants, et enfin les cotisations des PL. C'est à l'occasion de cette inscription que l'indépendant choisit l'organisme conventionné par le RSI opérant dans la région où il habite et qui sera son interlocuteur dans la gestion des prestations d'assurance maladie. Lorsque ce choix n'est pas fait, se met en place une procédure "d'affectation d'office"¹⁰⁶. En vertu de l'article R 613-17 du code de la sécurité sociale (CSS), les affiliations sont alors réparties entre les OC, compte tenu du nombre d'adhésions recueillies par chacun. En cas de fusion d'organismes ou d'adhésion à un groupement, les assurés sont réaffiliés automatiquement à la nouvelle structure¹⁰⁷.
- [599] A l'occasion de l'affiliation de l'assuré, le RSI déclenche également une procédure de rattachement au Répertoire National inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM). C'est le Système automatisé de gestion des droits de santé (SAGESS), qui se nourrit de TAIGA et génère l'échange avec le RNIAM. SAGESS est un outil de rattachement et de certification du Numéro d'inscription au répertoire (NIR). Lorsque ce rattachement automatisé échoue, alors l'intervention de la caisse régionale est requise.
- [600] Les OC reçoivent les informations en matière d'affiliation et de choix de l'OC via des flux qui sont émis depuis TAIGA vers leurs systèmes d'information, grâce au système SAGA (Système automatisé de gestion des assurés), créé antérieurement à TAIGA, et maintenu uniquement après la création de celui-ci pour continuer de générer des flux d'échange informatiques avec les OC (SAGA-R, pour SAGA "reconstitué"). Lorsque le flux part vers l'OC on parle d'un "SPOC", et lorsqu'il va de l'OC vers la caisse régionale, on parle d'un "MAJOC". Il existe donc deux bases différentes en matière d'assurance maladie, celle du RSI, dans TAIGA, et celle des OC, dans leurs propres systèmes, puisqu'ils n'ont pas d'accès direct à TAIGA. Ces bases sont censées correspondre, grâce aux flux d'échanges informatiques. Les OC gèrent ces flux, mais n'ont pas de visibilité sur la base du RSI.
- [601] Ce sont par ailleurs les OC qui, indépendamment de toute disposition réglementaire, procèdent à l'inscription des ayants-droits de l'assuré dans leurs bases (sauf si celle-ci a été faite dès la liasse CFE, ce qui est rare), et qui envoient ensuite un MAJOC vers TAIGA pour mettre à jour la base du RSI, et déclencher pour les ayants-droits la procédure de rattachement au RNIAM via SAGESS. Lorsque l'ayant-droit est un conjoint collaborateur, c'est plutôt la caisse régionale qui l'inscrit, en raison du droit aux prestations en espèces.

¹⁰³ Article R613-11 du code de la sécurité sociale.

¹⁰⁴ Article R613-10 du CSS.

¹⁰⁵ La COG 2012-2015 prévoyait dans une annexe "Moderniser les systèmes d'information" de remplacer TAIGA par GAYA (Gestion des assurés et des ayants-droits) qui devait gérer tout le processus d'affiliation, et supprimer les flux SAGA. GAYA a finalement été remplacé par le lot 1 de GAC, qui traite de l'affiliation et de la gestion de flux CFE.

¹⁰⁶ La règle d'affectation d'office a fluctué ces dernières années. Elle a été stabilisée récemment par le RSI lors des "journées de l'affiliation" en juin 2015 :

- pour les professions libérales: affectation à la Réunion des assureurs maladie (RAM) des notaires et agents d'assurance, puisque cet organisme gère leur contrat complémentaire santé ; Lorsqu'il s'agit d'une reprise d'activité, affectation à l'ancien OC ; lorsqu'il s'agit d'une inscription ou d'un auto-entrepreneur, utilisation de la table de répartition (Les valeurs de référence sont établies en fonction du flux des affiliations des assurés actifs sur une période de 18 mois, par caisse et par OC) ;

- pour les artisans/commerçants: affectation selon la table de répartition.

¹⁰⁷ Article R613-23 du CSS.

- [602] Ce sont également les OC qui gèrent les demandes de carte vitale (enregistrement des demandes et envoi du formulaire). La lettre réseau 2015 / 002 en date du 9 janvier 2015 décrit les différentes étapes. C'est l'OC qui envoie à l'assuré le support de collecte photo personnalisé, fait le lien avec le Numériseur¹⁰⁸ et qui effectue la demande de production de la carte auprès de "l'atelier de personnalisation", une fois que la photo numérisée est disponible. La carte vitale ne pourra cependant être éditée que si le rattachement au RNIAM a été réalisé correctement par le RSI. Et c'est en revanche le RSI qui a la maîtrise du parc de cartes vitale dont il assure le suivi grâce à l'outil Suivi automatisé du parc de carte vitale (SAPCV). Cet outil est alimenté par les OC. A chaque étape du processus d'édition des cartes vitale, les compétences des uns et des autres sont imbriquées.
- [603] Enfin, lorsque intervient un changement de résidence ou une modification dans l'activité professionnelle, l'assuré en informe son OC, à charge pour celui-ci d'en informer la caisse de base dans un délai de huit jours. Celle-ci tire les conséquences des changements signalés, et éventuellement radie l'assuré¹⁰⁹. Plus globalement, l'OC étant l'interlocuteur de proximité de l'assuré, il est chargé de la gestion "administrative" du fichier. Les changements enregistrés doivent alimenter TAIGA via les flux MAJOC évoqués *supra*.

1.3 La coexistence de deux réseaux, avec des écarts de parts de marché importants

- [604] Les OC appartiennent soit à la famille des sociétés d'assurance, soit à celle des organismes mutualistes.
- [605] Côté assureurs, depuis 2005¹¹⁰, un seul organisme a reçu délégation de gestion : la Réunion des assureurs maladie (RAM). C'est un "groupement de sociétés d'assurances", ayant la forme juridique d'une association loi de 1901 (26 sociétés d'assurance en sont membres). C'est l'association loi de 1901 Apria RSA (Réunion des sociétés d'assurance), qui est un groupement de moyens (personnels, locaux, informatiques, finances, direction, qualité / contrôle interne), créé par des assureurs (77 membres fin 2014), qui assure la gestion du régime obligatoire à travers la RAM.

Elle gère également des outils informatiques professionnels conçus par les assureurs¹¹¹ et des assurances maladie complémentaire que les assureurs lui confient¹¹². La RAM et la gestion du régime obligatoire représente 85 % des ressources d'Apria. En 2014, Apria RSA comporte 1608 ETP, dont 1 400 environ¹¹³ sont affectés à la gestion du régime obligatoire du RSI. C'est la ROCA (Réunion des organismes conventionnés assureurs), également association loi de 1901, qui est l'organe représentant les OC assureurs auprès du RSI prévu par le code de la sécurité sociale. C'est avec elle qu'est signée la CNOM et c'est elle qui reçoit puis attribue les remises de gestion pour le réseau assureur.

¹⁰⁸ Le centre de numérisation des photographies traite les dossiers des porteurs de carte. Il scanne le support photo et met la photo scannée à disposition du GIE Sesam Vitale.

¹⁰⁹ Articles R 613-26 et R613-27 du CSS.

¹¹⁰ Avant 2005, étaient aussi délégataires les AGF (Assurances générales de France) et les MMA (Mutuelles du Mans Assurances).

¹¹¹ Assurnet, Déclarassur / DSN...

¹¹² 420 000 personnes couvertes, dont les agents d'assurance avec le contrat PRAGA.

¹¹³ Apria comptabilise 1 136 ETP sur 2014 en région hors effectifs du siège et plateforme de Bourges. Si l'on prend 85% de la totalité des effectifs, on arrive à 1 366 ETP.

[606] Côté organismes mutualistes, 19 organismes ont fin 2014 délégation de gestion. C'est l'AROCMUT (Association de représentation des organismes conventionnés mutualistes), association loi de 1901, qui est l'organe national interlocuteur de la caisse nationale, signataire de la CNOM et attributaire des remises de gestion, qu'elle répartit ensuite entre les organismes. Avant la création du RSI, les OC mutualistes étaient au nombre de 168 en 2006¹¹⁴. De 63 organismes en 2008, à 42 en 2010, ils sont désormais 19 en 2014, le passage du seuil de ressortissants de 15 000 à 23 000 en 2008 ayant accéléré les processus de fusion d'organismes¹¹⁵. En tout, ils représentent 1 214 ETP en 2014¹¹⁶.

1.3.1 Une cartographie des OC, qui couvre tout le territoire

[607] Les caisses de base du RSI sont depuis le 1er janvier 2015 et la fusion des deux caisses PL (Paris et Province) au nombre de 29. Chacune de ces 29 caisses a dans son ressort territorial plusieurs OC. Si la RAM est implantée dans chaque région, le nombre et le nom des OC mutualistes varient en fonction de la région, comme le montre le tableau *infra*.

[608] Le nombre total d'OC par région varie ainsi de un (dans les DOM) à huit (en Midi-Pyrénées). En moyenne, les régions comportent entre trois et cinq OC.

¹¹⁴ Source : Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2007.

¹¹⁵ Décret n°2007-1752 du 13 décembre 2007 pris en application de l'ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 instituant un interlocuteur social unique pour les indépendants et relatif aux relations entre le régime social des indépendants et les organismes conventionnés.

¹¹⁶ Source AROCMUT.

Tableau 4 : OC par caisse de base de RSI

Caisse de RSI	Alpes	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Côte d'Azur	Franche-Comté
OC	RAM. Union RMPI. Adrea-MPI. Harmonie Mutuelle. Eovi Mutuelle. 5 OC.	RAM. Mut'Est. Agir-Mutuelles Alsace. Groupe Mutualiste de l'Est. 4 OC.	RAM. UMCAP. Mutuelle ViaSanté. Mutuelle de France Plus. Union MTNS Sud-Ouest. Mutuelle PréviFrance. 6 OC.	RAM. Harmonie Mutuelle. Mutuelle PréviFrance. Adrea-MPI. Mutuelle ViaSanté. UTIM Centre. 6 OC.	RAM. Union RMPI. Adrea-MPI. Harmonie Mutuelle. UTIM Centre. 5 OC.	RAM. Harmonie Mutuelle. Union RMPI. 3 OC.	RAM. UMCAP. Harmonie Mutuelle. UTIM Centre. 4 OC.	RAM. Harmonie Mutuelle. Mutuelle Santé des Indépendants (MSI). 3 OC.	RAM. Harmonie Mutuelle. Mutuelle Santé. Mutuelle du Soleil. 4 OC.	RAM. AGIR-Mutuelles Franche-Comté. Groupe Mutualiste de l'Est. Adrea-MPI. Harmonie Mutuelle. 5 OC.

Caisse de RSI	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Midi-Pyrénées	Basse-Normandie	Haute-Normandie	Nord-pas-de-Calais	Pays de la Loire	Picardie	Poitou-Charentes
OC	RAM. Mutuelles du Soleil. Mutuelle PréviFrance. Harmonie Mutuelle. Mutuelle ViaSanté. Adrea-MPI. UTIM LR-MP. 7 OC.	RAM. Mutuelle de France Plus. Mutuelle ViaSanté. Mutuelle PréviFrance. Harmonie Mutuelle. 5 OC.	RAM. Harmonie Mutuelle. AGIR-Mutuelles Lorraine. Mutuelle Bleue. 4 OC.	RAM. Mutuelle Bleue. Mutuelle ViaSanté. Mutuelle de France Plus. Harmonie Mutuelle. Mutuelle PréviFrance. Union MTNS Sud-Ouest. UTIM LR-MP. 8 OC.	RAM. Adrea-MPI. Harmonie Mutuelle. Union RMPI. 4 OC.	RAM. Harmonie Mutuelle. Adrea-MPI. 3 OC.	RAM. Harmonie Mutuelle. Union RMPI. UMCAP. 4 OC.	RAM. UMCAP. Harmonie Mutuelle. Adrea-MPI. 4 OC.	RAM. UMCAP. Union RMPI. Harmonie Mutuelle. 4 OC.	RAM. Harmonie Mutuelle. Union RMPI. UMCAP. 4 OC.

Caisse de RSI	Provence-Alpes	Rhône	IDF Ouest	IDF Est	IDF Centre	Corse	Antilles-Guyane	La Réunion	PL
OC	RAM. Adrea-MPI. Harmonie Mutuelle. Mutuelles du Soleil. Mutuelle de France Plus. Eovi Mutuelle. 6 OC.	RAM. Mutuelle PréviFrance. Union RMPI. Harmonie Mutuelle. Adrea-MPI. Eovi Mutuelle. 6 OC.	RAM. Mutuelle Bleue. Harmonie Mutuelle. Avenir Santé Mutuelle. 4 OC.	RAM. Mutuelle Bleue. Harmonie Mutuelle. Avenir Santé Mutuelle. 4 OC.	RAM. Mutuelle Bleue. Harmonie Mutuelle. Avenir Santé Mutuelle. UMCAP. PréviFrance. 6 OC.	RAM. MSI. 2 OC.	RAM. 1 OC.	RAM. 1 OC.	RAM. Harmonie Mutuelle. Mutuelles du Soleil. Mut'Est. 4 OC.

Source : RSI

[609] Les OC peuvent être conventionnés sur plusieurs régions différentes, comme le montre le tableau *infra*. Seule la RAM est conventionnée pour tout le territoire. Harmonie Mutuelle est implantée dans 24 régions. A part ces deux organismes importants, le nombre de caisses de base par OC varie de un (pour Mutuelle Santé en Côte d'Azur) à dix pour Adrea. Cinq OC mutualistes sont implantés dans moins de trois régions, et quatre d'entre eux ont des effectifs couverts inférieurs à 40 000. On compte 97 conventionnements régionaux en tout pour les OC mutualistes.

Tableau 5 : Caisses de base du RSI par Organisme conventionné

OC	Caisses RSI
RAM	Toutes.
Harmonie Mutuelle	Toutes sauf Alsace, Aquitaine, Corse et DOM, soit 24 caisses régionales.
Union RMPI	Bretagne. Bourgogne. Basse Normandie. Alpes. Nord-Pas-de-Calais. Picardie. Poitou-Charentes. Rhône. 8 caisses régionales.
Adrea-MPI	Alpes. Auvergne. Bourgogne. Franche-Comté. Languedoc-Roussillon. Basse-Normandie. Haute-Normandie. Pays de la Loire. Provence-Alpes. Rhône. 10 caisses régionales.
Mutuelle Bleue	Lorraine. Midi-Pyrénées. IDF Centre, Ouest et Est. 5 caisses régionales.
Mutuelles du Soleil	Côte d'Azur. Languedoc-Roussillon. Provence-Alpes. PL. 4 caisses régionales.
Prévifrance	Aquitaine. Auvergne. Languedoc-Roussillon. Limousin. Midi-Pyrénées. Rhône. IDF Centre. 7 caisses régionales.
Union MTNS du Sud-Ouest	Aquitaine. Midi-Pyrénées. 2 caisses régionales.
Eovi Mutuelle	Alpes. Rhône. Provence-Alpes. 3 caisses régionales.
UMCAPI	Aquitaine. Centre. Nord-Pas-de-Calais. Pays de la Loire. Picardie. Poitou-Charentes. IDF Centre. 7 caisses régionales.
AGIR- Mutuelles	Alsace. Franche-Comté. Lorraine. 3 caisses régionales.
ViaSanté	Aquitaine. Auvergne. Languedoc-Roussillon. Limousin. Midi-Pyrénées. 5 caisses régionales.
Avenir Santé Mutuelle	IDF Centre, Ouest et Est. 3 caisses régionales.
UTIM Centre	Auvergne. Bourgogne. Centre. 3 caisses régionales.

Mut'Est	Alsace. Professions libérales. 2 caisses régionales.
Groupe mutualiste de l'Est Santé (GME)	Alsace. Franche-Comté. 2 caisses régionales.
Mutuelle de France Plus	Aquitaine. Limousin. Midi-Pyrénées. Provence-Alpes. 4 caisses régionales.
MSI	Champagne-Ardenne. Corse. 2 caisses régionales.
Mutuelle Santé	Côte d'Azur. Une caisse régionale.
UTIM LR-MP	Languedoc-Roussillon. Midi-Pyrénées. 2 caisses régionales.

Source : RSI

[610] Les OC ont une couverture territoriale dense, ce qui en fait un réseau de proximité. Ainsi la RAM affiche-t-elle 91 sites ou antennes (dont 30 centres de gestion)¹¹⁷, dont beaucoup ne sont que des points d'accueil. Les OC mutualistes annoncent quant à eux 585 points d'accueil (dont 88 "siège")¹¹⁸.

1.3.2 Des parts de marché déséquilibrées

[611] Sur la période récente, le RSI a connu une hausse forte et constante de ses effectifs, due notamment à la création du statut d'auto-entrepreneur¹¹⁹. Entre 2007 et 2012, les effectifs couverts ont augmenté de 26,5 %, soit plus de 850 000 personnes protégées supplémentaires, dont plus de 800 000 auto-entrepreneurs. Cette croissance s'est ralentie depuis 2012 (+0,52 % en 2014, contre 1,6 % en 2013 et 2,1 % en 2012), en raison notamment des radiations d'auto-entrepreneurs, à la suite des restrictions apportées à ce statut.

Tableau 6 : Effectifs couverts par les OC

Effectifs CNOM		Effectifs 31/12/07	Effectifs 31/12/08	Effectifs 31/12/09	Effectifs 31/12/10	Effectifs 31/12/11	Effectifs au 31/12/12	Effectifs au 31/12/2013	Effectifs au 31/12/2014
Personnes protégées	OC assureur	1 744 029	1 815 503	1 882 463	2 153 404	2 281 752	2 362 176	2 402 749	2 411 467
	Assurés	1 200 524	1 253 817	1 310 030	1 498 717	1 581 167	1 626 594	1 644 314	1 645 630
	Ayants-droit	543 505		572 433	654 687	700 585	735 582	758 435	765 837
	OC mutualistes	1 519 280	1 561 479	1 572 436	1 722 754	1 759 309	1 764 526	1 789 748	1 802 671
	Assurés	1 086 478	1 114 552	1 132 578	1 229 751	1 255 399	1 254 998	1 272 652	1 283 206

¹¹⁷ Projet de rapport annuel 2014 d'Apria RSA.

¹¹⁸ Source bilan d'accueil 2014 CN RSI pour l'AROCMUT et Bilan d'accueil 2013 du RSI.

¹¹⁹ Le statut d'auto-entrepreneur a été créé par la loi n°2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie et est entré en vigueur le 1er janvier 2009.

	Ayants-droit	432 802	446 927	439 858	493 003	503 910	509 528	517 096	519 465
	TOTAL OC	3 263 309	3 376 982	3 454 899	3 876 158	4 041 061	4 126 702	4 192 497	4 214 138
	Assurés	2 287 002	2 368 369	2 442 608	2 728 468	2 836 566	2 881 592	2 916 966	2 928 836
	Ayants-droit	976 307	1 008 613	1 012 291	1 147 690	1 204 495	1 245 110	1 275 531	1 285 302

Source : RSI

[612] 4,2 millions de personnes étaient donc couvertes en 2014, dont 70 % d'assurés et 30 % d'ayants-droit.

[613] La répartition entre les groupes professionnels est décrite dans le tableau *infra*.

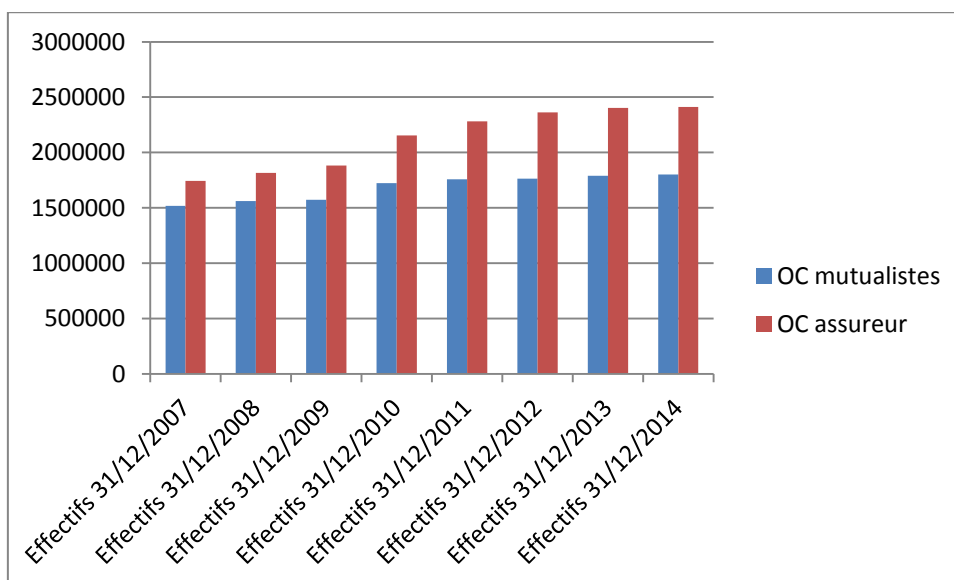
Tableau 7 : Population protégée au 31 décembre 2014 par groupe professionnel

	Artisans	Commerçants	PL	Total
Personnes protégées	1 638 449	1 721 473	839 672	4 214 138

Source : RSI

[614] La RAM couvre une part plus importante des personnes protégées du RSI, comme le montre le tableau 5 et le graphique *infra*.

Graphique 1 : Effectifs gérés par les catégories d'OC depuis 2007



Source : RSI

[615] Comme c'était déjà le cas à la création du RSI, la RAM a une part de marché plus importante que les OC mutualistes, puisqu'elle représente plus de 57 % des personnes couvertes fin 2014. Cette part de marché est en revanche très hétérogène au sein du réseau des organismes mutualistes, puisque 13 OC sur 19 ont moins de 2 % de parts de marché. Cinq OC¹²⁰ détiennent plus de 80 % des parts de marché.

Tableau 8 : Parts de marché des OC au 31 décembre 2014

OC	Personnes protégées au 31.12.2014	Part de marché
RAM	2 411 467	57,22 %
Harmonie Mutuelle	559 587	13,28 %
Union RMPI	208 017	4,94 %
Adrea-MPI	137 981	3,27 %
Mutuelle Bleue	113 157	2,69 %
Mutuelles du Soleil	95 999	2,28 %
Prévifrance	85 463	2,03 %
Union MTNS du Sud-Ouest	83 263	1,98 %
Eovi Mutuelle	79 786	1,89 %
UMCAPI	61 910	1,47 %
AGIR- Mutuelles	57 348	1,36 %
ViaSanté	43 436	1,03 %
Avenir Santé Mutuelle	38 980	0,92 %
UTIM Centre	39 588	0,94 %
Mut'Est	37 844	0,90 %
Groupe mutualiste de l'Est Santé (GME)	37 374	0,89 %
Mutuelle de France Plus	34 332	0,81 %
MSI	30 532	0,72 %
Mutuelle Santé	30 065	0,71 %
UTIM LR-MP	28 009	0,66 %
Total personnes protégées	4 214 138	100 %

Source : RSI

[616] La part de la RAM a très largement progressé par rapport à celle des organismes mutualistes ces dernières années, puisqu'elle a augmenté de près de quatre points depuis 2007.

¹²⁰ RAM, Harmonie Mutuelle, URMPI, Adrea et Mutuelle Bleue.

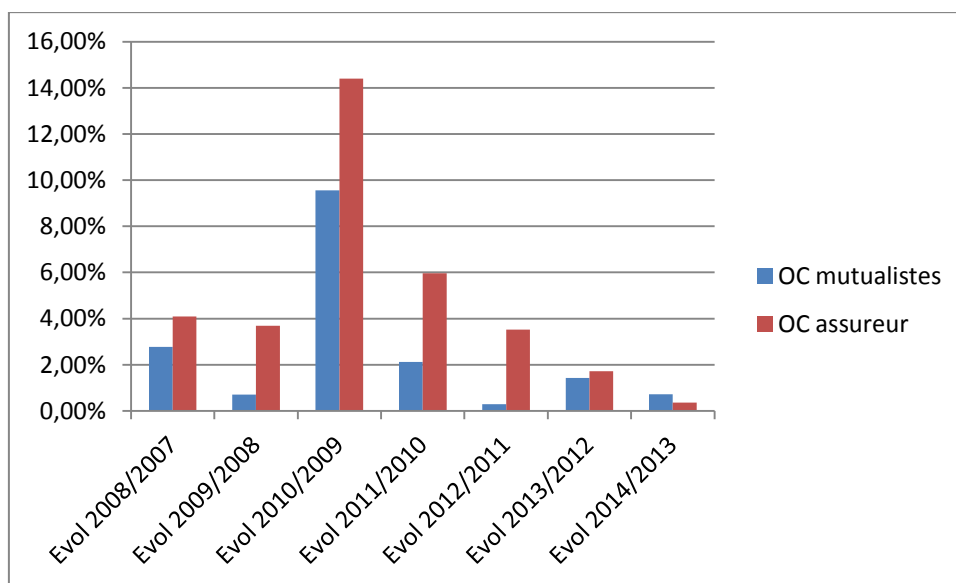
Tableau 9 : Evolution des part de marché des OC depuis 2007

Parts de marché	2007	2010	2013	2014
OC mutualistes	46,56 %	44,44 %	42,69 %	42,78 %
OC assureur	53,44 %	55,56 %	57,31 %	57,22 %

Source : RSI

[617] La croissance des part de marché de la RAM a été plus rapide que celle des OC mutualistes, même si elle s'est ralentie pour la première fois en 2014, avec une très légère diminution.

Graphique 2 : Taux d'évolution des effectifs par catégorie d'OC depuis 2007.



Source : RSI

1.3.3 Des prestations payées équivalentes

[618] Le RSI a liquidé 8,5 Mds€ de prestations légales en 2014, dont 3,7 Mds€ pour les soins de ville, 251 M€ pour les IJ maladie et 4,5 Mds€ pour les établissements de santé.

[619] En 2014, la RAM a liquidé 2,493 Mds€ de prestations, dont 120 M€ d'IJ¹²¹ et les OC mutualistes 2,207 Mds€, dont 119 M€ d'IJ¹²². La RAM a traité plus de 41 millions de feuilles de soins et les OC mutualistes 37 millions. La différence avec les prestations totales versées par le RSI provient du fait que les OC ne payent pas les séjours en établissements de santé anciennement sous dotation globale et en établissements médico-sociaux. Le RSI verse une dotation à la CNAMTS et à la MSA au vu de comptes arrêtés par la commission de répartition. Ils payent en revanche les séjours en clinique privée.

¹²¹ Ce chiffre figure dans une fiche d'APRIA de 2014, mais l'information sur les prestations en espèces dans leur ensemble n'est pas disponible dans le système comptable de la RAM. Le bilan CNOM de la CN RSI indiquait 202 M€ en 2013.

¹²² Sur 181 M€ de prestations en espèces, AROCMUT disposant de l'information (175 M€ en 2013 dans le bilan CNOM).

Tableau 10 : Prestations liquidées par les OC entre 2012 et 2014

	2012	2013	Evol 2012/2013	2014	Evol 2013/2014
OC assureur	2 376 491 166	2 476 669 740	4,22 %	2 493 552 200	0,68 %
OC mutualistes	2 089 522 032	2 152 612 786	3,02 %	2 207 130 010	2,53 %

Source : RSI

[620] On peut noter que le montant de prestations versé par personne protégée est supérieur dans les OC mutualistes : plus de 1 200 € par personne contre à peine 1 000 € par personne pour la RAM. On est ainsi à 15,29 feuilles de soins électroniques (FSE) par personne protégée pour le réseau mutualiste contre 12,89 FSE par personne protégée pour la RAM¹²³.

1.3.4 La concentration du recouvrement des cotisations des PL

[621] En matière de recouvrement des cotisations des PL, la concentration est encore plus marquée, puisque quatre OC se partagent le marché (RAM, Harmonie Mutuelle, Mutuelles du soleil et Mut'Est).

Tableau 11 : Effectifs des cotisants PL depuis 2007 par catégorie d'OC

Effectifs CNOM		Effectifs 31/12/07	Effectifs 31/12/08	Effectifs 31/12/09	Effectifs 31/12/10	Effectifs 31/12/11	Effectifs au 31/12/12	Effectifs au 31/12/2013	Effectifs au 31/12/2014
Cotisants PL (Hors AE)	OC assureur	272 528	291 347	293 270	317 457	326 518	334 498	334 026	332 522
	OC mutualistes	73 379	76 506	77 019	79 935	79 019	77 533	77 045	76 865
	TOTAL	345 907	367 853	370 289	397 392	405 537	412 031	411 071	409 387

Source : RSI

C'est la RAM qui domine largement dans ce secteur, puisque sa part de marché est à 81,22 %. Elle a encaissé en 2014 1,258 Mds€ de cotisations, contre 266 M€ pour les OC mutualistes. Les effectifs de cotisants PL ont baissé de 0,4 % en 2014 et c'est la RAM qui a absorbé 89 % de la baisse.

Tableau 12 : Effectifs de cotisants PL par OC en 2014

OC	Cotisants 2014	Parts de marché
RAM	332522	81,22 %
Harmonie Mutuelle	51840	12,66 %
Mut'Est	19442	4,75 %
Mutuelles du soleil	5583	1,36 %
Total	409387	100 %

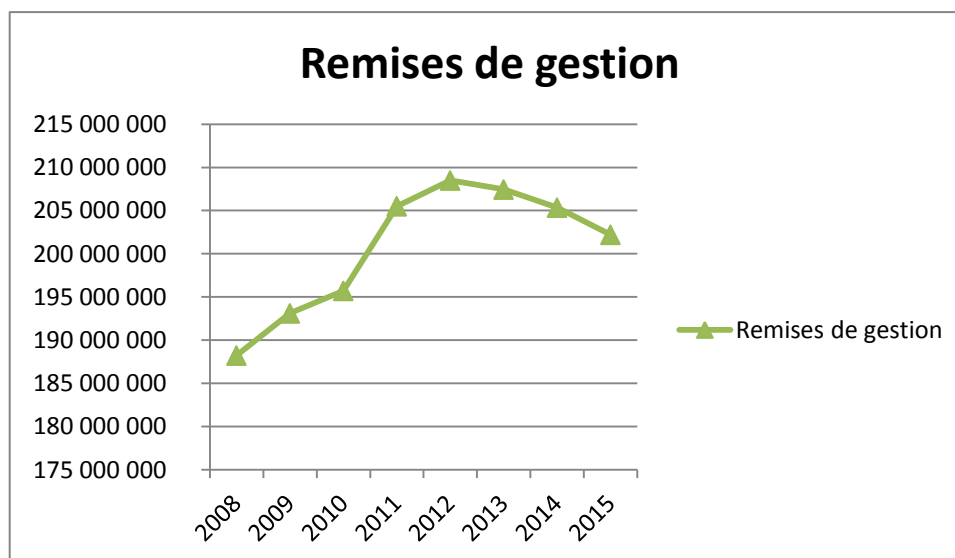
Source : RSI

¹²³ Source: rapports d'activité 2013 ROCA et AROCMUT.

1.3.5 Des remises de gestion, dont la répartition est devenue trop complexe

- [622] En contrepartie des dépenses de gestion administrative que chaque OC engage pour exécuter les activités qui lui ont été déléguées par le RSI (liquidation des prestations et recouvrement des cotisations PL), celui-ci reçoit chaque année des remises de gestion versées par l'organe national qui le représente. Celles-ci comportent une part fixe et une part variable, attribuée en fonction des résultats obtenus. Cette dernière représente 10 % des remises globales pour la CNOM 2012-2015. Les remises de gestion sont versées par acompte par la caisse nationale six fois par an¹²⁴, la régularisation étant faite avant le 31 mars de l'année suivante.
- [623] Avant la COG 2012-2015, les remises de gestion étaient indexées sur l'augmentation des personnes protégées : avant 2008, était appliqué en plus un coefficient selon l'âge des personnes assurées, et sur la durée de la première COG (2008-2011) un coût marginal dégressif de la personne protégée a été pris en compte¹²⁵. Les mêmes dispositions étaient appliquées pour les remises de gestion liées aux cotisants PL.
- [624] Le dispositif change avec la COG 2012-2015 et la CNOM qui l'accompagne : l'enveloppe des remises de gestion devient fermée et est fixée pour les quatre années de la COG, à charge au RSI de le répartir entre les deux organes nationaux représentant les OC. La base de référence 2011 revalorisée de l'inflation (2 %) sert de point de départ au calcul des remises de gestion des années suivantes. Les crédits sont inscrits à l'annexe 2 de la COG qui décrit les règles budgétaires du budget de gestion administrative. Ils tiennent compte d'une inflation de 1,75 % en 2012 et de 1,70 % les années suivantes, et d'une croissance annuelle des effectifs de 3,5 %. Si ces hypothèses sont dépassées, une nouvelle négociation peut s'engager¹²⁶. Une baisse de 3,5 % des remises de gestion est prévue sur la durée de la COG (-0,5 % en 2012 et 2013, -1 % en 2014 et -1,5 % en 2015), soit une économie de 7,3 M€ par rapport à la période précédente. Après une période de hausse de 11 % entre 2008 et 2012, les remises de gestion ont donc entamé une phase de décroissance.

Graphique 3 : Evolution des remises de gestion 2008-2015



Source : RSI

¹²⁴ 20 janvier, 20 mars, 20 mai, 20 juillet, 20 septembre, 20 novembre.

¹²⁵ 45% du coût moyen de gestion de référence en 2008 (celui de 2007), 37% pour 2009 et 33% pour 2010 et 2011.

¹²⁶ Le cas s'est présenté en 2013 avec une inflation de 1,9%. Mais aucun financement complémentaire n'a été accordé.

[625] La part variable a été chaque année accordée dans son intégralité, les indicateurs de performance étant systématiquement atteints (*cf infra*). La CNOM 2012-2015 prévoit aussi une "réserve nationale informatique" d'un montant annuel de 2 M€ environ, destinée à soutenir les investissements informatiques des OC ou à les accompagner face à des dépenses de fonctionnement exceptionnelles. En 2012, 87 000 € ont été ainsi répartis entre les deux réseaux, pour accompagner le chantier GAC (*cf supra* note de bas de page 44). Pour la RAM uniquement, la CNOM prévoit enfin une enveloppe décroissante de 644 000 € en 2012 à 624 000 € en 2015, destinée, comme sur la précédente CNOM, à compenser le maintien des effectifs dans les DOM qui étaient auparavant dédiés au recouvrement des cotisations maladie des commerçants et des artisans et leur mise à disposition auprès des caisses de base de RSI (13 ETP).

[626] La répartition des remises de gestion entre les deux réseaux s'est complexifiée avec la CNOM actuelle.

Tableau 13 : Montant des remises de gestion affecté aux OC par catégorie entre 2008 et 2015

Remises de gestion (en euros)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
OC assureur	103 239 000	106 268 000	108 179 000	114 387 000	118 653 000	118 221 898	117 028 476	
<i>Dont remises prestations</i>	91 128 000	93 671 000	95 481 000	101 200 000	105 153 000	104 780 469	103 721 211	
OC mutualistes	84 985 000	86 841 000	87 534 000	91 123 000	89 840 000	89 224 102	88 322 524	
<i>Dont remises prestations</i>	81 712 000	83 476 000	84 143 000	87 653 000	86 562 160	85 972 251	85 103 131	
Total	188 224 000	193 109 000	195 713 000	205 510 000*	208 493 000	207 446 000	205 351 000	202 207 000
<i>Dont part variable</i>					20 850 000	20 744 000	20 535 000	20 220 000

*valeur 2011 en budget exécuté. Différente de la "base de référence 2011" reprise dans la CNOM après négociation.

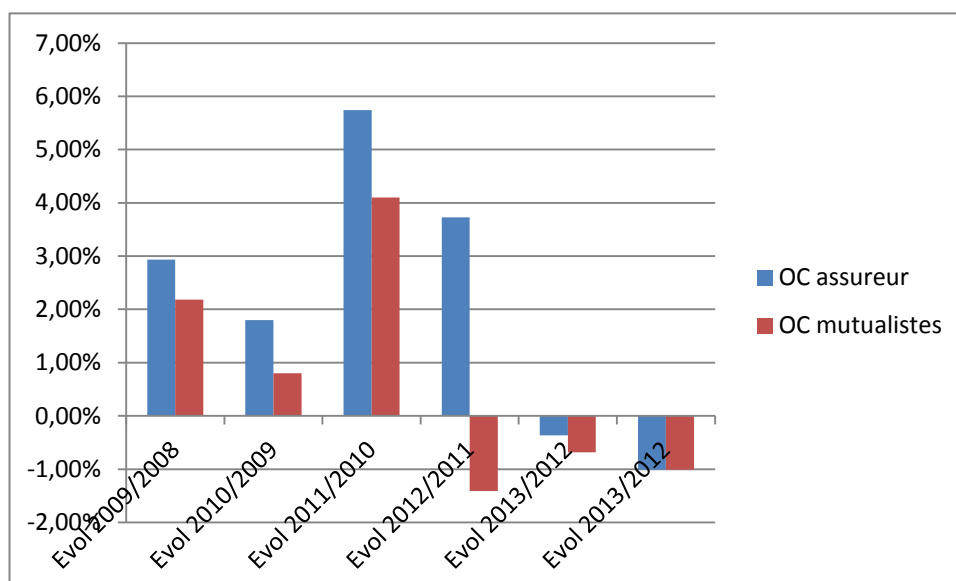
Source : RSI

[627] L'objectif du RSI était de résoudre l'écart des coûts de gestion entre les deux réseaux et de favoriser la RAM dont la part de marché avait augmenté sur les dernières années. A donc été mise en place une formule de calcul extrêmement complexe qui prend en compte la part de croissance des effectifs totaux absorbée par la RAM. Si cette part est supérieure à 50 %, alors, selon sa valeur, un coefficient de pondération croissant est appliqué aux coefficients de répartition destinés à répartir les remises de gestion basés en revanche sur une référence historique (l'année 2011 pour les remises de gestion 2012, puis les coefficients obtenus en n-1 pour les années suivantes)¹²⁷, afin de réduire l'écart de coût entre les deux réseaux. La formule de la CNOM n'est prévue qu'au bénéfice de la RAM. Si on se trouvait dans une situation où ce sont les OC mutualistes qui une année donnée absorberaient une plus grande part de la croissance des effectifs de l'année en question, il faudrait interpréter la formule à leur profit. Le RSI affirme par ailleurs qu'ils devraient remplir une seconde condition, qui serait d'avoir une croissance par rapport à une base 100 en 2007 plus forte que le réseau assureur. Cette deuxième condition ne figure cependant nulle part explicitement dans la CNOM.

¹²⁷ Coefficients année 2011 : ROCA : 0,5394 et AROCMUT : 0,4606. Le coefficient de pondération est appliqué à l'écart de croissance entre les deux réseaux (croissance calculée entre n et n-1 à partir d'une base 100 en 2007) et le résultat est ajouté au coefficient de l'année passée.

[628] Le mécanisme imaginé revient à réduire plus fortement les remises de gestion des OC du réseau mutualiste, afin de réduire les écarts de coûts entre les deux réseaux (*cf infra*). Il a fonctionné largement au bénéfice de la RAM en 2012, qui s'est vu attribuer 1,9 M€ par rapport à la prévision initiale, car ayant absorbé 93 % de la hausse des personnes protégées, et de façon moins importante en 2013 (164 744 €), car la part de croissance absorbée était moins forte que l'année passée (61,6 % de hausse des personnes protégées mais diminution des effectifs de recouvrement PL). La formule n'a pas eu d'impact en 2014 puisque cette part de marché s'est légèrement réduite (le réseau assureur n'a absorbé que 40,3 % de la croissance des effectifs de personnes protégées entre 2013 et 2014, ce qui ne fait pas jouer la formule qui commence au delà de 50 %. En ce qui concerne les effectifs cotisants de professions libérales ils enregistrent, pour la deuxième année consécutive, une baisse qui est absorbée à 89,3 % par le réseau assureur.

Graphique 4 : Evolution des remises de gestion depuis 2008 par catégorie d'OC



Source : RSI

[629] Au sein du réseau mutualiste, la répartition a été calquée sur la formule de la CNOM. A la demande des OC ayant des parts de marché importantes (dont Harmonie Mutuelle), un coefficient de pondération de 30 % a été affecté aux effectifs gagnés par l'OC au delà de la performance moyenne du réseau¹²⁸.

[630] Cette baisse des remises de gestion a eu un impact sur les résultats d'exploitation des OC. Alors que la RAM était en excédent d'exploitation, elle présente un déficit de 5 M€ en 2014, même si ce déficit tient aussi pour une part à la démutualisation des charges suite à la récupération par la MSA des assurés gérés par Apria (*cf. infra*). Les OC mutualistes, en déficit depuis plusieurs années, affichent un déficit consolidé de 2,7 M€ en 2014, en baisse par rapport aux années précédentes cependant (5,5 M€ en 2013 et 7,7 M€ en 2012). Dix OC étaient en déficit sur 19 en 2014.

¹²⁸ Assemblée générale du 21 novembre 2013.

2 LE FONCTIONNEMENT DE LA DELEGATION DE GESTION EST GLOBALEMENT SATISFAISANT, MAIS PRESENTE DES FAIBLESSES CERTAINES

2.1 Des indicateurs de performance atteints et souvent supérieurs à ceux du régime général

2.1.1 Des indicateurs de la COG 2012-2015, qui concernent peu les OC

[631] La COG comprend peu d'indicateurs concernant les OC (cinq au total), car c'est la CNOM qui est le document de référence en la matière. Le tableau *infra* les recense. Les deux principaux concernent le taux de remboursement des feuilles de soins électroniques (FSE) en moins de sept jours et le taux de reste à recouvrer pour les PL. Les trois autres sont des indicateurs de contrôle.

[632] S'y ajoutent les indicateurs du programme 11 en matière de lutte contre la fraude, mais non inscrits dans le tableau car comptabilisés tous risques confondus.

Tableau 14 : Indicateurs COG impactant l'activité des OC

Programme	Indicateur de résultat	Cible	Résultat	Indicateur de pilotage	Résultat
P4. Mieux informer les assurés et garantir une liquidation rapide et sûre des droits dans les domaines de la santé, de la retraite et de l'invalidité	FP4 110 : Taux de remboursement dans les délais (7jours) des feuilles de soins électroniques (FSE)	96,5 % chaque année.	97,32 % en 2014. 1,8 jours de traitement contre 3 jours à la CNAM TS (chiffres 2ème semestre 2013, issus du rapport annuel sur la performance du service public de la sécurité sociale 2014, dit "rapport benchmark").	FP4 600 : Délais de délivrance et de mutation de la carte vitale (assurés et ayants-droit)	Délivrance: 8,5 jours en 2014, contre 21,7 jours en 2012. 20,32 jours à la CNAMTS (suivi annuel des indicateurs COG DSS). Mutation : 45,8 jours en 2014 contre 55,4 en 2012.
P8. Améliorer le niveau et la qualité du recouvrement	FP8 102 : Taux de restes à recouvrer (TRAR) de l'exercice en cours y compris taxation d'office (TO) pour les PL	6,8 % en 2012 ; 6,3 % en 2013 ; 5,8 % en 2014 ; 5,3 % en 2015.	5,44 % en 2014. Contre 14,85 % en 2014 pour l'ISU. Ou 3,87 % en 2013 pour la MSA (rapport "benchmark" 2014).		

P9. Consolider le contrôle et l'évaluation des prestations santé, dans un objectif de maîtrise médicalisée des dépenses	FP9 100 : Montant des préjudices subis détectés au titre du plan de contrôle santé (gestion du risque).	5,4 M€ en 2012, puis en fonction de l'ONDAM de l'année.	7,4 M€ en 2012 ; 8,2 M€ en 2013 et 6,8 M€ en 2014 (ont été retirés du périmètre en 2014 les montants liés à la lutte contre la fraude, pour ne pas les comptabiliser à deux reprises).		
P12. Renouveler les politiques de contrôle interne et de maîtrise des risques				FP12 220 : Qualité validée des dossiers du domaine santé (part des dossiers mis en paiement et validés avec constat d'erreur dans TITAM).	0,16 % en 2014 (contre 0,13 % en 2013 et 0,14 % en 2012).
				FP12 320 : Taux d'incidence financière des erreurs du domaine santé	0,56 % en 2014 contre 0,58 % en 2012.

Source : RSI

[633] Tous les indicateurs de la COG sont bons en valeur absolue et progressent significativement, à l'exception de celui sur la qualité des dossiers santé, la part des dossiers en constat d'erreur augmentant légèrement entre 2013 et 2014, mais de façon marginale. Sur la délivrance des cartes vitale et le délai de traitement des FSE, les performances du RSI sont supérieures à celles de la CNAMTS.

[634] A noter que dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) que la CN RSI signe avec les caisses de base, ne figure parmi ces indicateurs que celui relatif au montant des préjudices détectés au titre du plan de contrôle santé (FP9 100).

2.1.2 Des indicateurs issus de la CNOM 2012-2015, qui révèlent un fonctionnement correct des organismes

[635] C'est la CNOM qui est le document qui sert de base à l'évaluation de la performance des OC. Les indicateurs prévus dans la CNOM figurent en annexe 5. Au nombre de 14, sept d'entre eux sont des indicateurs dits "de performance" qui servent à calculer la part variable. Tous font l'objet de remontées mensuelles, sauf le taux de restes à recouvrer (TRAR), qui est transmis annuellement. Les sept autres sont des indicateurs dits "de suivi".

Tableau 15 : Indicateurs de la CNOM 2012-2015

Indicateurs de performance	Libellé	Objectif
Qualité de service rendue aux bénéficiaires	CNOM 1 : Taux de décroché téléphonique	90 %
	CNOM 2 : Délai de réponse aux réclamations sur les prestations maladie	90 % des réclamations dans les 21 jours
Liquidation des prestations	CNOM 3 : Taux de remboursement dans les délais des FSE	90 % d'entre elles réglées dans les 7 jours
	CNOM 4 : Délais de traitement des feuilles de soins "papier" (FSP)	90 % d'entre elles traitées dans les 8 jours
	CNOM 5 : Délai de versement des IJ	95 % d'entre elles réglées dans les 15 jours
Recouvrement des cotisations maladie des PL	CNOM 6 : Délai de réponse aux réclamations sur le recouvrement des PL	90 % des réclamations dans les 21 jours
	CNOM 7 : Taux de restes à recouvrer de l'exercice en cours y compris taxation d'office	6,8 % en 2012 ; 6,3 % en 2013 ; 5,8 % en 2014 ; 5,3 % en 2015.
Indicateurs de suivi	Libellé	
Affiliation	CNOM 8 : Délai de délivrance de la carte vitale (assurés et ayants-droit)	
	CNOM 9 : Délai de mutation calculé dès l'enregistrement de la demande de mutation jusqu'à la mise à jour effective de la carte	
Qualité de service rendue aux bénéficiaires	CNOM 10 : Taux de comptes assurés ouverts à la consultation en ligne	
	CNOM 11 : Taux de personnes reçues dans un délai de moins de 20 minutes	
Liquidation des prestations	CNOM 12 : Qualité des dossiers validés du domaine santé	
	CNOM 13 : Taux d'incidence financière des erreurs par domaine	
	CNOM 14 : Taux de recouvrement des indus émis au titre de la lutte contre la fraude	

Source : CNOM 2012-2015

[636] Les indicateurs CNOM 3 et CNOM 7 sont identiques à ceux figurant dans la COG, mais la cible pour le règlement des FSE est inférieure dans la CNOM (90 % contre 96,5 %), ce qui n'a pas grand sens, étant donné les résultats obtenus par ailleurs par les OC en ce domaine (*cf. infra*). Il en va de même des indicateurs CNOM 8, 9, 12, et 13 que l'on retrouve dans la COG. Les autres indicateurs sont en grande partie inspirés de ceux de la COG pour les autres risques (CNOM 1, 2, 6, 10, 11 et 14).

[637] Les indicateurs 3, 5, 12 et 13 relèvent en production du RSI qui les diffuse aux OC tous les trimestres. Les autres relèvent des OC, qui les remontent trimestriellement à la CN RSI, sauf pour l'indicateur 7 qui a une périodicité annuelle (les indicateurs 8 et 9 ont une production automatique).

[638] Les résultats affichés par les OC sont bons.

Tableau 16 : Synthèse des résultats de performance des OC 2014

Libellé	Objectif	Réalisations AROCMUT	Réalisations ROCA	Réalisations consolidées 2014	Comparaisons RSI 2014 (tous risques)
CNOM 1 : Taux de décroché téléphonique	90 %	79,21 %	94,87 %	87,19 %	76 %
CNOM 2 : Délai de réponse aux réclamations sur les prestations maladie	90 % des réclamations dans les 21 jours	99,16 %	99,06 %	99,08 %	91,69 %
CNOM 3 : Taux de remboursement dans les délais des FSE	90 % d'entre elles réglées dans les 7 jours	98,46 %	96,33 %	97,32 %	
CNOM 4 : Délais de traitement des feuilles de soins "papier" (FSP)	90 % d'entre elles traitées dans les 8 jours	96,92 %	94,25 %	95,42 %	
CNOM 5 : Délai de versement des IJ	95 % d'entre elles réglées dans les 15 jours	98,47 %	98,09 %	98,28 %	56,07 % (pour les droits propres de retraite)
CNOM 6 : Délai de réponse aux réclamations sur le recouvrement des PL	90 % des réclamations dans les 21 jours	100 %	99,92 %	99,92 %	91,69 %
CNOM 7 : Taux de restes à recouvrer de l'exercice en cours y compris taxation d'office	6,8 % en 2012 ; 6,3 % en 2013 ; 5,8 % en 2014 ; 5,3 % en 2015.	3,91 % ¹²⁹	5,78 %	5,44 %	14,85 %

Source : RSI

¹²⁹ Dont 3,33 % pour Harmonie Mutuelle.

- [639] On peut constater que tous les objectifs sont largement atteints, et bien au-delà de la cible, à l'exception du premier sur le taux de décroché téléphonique, pour lequel le réseau AROCMUT est en deçà de la cible, ce qui fait baisser l'indicateur consolidé, également en deçà de la cible (87 % au lieu de 90 %). Sept OC mutualistes (dont les trois plus importants en termes d'effectifs) sont en deçà de la cible (Harmonie Mutuelle, Adrea, Prévifrance, Mut'Est, ViaSanté, UMCAP, URMPI). Mais c'est en réalité Mut'Est avec un taux à 48,79 % (contre 60 % en 2013) qui fait chuter le taux de l'indicateur, en raison d'un problème général d'outil en voie d'être résolu selon l'AROCMUT. En 2013, le réseau mutualiste était à 89 % de taux de décroché, la cible étant donc quasiment atteinte. A part cet indicateur, les autres objectifs sont tous dépassés, et nettement supérieurs aux performances du RSI sur les autres risques. On peut noter aussi, que mis à part l'indicateur CNOM 1, le réseau mutualiste est toujours au dessus des performances de la RAM, et que tous les OC mutualistes sont systématiquement au dessus des cibles.
- [640] Sur les FSP, comme sur les FSE, le RSI est plus performant que la CNAMTS : le délai de traitement est de 4,6 jours au deuxième semestre 2013, contre 11,7 jours pour la CNAMTS¹³⁰. Il en va de même sur les IJ, où le délai de versement pour les IJ non subrogées à la CNAMTS est de 34,3 jours en 2013¹³¹, même si les indicateurs sont difficilement comparables étant donnée la nécessité pour la CNAMTS de récupérer les éléments de revenus.
- [641] Il n'existe pas en revanche de suivi formalisé des indicateurs dits "de suivi". Les rapports d'activité consolidés demandés à la RAM et à l'AROCMUT en font apparaître quelques uns (CNOM 11, 13 et 14), mais qui ne sont pas systématiquement remplis. L'indicateur sur le délai de réception des assurés en moins de 20 minutes à l'accueil est largement dépassé (97,49 % pour la RAM et 98,57 % pour les OC mutualistes en 2013).
- [642] S'y ajoutent par ailleurs des indicateurs "informels" présents dans les annexes de la CNOM, notamment l'annexe 4 sur l'accueil, et que l'on retrouve partiellement dans les rapports d'activité (par exemple délai de dix jours pour les réponses aux courriers postaux et de cinq jours pour les courriers électroniques : plus de 98 % pour l'AROCMUT en 2013, mais non remplis pour la RAM).
- [643] En plus des indicateurs de la CNOM, la direction déléguée au réseau de la CN de RSI suit enfin dans un tableau de bord 29 engagements¹³² issus de la CNOM, d'importance inégale, et dont douze étaient clos lors du bilan réalisé début 2014.

2.2 Une relation client de proximité qui se modernise tout en restant autonome

- [644] La CNOM traite peu de la relation client. La charte d'accueil, jointe en annexe, est la même que celle de la précédente CNOM. Le RSI a donc au cours de la durée de la CNOM tenté de faire avancer les différents sujets, notamment au sein d'un comité de pilotage stratégique (CPS) dédiés à l'offre de service avec des groupes thématiques, se réunissant régulièrement.

¹³⁰ Rapport Benchmark 2014.

¹³¹ Source: annexe 2 du PLFSS 2015.

¹³² Dont : Travaux sur la qualité des fichiers et leur harmonisation avec ceux du RSI ; simplification du processus de recouvrement ; accès au RNCPS par les OC ; cadrage du processus de gestion administrative ; groupe de travail sur les mutations intra-régimes ; amélioration des échanges dématérialisés RSI /OC ; étude sur l'archivage numérique ; travaux sur le contrôle des pièces justificatives.

2.2.1 Un accueil de proximité, avec un taux de visites supérieur à celui du RSI, mais inégal

- [645] Lors des entretiens menés par la mission, tous les acteurs se sont accordés à souligner le rôle d'accueil de proximité des OC. Ce constat est revenu de façon récurrente. La population des travailleurs indépendants est une population qui se déplace dans les caisses, et le maillage territorial (90 sites pour la RAM et plus de 500 pour les OC mutualistes qui bénéficient du maillage de leurs centres gérant aussi du régime complémentaire¹³³, même si dans certains cas, les accueils régime obligatoire sont bien séparés¹³⁴) en font incontestablement un atout. La mission a pu constater que l'accueil est souvent très personnalisé. L'assuré est régulièrement identifié et reconnu, et la personne chargée de l'accueil refait à l'occasion de la visite le point sur l'intégralité de son dossier (carte vitale, ayants-droit, compte en ligne, transmission du relevé d'identité bancaire (RIB) pour les remboursements, régime complémentaire pour faire la liaison Noémie, prestations de prévention proposées...).
- [646] Les OC réalisent un accueil de 1er et 2nd niveau sur les prestations santé, mais également un accueil de 1er niveau sur les autres risques (affiliation, cotisations/recouvrement, prestations retraites et invalidité-décès, action sanitaire et sociale). L'annexe 4 de la CNOM 2012-2015 établit une charte d'accueil et définit le contenu de ces accueils (Accueil de 1er niveau : réponse à des questions d'ordre général ne nécessitant pas d'accéder à des données personnelles ; et la prise en charge de toute autre demande, l'organisme assurant la transmission à la caisse de base RSI compétente. Accueil de 2nd niveau : réponse sur le champ des prestations santé et recouvrement des cotisations maladie des PL à des questions faisant appel à des données personnelles). La signalétique RSI doit être présente dans chacun des points d'accueil. La double signalétique doit aussi figurer sur tous les courriers. Le RSI et les OC s'engagent enfin à se transmettre les dossiers dont ils ont la compétence lorsqu'ils les reçoivent par erreur dans les 48 heures.
- [647] Dans le cadre du CPS évoqué *supra*, la maquette de remontées issues de la charte d'accueil a été rénovée et depuis deux ans, la CN RSI consolide les remontées des deux têtes de réseau pour intégrer les résultats dans un bilan plus global sur l'accueil RSI.
- [648] Le bilan "accueil" RSI 2013 montre ainsi globalement que les taux de visites physiques, d'appels téléphoniques ou de courriels sont proportionnellement plus élevés dans les OC que dans les caisses RSI, ce qui tend à confirmer ce rôle de relais territorial que jouent le OC. Il montre aussi que le RSI traite peu de sujets santé lors de l'accueil, quelle que soit la nature de celui-ci (en caisses de base, la santé représente 15 % des motifs de visites, 13 % des appels et 10 % des courriels reçus). C'est bien évidemment dû au périmètre de compétences OC / RSI en matière de santé, mais cela montre aussi ce sont les OC qui sont les interlocuteurs principaux des assurés dans le domaine qui est le leur et que la santé n'est pas un motif important de réclamation ou de questionnement auprès de la caisse RSI.
- [649] Concernant l'accueil physique, le bilan national d'accueil 2013 du RSI affiche un nombre de visites de 266 894 pour les OC mutualistes et 301 373 pour la RAM, soit près de 570 000 visites, contre 841 000 pour les caisses de base RSI. Le taux de visites par rapport aux effectifs couverts est de 13,8 % pour le RSI, 12,8 % pour la RAM et 16 % pour les OC mutualistes¹³⁵. Le nombre de visites est cependant inégal selon la taille de la structure.

Lors d'une de ses visites en région, la mission a pu voir un OC comptant à peine 30 000 assurés, où le nombre de visites était inférieur à dix par jour. Le bilan précise que "le niveau de respect du contenu de l'accueil de 1er et de 2nd niveau, dispensé par les organismes conventionnés, est tout à fait satisfaisant. Un écart est constaté sur certains items entre OC de la RAM et OC mutualistes,

¹³³ Ainsi l'URMPI comporte 64 points d'accueil sur le territoire pour 8 caisses de base couvertes, et Harmonie Mutuelle 300 points d'accueil pour 24 caisses couvertes.

¹³⁴ Exemple d'Eovi.

¹³⁵ Taux bien inférieur à celui des visites en caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) : 36 millions de visites sur 51 millions de personnes protégées au RG au sens strict (y compris DOM), c'est-à-dire un taux de visite de 70%.

résultat, très certainement, d'une organisation plus centralisatrice au sein de la RAM permettant une diffusion plus homogène de l'ensemble des outils d'aide à la réponse". Il note cependant une baisse du niveau de prise en charge de l'ensemble des niveaux de réponse par la RAM, alors que l'évolution concernant les OC mutualistes est quant à elle très positive en matière de respect du périmètre de réponse pris en charge en ses divers points d'accueil. Les accueils mutualisés (accueils partagés OC et RSI) sont selon le bilan en progression (deux caisses régionales signalaient un accueil commun, chiffre passé à cinq dans le projet de bilan 2014), mais la mission n'en a pas vu dans les quatre régions où elle s'est rendue, et cela semble encore être très marginal. Dans une région visitée, il lui a même été souligné que deux accueils communs existaient entre 2008 et 2014, mais que le RSI s'en retirait. Le maillage territorial propre des OC se renforce en revanche : la RAM a ouvert onze nouvelles permanences en 2013.

- [650] Le bilan de l'accueil national 2013 du RSI précise que la signalétique externe est respectée à 99 % par les OC mutualistes et à 94 % pour la RAM. A l'inverse la signalétique interne est respectée à 100 % par la RAM et à 96 % par les OC mutualistes. La mission a pu constater lors de ses déplacements que la signalétique externe du RSI est souvent moins apparente que la signalétique de l'organisme. Le bilan d'accueil est également plutôt positif en termes d'espaces d'accueil (bureaux de confidentialité), d'outils de gestion de la file d'attente. Les OC mutualistes ont en revanche plus de difficultés à assurer une ouverture de leurs points d'accueil de 8H en continu du lundi au vendredi, obligation imposée aux caisses de RSI et qui leur a été transcrite.
- [651] Concernant l'accueil téléphonique, la RAM comporte cinq plateformes. Et les OC mutualistes visités par la mission disposent tous d'une plateforme de réponse aux appels internalisée. Le respect des horaires téléphonique est cependant inégal selon les réseaux (8H-17H du lundi au vendredi, comme pour les caisses RSI). Le constat du bilan d'accueil 2013 est ici celui d'un écart significatif entre les résultats du réseau RAM et celui des OC mutualistes. En effet, dans ce dernier, le niveau de respect des horaires téléphoniques se situe entre 55 % et 65 % selon les années, avec une baisse enregistrée entre 2011 et 2012 qui se confirme en 2013.
- [652] Ces écarts peuvent être expliqués par le fait que l'organisation de l'accueil téléphonique est très dispersée au sein du réseau des OC mutualistes, avec des difficultés réelles à mettre en œuvre la plage horaire d'accueil demandée dans les sites les plus petits, pour des raisons liées aux ressources humaines principalement. Le bilan d'accueil montre que le RSI a reçu en 2013 5 millions d'appels, contre 3,5 millions pour les OC, dont plus de 2 millions pour les OC mutualistes, qui reçoivent plus d'appels proportionnellement à leur population couverte (112 % contre 63 % à la RAM). Ceux-ci reçoivent 35 % des appels du réseau "RSI-URSSAF-OC". Pour les OC mutualistes, les demandes d'information générale représentent 30 % des appels, alors qu'elles sont marginales à la RAM et les dossiers à transférer au RSI 3,44 % (contre 2 % à la RAM). La majorité des appels concernent donc des informations personnalisées sur la santé.
- [653] En matière de courriels, auxquels les OC doivent répondre dans les cinq jours selon l'annexe de la CNOM, les OC représentent plus de la moitié des courriels reçus par le réseau "RSI-OC-URSSAF" (plus de 250 000 contre 125 529 pour le seul RSI par exemple). La RAM en reçoit trois fois plus que le réseau mutualiste.
- [654] Les courriers sont aussi une préoccupation importante du RSI sur la relation client. Un groupe de travail sur le contenu des courriers a été mis en place en début d'année 2015, et les OC vont y être intégrés après l'été, pour faire un point sur les courriers existants (contenu et signalétique). A noter que l'AROCMUT ne dispose pas d'une bibliothèque unique de courriers type communs aux OC.

[655] Enfin, les OC visités ont très souvent un outil de relation client intégré dans leur système d'information, qui retrace comme le fera l'appliquatif CALI ("Contact avec les indépendants") pour le RSI en 2016 tous les contacts obtenus avec les assurés (papier, mails, téléphonique, physique). Les OC utilisant le logiciel Starweb (*cf infra*), celui-ci comprend un module spécifique intégré. Pour les OC ayant opté pour le logiciel Activ'RO, le module relations client est en général bâti à part. C'est le cas à la RAM où s'est mis en place l'appliquatif GIC (gestion interaction avec les clients), qui permettra en 2016 de visualiser les pièces jointes, et notamment les courriers. En cela, les OC sont en avance par rapport au RSI sur les aspects SI de la relation client. A noter que la RAM va mettre en place à compter de 2016 un "dossier numérique" de l'assuré avec digitalisation de l'ensemble des documents qui permettra aux agents d'avoir une vision complète du dossier de l'assuré à n'importe quel moment.

2.2.2 Une offre de télé-services qui se développe

[656] En matière de télé-services, les OC sont totalement autonomes. Il est indéniable que l'offre s'est développée ces dernières années, mais elle est inégale selon les OC, même si tous désormais proposent un compte "assurés" en ligne, selon le dernier recensement effectué par la caisse nationale. On est cependant loin de la couverture de 50 % des assurés par un compte "Ameli" côté CNAMTS¹³⁶. La CN RSI précise qu'en revanche aucune télé-démarche, à part celle sur la carte européenne d'assurance maladie (CEAM), n'est en ligne aujourd'hui (pas de déclaration du médecin traitant, pas de demande carte vitale).

[657] La RAM a mis en place une offre développée de télé-services depuis plusieurs années. Leur site internet reçoit en moyenne 426 000 visites par mois. 435 000 assurés ont ouvert un compte en ligne (contre 300 000 en 2013), soit 25 % d'entre eux, à comparer aux 26 % de cotisants qui ont un compte "assurés" au RSI. Ce chiffre monte à 40 % chez les PL. Les autres télé-services disponibles sur le site permettent le suivi du traitement des demandes en cours, la gestion des informations personnelles, la visualisation des remboursements, la visualisation des cotisations pour les PL, la réalisation de démarches en ligne (accès aux formulaires, attestations, demande de CEAM), l'accès à des renseignements sur la carte vitale (et une possibilité de déclaration de perte ou de vol) et à une rubrique "Ecrivez nous" avec la possibilité depuis 2013 de joindre des pièces. Les professionnels de santé disposent également d'une rubrique et peuvent avoir accès à des règlements ou des factures, notamment. Depuis fin 2013 a été mise en place une application pour smartphone qui permet de retrouver les principaux services et une géo-localisation des accueils de la RAM. Fin 2015, la demande de CEAM sera également possible. La RAM a aussi mis en place des communautés d'assurés et de créateurs d'entreprise sur internet et est présente sur twitter.

[658] Côté organismes mutualistes, la mission a pu constater que les quatre OC rencontrés disposaient d'une offre de télé-services, mais n'a pas de visibilité sur les autres OC. A Harmonie Mutuelle, 7,3 % des assurés ont un compte en ligne. Cette proportion monte à 20 % si on ne prend que les assurés PL. L'URMPI a mis en place un site en 2014, qui a reçu 40 000 visites, et 50 000 au premier semestre 2015 pour 208 000 assurés, soit près d'un quart en 6 mois. 10 % des assurés ont ouvert en compte en ligne. Chez Eovi, près de 10 % des assurés ont ouvert un compte en ligne.

¹³⁶ 729 966 comptes "assurés", pour 2,8 M de cotisants (source RSI : Chiffres clés Assurés 2014 et Projet de rapport d'activité 2014).

[659] La caisse nationale du RSI, qui a développé de son côté des télé-services, s'est engagée depuis 18 mois dans une démarche pour lier l'offre de service des OC et celle du RSI. Le compte assurés RSI crée en 2012 comportait des éléments retraite et des éléments cotisations. A côté du compte, l'assuré pouvait trouver un accès à un espace "Ma prévention santé", issu des services de la CANAM, qui offrait des informations personnalisées sur la vaccination ou certains parcours (comme le diabète). L'utilisation de cet espace est resté très confidentiel car compliqué d'accès (mot de passe, numéro identifiant autre que le NIR). L'objectif de la démarche engagée est d'intégrer dans le compte assuré RSI des éléments santé. Une première version d'une nouvelle offre de service sera livrée fin juillet, où l'assuré pourra au sein de son compte une rubrique "Ma santé" qui lui donnera les coordonnées de son OC, les horaires d'ouverture et les lieux d'accueil. Un lien vers l'OC sera mis en place pour aller vers le site de l'OC, amis sans accès direct depuis le site RSI au compte "assuré" de l'OC. Seront également accessibles des formulaires santé et des supports d'information sur les parcours, ainsi qu'une sous-rubrique "Mon carnet de santé" qui basculera vers l'ancien "Ma prévention santé". Autre nouveauté : le PL et les retraités qui n'ont pas de compte assuré au RSI pourront aussi accéder à "Ma santé", ce qui leur permettra d'accéder au site de leur OC via le site RSI.

2.2.3 Le sujet des réclamations, renvoyé à la prochaine CNOM

[660] En 2014, les réclamations santé arrivées en caisses de RSI ont diminué de 25 %, soit 708 réclamations sur un total de 21 433 (chiffre lui même en baisse de 15 % par rapport à l'année passée). Comme en matière d'accueil, le constat peut être fait que la santé est un sujet qui occupe peu les caisses de base.

[661] Plus globalement, le RSI s'est engagé depuis plusieurs années dans un chantier de remise à plat des procédures en matière de réclamations, avec notamment la définition de délais de traitement différents selon le degré de criticité de la réclamation. C'est d'abord le plan de traitement coordonné et partagé des réclamations ISU qui a mis en place en octobre 2011 une typologie des réclamations (urgentes, sensibles, standards) et des procédures et délais différenciés (sept jours pour les réclamations urgentes et sensibles, 15 ou 21 jours pour les autres). La lettre réseau n°2013-038 du 4 mars 2013 a ensuite précisé le cadrage des réclamations ISU et hors ISU, en s'inspirant fortement du socle commun avec l'ACOSS. Les OC sont longtemps restés à l'écart de ce processus, la CNOM ne prévoyant qu'un délai global de traitement de 21 jours.

[662] Le RSI a souhaité engager avec eux un travail s'inspirant de leurs propres travaux. A été élaboré en 2014 un document intitulé "Gestion des réclamations RSI-OC", reprenant notamment les trois niveaux de criticité, et redéfinissant la notion de réclamation, pour qu'elle soit homogène, cette définition étant intégré au "dictionnaire des indicateurs de la CNOM" datant de 2009. Le RSI n'a pu cependant aller au bout du processus, notamment en instituant des délais différenciés, en analysant les motifs de réclamations ou en instituant des délais de transmission quand la réclamation nécessite des échanges avec le RSI, les OC demandant à ce que cela soit vu au travers de la future CNOM.

[663] Aujourd'hui, les résultats affichés par les deux réseaux, n'ont donc pas grande signification, le périmètre des réclamations étant très large et hétérogène. On a ainsi un écart très important entre les chiffres. Côté RAM, ce sont 28 435 réclamations qui ont été reçues en 2014 et si plus de 99 % d'entre elles ont été traitées en moins de 21 jours, elles ont doublé entre 2013 et 2014. Pour les OC mutualistes, le nombre est en revanche faible : 4 443 en 2013, chiffre cependant multiplié par trois par rapport à 2012¹³⁷.

¹³⁷ Sources: Rapports d'activité.

2.2.4 Des liens avec le régime complémentaire significatifs, sans distorsion de concurrence avérée

- [664] La mission n'a pas constaté au cours de ses déplacements de réelle rupture de concurrence en matière d'attribution de contrats complémentaires santé, comme la délégation à des OC gérant aussi du régime complémentaire aurait pu le laisser supposer.
- [665] La RAM ne propose aucun contrat complémentaire, puisqu'elle est elle même une association composée d'assureurs concurrents, sauf lorsqu'elle détient la gestion d'un contrat, comme pour les agents généraux d'assurance.
- [666] Côté OC mutualistes, la situation est bien sûr différente puisque la plupart des OC sont adossés à une mutuelle de livre 2 du code de la mutualité offrant une complémentaire. A l'URMPI, il est clairement dit à la mission que lorsque la question est posée à l'accueil, c'est bien un contrat complémentaire de l'une des trois mutuelles qui composent l'Union qui est proposé, et 32 % des assurés sont couverts par ce biais. Chez Eovi, 27 % des assurés ont une couverture complémentaire offerte par la mutuelle. Chez Harmonie, 24 % des assurés ont un contrat complémentaire Harmonie. A la MSI, rencontrée à Reims, un seul contrat complémentaire est en gestion directe, pour la société APICIL, et 20 % des assurés en bénéficient.
- [667] Les OC offrent donc clairement les produits offerts par les mutuelles dont ils dépendent mais les taux de couverture par le régime complémentaire que pourrait proposer les OC ne sont pas prohibitifs. La Cour des comptes, dans le relevé d'observations provisoires (ROP) qu'elle a transmis à la direction de la sécurité sociale sur les OC en 2013, précisait que "la gestion du RO n'est pas le moyen de se constituer une clientèle captive en complémentaire santé".

2.3 Des organisations différentes et en évolution

2.3.1 Deux systèmes d'information concurrents

- [668] Avant la création du RSI existaient cinq Centres informatiques des OC (CIOC), et certains OC travaillaient parfois en direct avec les prestataires. La première CNOM a souhaité rationaliser les moyens de gestion informatique, en exigeant une mise à jour de la liste des CIOC existants qui devraient désormais répondre à un cahier des charges comportant des clauses techniques et des clauses relatives à la sécurité des systèmes d'information (28 points de contrôle). Les CIOC sont ensuite labellisés par la CN RSI.
- [669] Sont ainsi labellisés par la CNOM 2012-2015 deux centres mutualistes : le CIMUT (Centre informatique des mutuelles), union mutualiste, qui développe son propre système Starweb, qui comprend le logiciel métier, mais aussi des logiciels annexes (comptabilité, outil relation clients, gestion documentaire, etc...), et l'association loi de 1901 SIROCO, qui est juste un intermédiaire avec le prestataire CEGEDIM, qui fournit le logiciel Activ'RO, qui est un logiciel métier, les OC gardant la liberté pour les autres aspects de leurs activités de développer leurs propres logiciels (subsistent donc au sein de ces OC une véritable compétence métier en matière de SI). 11 OC travaillent avec Activ'RO et 8 avec le CIMUT, dont toutes les mutuelles chargées du recouvrement PL. S'y ajoute le CIOC d'Apria, qui travaille également avec CEGEDIM, et dispose d'Activ'RO depuis 2014¹³⁸. L'outil précédemment utilisé était Esquif RO (installé en 1989).

¹³⁸ Après trois régions pilotes en février, avril, et juin 2014, les 27 autres régions RAM ont migré sur le nouvel outil en quatre vagues en juin, septembre, octobre et novembre.

- [670] Le RSI mène des audits de conformité sur les CIOC. La première campagne s'est déroulée en 2013, et les CAC, dans le cadre de l'audit des comptes 2013, ont conclu à la conformité des CIOC aux points de contrôle ciblés par la caisse nationale (taux de conformité de 95 %) et à la robustesse de leur dispositif de contrôle interne. Ils soulignent que le RSI devrait définir précisément le niveau de service attendu (délais de transmission des flux, taux de non respect des délais...).
- [671] La mission s'est interrogée sur le maintien de trois CIOC, et ce d'autant plus que désormais les 3/4 des personnes protégées par le RSI sont couvertes par le logiciel Activ'RO. Dans les délais impartis, elle n'a pu approfondir la question et chiffrer les économies éventuelles liées au passage à un seul logiciel et à un seul CIOC. Dans les faits par ailleurs, la migration d'un SI vers un autre présente des coûts immédiats, et il semble compliqué pour la RAM et le réseau mutualiste d'avoir un CIOC commun, alors qu'ils sont en concurrence. Il serait tout aussi problématique pour les 19 OC mutualistes de se passer de CIOC mutualiste, ce qui permet à chacun de contribuer à hauteur de son poids dans la gestion du RO, sans avoir traité directement avec le prestataire, ce qui mutualise les coûts. La Cour des comptes, dans le ROP précité sur les OC en 2013, souligne que la cohabitation de 3 CIOC et de 2 logiciels n'est pas une source de difficultés. Au final, sur ce point précis du SI, la mission n'a pas de conclusion tranchée, et estime qu'il faudrait approfondir le sujet pour pouvoir déterminer s'il existe des sources d'économies.

Recommandation n°44 : Réaliser un véritable audit des CIOC, afin de déterminer les améliorations possibles

2.3.2 Une mutualisation des processus métiers en fonction de la taille des organismes

- [672] Les organismes de taille importante, comme la RAM, ou côté réseau mutualiste comme Harmonie Mutuelle, ont enclenché, avec la baisse des remises de gestion, une réorganisation de leurs centres de gestion, afin de mutualiser les différents processus en les regroupant par délégation inter-régionale. Contrairement aux bases assurés du RSI, les bases informatiques des OC sont nationales, ce qui permet ce genre de réorganisations.
- [673] Ainsi à la RAM, quatre délégations se sont créées (Nord-Est, Ouest, Sud et PL), chacune d'entre elles regroupant des régions et mutualisant les processus métiers. En Bretagne par exemple, les FSP et les IJ sont gérées au centre de gestion de Laval. Le centre de gestion de Bretagne gère en revanche les indus pour toute la délégation inter-régionale. Dans le Rhône, sont gérées à Lyon les FSE pour une partie de la délégation, mais ni les IJ, ni les FSP. Ce sont les centres de la région Alpes et de la région Provence qui gèrent toutes les IJ pour la délégation inter-régionale et c'est le centre de gestion du Limousin qui gère les FSP pour toute la délégation. Le recouvrement des cotisations PL est géré à Bourges pour l'IDF et au Mans pour la province. Toute l'activité comptable est gérée sur le site du Mans. Se mettent ainsi en place des pôles de compétence spécialisés¹³⁹. A compter de 2016, la RAM souhaiterait dépasser le cadre des délégations inter-régionales et mettre en place des "centres de production" avec une taille critique plus importante. Les centres de production seront spécialisés sur des processus métiers avec des volumes significatifs (FSE, FSP, IJ) et les autres sites seront en charge d'activités plus qualitatives (contrôle, indus...) ou de proximité (demandes des assurés). La RAM a également mis en place depuis avril 2015 deux plateformes chargées de recevoir l'intégralité du courrier France entière à Nancy et au Mans. La Poste a des adresses de dérivation vers les deux plateformes. Sur place, un prestataire trie et achemine le jour même vers les pôles. Ce même prestataire numérise aussi les FSP (55 %) qui peuvent être passées en Lecture automatisée de documents (LAD), car ne nécessitant pas d'intervention humaine (pas de ratures, bonne codification...). Les LAD sont validées à Caen et à Bourges, où se trouve une plateforme de vidéo-correction.

¹³⁹ Le Mans, Limoges, Laval, Arras, Nancy pour les FSP ; Bourges, Laval, Nice, Rennes, St Lô pour les FSE et Grenoble, Laval, Amiens, Toulon pour les IJ.

- [674] Les gains issus de cette réorganisation n'ont pas été chiffrés par la RAM. En revanche, 41 ETP vont être redéployés vers de la liquidation, suite à la mise en place des plateformes courriers et cinq ETP ont été redéployés après la mutualisation du service comptable sur la plateforme du Mans entre 2011 et 2013.
- [675] Harmonie Mutuelle a entamé un processus similaire, en prévoyant de regrouper les activités sur un nombre réduit de centres de gestion. Ceux-ci devraient passer de 18 à six courant 2016¹⁴⁰. Se mettent également en place deux centres d'appel dédiés à Albi et à Annecy, à échéance 1er trimestre 2016. Il en va de même à l'URMPI, qui comporte trois pôles inter-régionaux, liés aux trois mutuelles qui composent l'Union, où pour la Bretagne, les prestations en nature sont traitées à Rennes, mais les prestations en espèces à Alençon, puisque c'est ainsi qu'est organisé le pôle Ouest (Bretagne, Basse Normandie, Poitou-Charentes).

2.4 Un contrôle interne incontestablement renforcé, mais mis en place inégalement au sein des OC

- [676] Comme cela a été décrit *supra*, le RSI a mis en place depuis 2012 un mécanisme encadré de contrôle interne à double niveau (au sein des OC pour lesquels a été indiquée une liste de risques majeurs à maîtriser, avec les actions de maîtrise mises en place auditées par le RSI ; et au sein des caisses de base où ont été fléchées des actions de maîtrise des risques reposant sur l'application TITAM) pour avoir l'assurance raisonnable que les processus métiers étaient maîtrisés. Les CAC insistent en effet chaque année étant donné la volumétrie des opérations déléguées aux OC sur l'importance de la maîtrise des risques des activités déléguées et sur la sincérité des comptes des OC. Lors de la présentation de l'audit des comptes 2014, les CAC du RSI désignaient la revue des processus comme "une étape clé" pour répondre aux objectifs de contrôle de l'exactitude et de l'exhaustivité des opérations.
- [677] Pour les comptes 2014, les CAC soulignent que tous les OC ont désormais un taux d'assurance raisonnable supérieur ou égal à 80 %, et que tous les processus audités ont également un taux supérieur à 80 %, mais constatent toujours une forte hétérogénéité des résultats selon les organismes¹⁴¹. Le nombre de processus audités augmente (tous les risques du processus trésorerie-comptabilité, et les processus prestations en espèces, gestion des indus et contrôle interne informatique ont été vus lors de la campagne 2014, en plus des prestations en nature, et du recouvrement PL déjà vus en 2013). ils évaluent la méthodologie d'audit des caisses de base comme "globalement satisfaisante". Les CAC relèvent cependant que les OC audités en 2014 ne représentent que 26,85 % de la population couverte, contre 58,5 % l'année passée. Cette baisse est due au changement d'outil informatique de la RAM qui a décalé dans le temps certains audits. Suite à la nouvelle procédure mise en place en 2014 entre les CAC du RSI et les CAC des cinq plus gros OC (émission de la part de ces derniers d'une véritable "opinion d'audit" sur le dispositif de contrôle interne de l'OC et sur ses états comptables) et évoquée *supra*, les CAC relèvent qu'aucun point d'audit n'a été relevé.
- [678] Dans les OC, la mission a pu constater que les dispositifs de contrôle interne mis en place s'étaient renforcés au fil des années. Tous disposent d'un plan de contrôle interne, et les plus gros de services d'audit interne, même s'il est difficile d'avoir une vision globale des dispositifs mis en place du côté des organismes mutualistes. Dix OC mutualistes disposaient de dispositifs d'audit interne, selon le bilan de la campagne d'audit 2014 réalisé par la CN RSI, mais ceux-ci ne s'appliquent pas nécessairement au RO.

¹⁴⁰ Albi, Annecy, Tours, Paris, Saint Herblain, Quimper.

¹⁴¹ La RAM a un taux de 90,84%, et quatre OC mutualistes affichent des taux supérieurs, dont la Mutuelle bleue qui a un taux de 100%. Le processus de recouvrement PL audité sur deux OC en 2013 présente une moyenne pondérée de 83,12%.

[679] La RAM fait partie des OC disposant d'un système renforcé s'articulant autour de contrôles de premier niveau obligatoires¹⁴² et optionnels¹⁴³, laissés au libre choix du responsable de centre de gestion. Beaucoup de ces contrôles sont directement paramétrés dans le logiciel Activ'RO. Ces contrôles sont renforcés par des contrôles de 2nd niveau venant du niveau national et portant sur les prestations, le recouvrement, la fraude et la comptabilité, avec des thèmes précis pour chaque processus. Des contrôles inopinés peuvent aussi être réalisés par les délégations inter-régionales. Chaque type de contrôle doit être documenté et ses résultats formalisés.

[680] Sur le dispositif de contrôle interne mis en place dans les caisses de base, les résultats des contrôles TITAM en 2014 montrent une part faible des lignes rejetées : 0,16 %, pour un taux d'incidence financière de 0,56 %. Les taux de rejet sont compris entre 0,1 % et 0,2 % selon les OC. La RAM a connu une forte hausse des rejets (0,2 % en 2014 au lieu de 0,07 % en 2013) et de leur montant en 2014 (0,8 % de taux d'incidence financière, soit 20 M€), due à son changement d'outil informatique, mais c'est en voie de résorption¹⁴⁴.

71 % des rejets ont été recyclés, dont 72 % en moins de 21 jours. Près de 0,5 % des lignes rejetées ont fait l'objet d'un "forçage", mais l'incidence financière de ces forçages pour 2014 est de 22 000 €. 89 % des forçages concernaient la RAM. Les CAC lors de l'audit des comptes 2013 notaient que l'AMR liée au taux de forçage sans autorisation de la caisse régionale est encore élevé (42,79 %), mais sans impact financier significatif.

[681] Les CAC ont procédé à une revue informatique de l'application TITAM en 2013 et en ont tiré différents constats. Ils estiment tout d'abord disposer "d'une bonne assurance" quant à l'efficacité de l'ensemble de ce dispositif de contrôle. Ils en relèvent cependant les faiblesses. Les signalements identifiés par TITAM (5 % du montant des prestations collectées par l'application) ne sont pas systématiquement analysés par les caisses régionales (seuls le contrôle des signalements liés à l'identité inconnue du bénéficiaire fait l'objet d'une action de maîtrise des risques du RSI, alors qu'ils ne représentent que 13 % des signalements, mais aucun contrôle ne vient sécuriser les périodes d'ouverture de droits incohérentes, qui représentent 38 % des signalements) et c'est aussi ce qu'a constaté la mission lors de ses déplacements.

Il n'existe pas de procédures centralisées décrivant les procédures de contrôle de ces signalements. Seuls les rejets sont suivis, et pas toujours avec la même intensité selon les caisses. Aucune procédure harmonisée des contrôles à réaliser sur les demandes de recyclage n'a été mise en place. Il en va de même sur les demandes de "forçage". Les délais de recyclage ne sont pas formalisés par une convention avec les CIOC, le délai moyen étant de 20 jours, selon l'audit.

¹⁴² 8 contrôles obligatoires pour le processus prestations (contrôle des doubles paiements, des nouveaux entrants, des décomptes élevés, d'un pourcentage de décompte, des prestations en espèces, des accords médicaux, des IJ, contrôle a posteriori des FSP) ; 2 contrôles obligatoires pour le processus "gestion des assurés" (contrôle des RIB, contrôle des changements de nom) ; 6 contrôles obligatoires pour le processus recouvrement (contrôle du remboursement des soldes créditeurs, des échéanciers non respectés, des dettes non soldées sans mise en demeure et sans contrainte, des notes de frais d'huissier, des productions de créance) et 16 contrôles obligatoires pour le processus comptabilité.

¹⁴³ Ils doivent appartenir à 5 thématiques définies par le plan de contrôle interne.

¹⁴⁴ Taux de rejet de 0,46% en mars 2015 passé à 0,24% en mai. Source: fiches APRIA 2014 remise à la mission.

2.5 Des coûts de gestion globaux plutôt en diminution, mais hétérogènes selon les OC

2.5.1 Des coûts de gestion du RSI en baisse

[682] Le rapport MAP IGAS/IGF de 2013 sur les coûts de gestion de l'assurance maladie avait effectué une comparaison des charges de gestion par bénéficiaire des différents régimes de base, à partir des chiffres issus du rapport de septembre de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), qui chaque année évalue les charges de gestion courante des régimes. Pour le RSI, ces charges dépendent de l'application d'une clé de répartition, fixée au prorata des ressources des différentes branches, en vertu de l'arrêté du 5 juillet 2007 pris pour l'application de l'article R. 611-73 du code de la sécurité sociale et relatif à la répartition des dépenses de gestion administrative entre les branches et régimes du régime social des indépendants. Pour la MSA, il en allait de même jusqu'à l'arrêté du 23 décembre 2014, qui instaure une modalité de ventilation des charges plus inspirée de la comptabilité analytique, qui s'appliquera aux comptes 2015.

[683] Le montant des charges de gestion courante maladie du RSI a baissé entre 2011 où il était de 384 M€ à 2014 où il est de 365 M€. Cette baisse provient de la baisse des coûts globaux de gestion du RSI sur cette même période (27 M€ entre 2011 et 2014) dont la plus grande partie a été affectée à la maladie (19 M€), alors même que les remises de gestion baissaient moins vite sur la même période. Le RSI explique cette répartition notamment par la fin des charges de "compensation maladie". Cependant cette affectation, décidée unilatéralement par le RSI, sans que la DSS n'apporte réellement de contre-expertise, mérite d'être interrogée. La DSS travaille actuellement sur un projet d'arrêté qui se rapprocherait des modalités de ventilation mises en place pour la MSA par l'arrêté de décembre 2014 précité, basées sur la comptabilité analytique.

Tableau 17 : Charges de gestion en 2014 (chiffres définitifs)

	Charges de gestion courante en M€*	Prestations sociales nettes en M€**	Bénéficiaires (maladie et AT)**	Ratio frais de gestion/prestations
CNAMTS	5 654	158 328	60 048 548***	3,57 %
MSA exploitants	279	6 859	1 456 181	4,06 %
MSA salariés	332	4 210	1 811 624	7,89 %
RSI	362	8 310	4 214 138	4,35 %

*Chiffres CCSS juin 2015 pour le régime général et chiffres définitifs 2014 DSS pour les autres régimes. Sont retirées les contributions aux ARS (pour la CNAMTS 135,46 M€, pour le RSI 3,2 M€ et pour la MSA au prorata des charges entre exploitants et salariés 5,3 M€). ** chiffres CCSS septembre 2014.*** chiffres CPAM + CGSS + Mutuelles délégataires au 1er janvier 2015 (source CNAMTS).

[684] Le coût moyen par bénéficiaire maladie du RSI a donc baissé, puisque le nombre total de personnes protégées a continué d'augmenter. Il passe de 99,5 € dans le rapport MAP à 85 €. Le coût moyen par bénéficiaire au régime général tombe quant à lui à 84,37 €, une fois retirés les frais de gestion versés à l'ACOSS¹⁴⁵. La MSA a recalculé à la demande de la mission un coût moyen par bénéficiaire à partir de sa comptabilité analytique. Elle aboutit à un coût de 88 € pour toute sa population couverte (exploitants + salariés), en éliminant notamment tous les coûts liés à la gestion du régime complémentaire.

¹⁴⁵ Virement ACOSS et UCANSS : 587, 277 M€.

[685] Ces chiffres sont à manier avec prudence. D'une part, les périmètres ne sont pas toujours strictement identiques, l'invalidité étant par exemple comptabilisée côté CNAMTS et MSA, alors que côté RSI elle émerge sur le risque vieillesse (mais ils sont en revanche strictement les mêmes que ceux utilisés dans le tableau 16 de l'annexe 5 du rapport MAP). D'autre part, la répartition des charges se fait pour les régimes multi-risques comme le RSI et la MSA au prorata des recettes de chacun des risques, et pas en fonction de la comptabilité analytique jusqu'à présent.

[686] Par ailleurs, pour le RSI, le poids des frais de gestion dans les prestations est supérieur à celui de la CNAMTS, mais inférieur à celui de la MSA salariés.

2.5.2 Des coûts de gestion hétérogènes et élevés

[687] Lorsque l'on regarde les coûts de gestion des seuls OC, le constat qui est fait est double : ils sont hétérogènes entre les deux réseaux et au sein des OC mutualistes, et les écarts se réduisent sur un rythme très lent.

[688] Le tableau suivant détaille le coût moyen par personne protégée organisme par organisme pour l'AROCMUT, calculé à partir des dépenses d'exploitation des organismes, et non des remises de gestion. C'est donc un coût moyen pour l'organisme, qui ne correspond pas au coût payé par le RSI.

Tableau 18 : Coût moyen par personne protégée pour les OC (dépenses d'exploitation/nombre de personnes protégées)

Nom de l'Organisme Conventionné	Coût moyen par PP 2013	Coût moyen par PP 2014	Evol 2014/2013
ADREA Mutuelle Professions Indépendantes	45,59 €	45,53 €	-0,12 %
HARMONIE MUTUELLE	52,66 €	47,60 €	-9,60 %
Union RMPI	54,88 €	53,11 €	-3,22 %
EOVI RO	49,53 €	49,11 €	-0,85 %
UTIM CENTRE	52,92 €	55,46 €	4,80 %
UTIM LR MP	53,82 €	52,50 €	-2,46 %
MUTUELLE BLEUE	54,38 €	52,72 €	-3,06 %
Union MTNS SUD-OUEST	52,46 €	52,87 €	0,80 %
PREVIFRANCE	69,10 €	68,59 €	-0,75 %
GME Santé	65,59 €	66,43 €	1,28 %
VIASANTE	60,52 €	60,49 €	-0,05 %
MUTUELLES DU SOLEIL	51,04 €	48,19 €	-5,58 %
Avenir Santé Mutuelle	50,44 €	45,36 €	-10,08 %
MUTUELLE France Sud	61,41 €	60,82 €	-0,96 %
UMCAPI	56,48 €	46,62 €	-17,46 %
AGIR Mutuelles	52,89 €	55,15 €	4,26 %
MUT'EST	84,73 €	76,48 €	-9,73 %
MSI	51,35 €	52,91 €	3,04 %
MUTUELLE SANTE	47,33 €	49,19 €	3,94 %
TOTAUX 19 OC mutualistes	54,32 €	51,82 €	-4,60 %

Source : AROCMUT

- [689] On note à la fois une très forte dispersion (les montants vont de 76,48 € pour Mut'Est à 45,36 € pour Avenir Mutuelle), et des évolutions très contrastées, puisque certains organismes enregistrent une baisse très forte de ce coût moyen (jusqu'à -17,46 % pour UMCAP), et d'autres une hausse non négligeable (jusqu'à 4,8 % pour UTIM Centre), sans que l'on puisse réellement expliquer ces écarts et ces évolutions. Le coût diminue entre 2013 et 2014 pour l'ensemble du réseau et passe à 51,82 €.
- [690] Pour la RAM c'est le processus inverse, le coût moyen passe de 39,61 € en 2012 à 40,73 € en 2013¹⁴⁶, mais reste très inférieur au coût du réseau mutualiste. Les indicateurs sur le poids des charges de gestion par type de prestations (PN et PE) sont toujours meilleurs pour la RAM que pour ceux de l'autre réseau (en 2013 : 14,03 % pour l'AROCMUT¹⁴⁷ contre 4,03 % pour la RAM pour les PN et 3,15 % contre 3,09 % pour les PE, contre 3,46 % pour les PN et 10,04 % pour les IJ à la CNAMTS).
- [691] Les OC ont une structure de leurs coûts d'exploitation un peu différente d'autres régimes de base : les dépenses de personnel ont un poids moins fort (60,7 % pour les OC mutualistes, même si là encore la dispersion est forte, puisque la MSI par exemple compte 71 % de dépenses de personnel et Harmonie Mutuelle 57,75 %, et 57,49 % pour l'OC assureur, contre 68,53 % à la CNAMTS et 72,30 % à la MSA).
- [692] Le coût par personne protégée peut également être calculé à partir du montant des remises de gestion, car c'est cette valeur qui intéresse le RSI, et qui est un coût pour l'assurance maladie obligatoire. La dispersion est moins forte qu'en prenant les dépenses d'exploitation, puisqu'un certain nombre d'organismes est en déficit d'exploitation, mais les écarts entre réseaux et entre organismes persistent.

Tableau 19 : Coût d'une personne protégée pour le RSI par OC (montant des remises de gestion/nombre de personnes protégées) en 2014

OC	Coût d'une personne protégée
ADREA Mutuelle Professions Indépendantes	47,07 €
HARMONIE MUTUELLE	44,80 €
Radiance Mutuelles PI	50,33 €
EOVI RO	47,91 €
UTIM CENTRE	53,02 €
UTIM LR MP	50,33 €
MUTUELLE BLEUE	50,05 €
Union MTNS SUD-OUEST	51,14 €
PREVIFRANCE	47,15 €
GME Santé	51,70 €
VIASANTE	47,26 €
MUTUELLES DU SOLEIL	39,00 €
Avenir Santé Mutuelle	47,77 €

¹⁴⁶ Rapport d'activité ROCA.

¹⁴⁷ Le même indicateur était de 4,5% en 2012, mais le périmètre a été modifié en 2013 car des OC ont signé de nouveaux conventionnements, ce qui expliquerait sa forte hausse.

MUTUELLE France Sud	49,20 €
UMCAPI	49,35 €
AGIR Mutuelles	49,74 €
MUT'EST	60,00 €
MSI	51,10 €
MUTUELLE SANTE	47,57 €
Total OC mutualistes	47,21 €
RAM	43,01 €

Source : AROCMUT/RSI

- [693] L'écart de coût de gestion est en 2014 de 4,20 € entre les deux réseaux. Il s'est réduit de 1,27 € depuis 2012. Au sein du réseau mutualiste, les coûts vont de 60 € à Mut'Est à 39 € pour les Mutuelles du Soleil.

Les coûts ont été calculés sur la base des effectifs de personnes protégées transmis par la caisse nationale et les OC, effectifs que l'on retrouve dans tous les documents communiqués par le RSI (Rapport annuel, RSI en chiffres, l'Essentiel du RSI, etc...). La cohérence entre ces données et les données exhaustives issues de la comptabilité des OC n'est cependant pas avérée. Après échanges avec la mission, ces effectifs maladie ne comporteraient en effet pas les personnes en maintien de droits (MDD), qui peuvent aussi être des consommateurs et occasionner donc des frais supplémentaires pour les OC. Les données transmises par la caisse nationale évaluent ces assurés en MDD à 257 300 pour les MDD inférieurs à un an et à 593 170 pour les MDD supérieurs à un an. Dans ce dernier cas, ils représentent 16 % des effectifs de la RAM et 12 % pour le réseau mutualiste. En l'absence cependant d'un taux de consommation objectif de ces assurés (que le RSI évalue à 20 % sans que ce chiffre ne soit étayé, puisqu'il cite aussi dans une fiche¹⁴⁸ préparée pour le PLFSS 2015, le chiffre de 50 000 assurés en 2013), la mission n'a pas pu déterminer s'ils étaient réellement "à charge" des organismes ou s'ils résultaient juste d'un problème de mise à jour des fichiers (*cf infra*). Le nombre de consommateurs affiché par le RSI tendrait à prouver qu'ils dépendent en réalité majoritairement d'un autre régime. Ces données sur les MDD n'étant jamais affichées ni par la caisse nationale, ni par les OC, lorsque sont évoqués les effectifs, et la question de leur réintégration dans la base n'ayant été suggérée que par les OC mutualistes, la mission n'a pas expertisé ce point plus avant, faute de consensus et données solides. Ont donc été conservés les chiffres "officiels" sur le nombre de personnes protégées (4,2 millions en 2014, dont 2,4 millions pour la RAM et 1,8 millions pour l'AROCMUT).

- [694] On note que les coûts sont systématiquement inférieurs à ceux calculés avec les dépenses d'exploitation, ce qui implique un déficit d'exploitation des régimes concernés ou un financement indirect du RO par le RC de la Mutuelle, via les clés de répartition des charges qui sont utilisées en comptabilité analytique.
- [695] La façon dont sont accordées les remises de gestion n'a donc permis qu'une réduction d'écart modérée. Une différence forte persiste entre le réseau assureur et le réseau mutualiste, différence due avant tout au maintien d'une répartition qui repose encore sur des dotations historiques, qui prennent en compte le fait que le réseau assureur a absorbé une forte hausse des effectifs à un moment où la rémunération par personne protégée baissait. La RAM reçoit proportionnellement à ses effectifs moins que le réseau mutualiste.

¹⁴⁸ dans laquelle était demandé que ces assurés soient d'office, au bout d'un an, basculés du côté du régime général et affiliés à la CMU de base.

Tableau 20 : Poids de l'OC assureur dans les remises de gestion par rapport à sa part de marché

	2012	2013	2014
Parts de marché OC assureur personnes protégées	57,24 %	57,31 %	57,22 %
Poids de l'OC assureur dans les remises de gestion prestations	54,85 %	54,93 %	54,93 %

Source : RSI

[696] La baisse des remises de gestion a en revanche entraîné par ailleurs une baisse du coût par personne protégée sur la période de la CNOM, et ce pour les deux réseaux.

Tableau 21 : Evolution du coût par personne protégée calculé à partir des remises de gestion (2011-2014)

Coût d'une personne protégée	2011	2012	2013	2014
RAM	44,35 €	44,52 €	43,61 €	43,01 €
OC mutualistes	49,82 €	49,06 €	48,04 €	47,21 €
Ecart	5,47 €	4,54 €	4,43 €	4,20 €

Source : RSI

[697] Le coût moyen 2014 pour tous les OC est de 44,80 €.

[698] Le nouveau mode de calcul a remis de l'ordre dans la répartition, les modalités passées de répartition ayant conduit à des évolutions erratiques des coûts des réseaux.

Tableau 22 : Evolution du coût par personne protégée calculé à partir des remises de gestion (2008-2011)

Coût d'une personne protégée	2008	2009	2010	2011
RAM	50,19 €	49,76 €	44,34 €	44,35 €
OC mutualistes	52,33 €	53,09 €	48,84 €	49,82 €
Ecart	2,14 €	3,33 €	4,50 €	5,47 €

Source : RSI

[699] Les coûts de gestion moyens par cotisant pour l'activité de recouvrement des cotisations PL sont en revanche plus bas et moins dispersés. Il est en effet de 40,02 € pour la RAM et de 41,88 € pour les OC mutualistes. Depuis 2011, l'écart s'est réduit de 1,67 €.

2.5.3 Des ratios de productivité peu exploités

[700] Par rapport aux calculs effectués par le rapport MAP de 2013 sur le nombre de bénéficiaires par ETP, la situation s'est encore améliorée pour les OC du RSI. De 1703 bénéficiaires par ETP pour la ROCA en 2012 on passe à 1764 en 2014 (+3,60 %)¹⁴⁹, et de 1361 à 1485 pour l'AROCMUT¹⁵⁰ (+9,1 %).

La mission a demandé des ratios complémentaires aux deux réseaux ainsi qu'au régime général afin d'observer la productivité. Le nombre de feuilles de soins géré par ETP est de 25 100 pour le réseau mutualiste et 31 482 pour le réseau assureur en 2013¹⁵¹. Le régime général fournit un chiffre de 162 314 et la MSA 33 716. A l'inverse la RAM affiche près de 10 000 IJ par ETP contre 1 800 IJ pour le réseau mutualiste, 4 710 pour la CNAMTS et 26 564 à la MSA. Une FSE coûte 0,2€ à la RAM, 0,28€ dans le réseau mutualiste et 0,16€ à la CNAMTS.

Les indicateurs du réseau mutualiste sont quasiment toujours moins bons que ceux de la RAM.

2.5.4 Une insuffisante dématérialisation de la gestion

[701] Enfin, en matière de dématérialisation, les OC ont encore des marges d'amélioration, même si des progrès ont été réalisés.

[702] Le taux de dématérialisation des feuilles de soins est de 88,9 % de FSE, inférieur à celui du régime général, (93,2 %) ou de la MSA (92,35 %)¹⁵².

Tableau 23 : Indicateurs de dématérialisation des FS et des paiements (2013)

	OC mutualistes	OC assureur
Nombre de décomptes issus de documents papiers	10,43 %	11,37 %
Nombre de décomptes issus de flux sécurisés	77,47 %	77,73 %
Nombre de décomptes issus de flux non sécurisés	12,10 %	10,90 %
Nombre de paiements réalisés par chèques	3,10 %	5,12 %
Nombre de paiements réalisés par virement	96,90 %	94,88 %

Source : *Rapports d'activité 2013 ROCA et AROCMUT*

¹⁴⁹ Sur une base de 1366 ETP en 2014, soit 85% des ETP totaux d'Apria. Apria n'a fourni que des chiffres régionaux, sans ventilation des effectifs du siège, la mission a donc appliqué ce prorata.

¹⁵⁰ Sur une base de 1214 ETP en 2014, source Arcomut.

¹⁵¹ Source: Rapports d'activité 2013 de la ROCA et de l'AROCMUT

¹⁵² Annexe 2 du PLFSS 2015.

- [703] On constate que le réseau mutualiste est meilleur en termes de dématérialisation des paiements et en proportion de flux électroniques (89,57 % contre 88,63 %). Les flux papiers décroissent (ils étaient de 15,5 % à la RAM en 2011) et sont passés à 9,4 % en 2014 à la RAM, où 55 % des FSP sont numérisées à la RAM, par un système de LAD (lecture automatisée de documents, *cf supra*).
- [704] Le taux de rejet des FSE est plus élevé qu'au régime général : 6 % à la RAM¹⁵³, contre 2,3 % à la CNAMTS. Dans les organismes mutualistes visités, ils ne sont pas prohibitifs, mais restent aussi supérieurs aux taux du régime général¹⁵⁴. Plus de 30 % des factures non sécurisées avaient cependant nécessité une intervention manuelle en 2014 à la RAM.
- [705] En termes de télétransmission Noémie, les taux sont nettement inférieurs à ceux du régime général (75,7 %), et inégaux selon les OC. Si la RAM a un taux de 64 % (700 contrats), il est de 50 % à Eovi (120 contrats) et à Harmonie Mutuelle, et de 47,8 % à l'URMPI (250 contrats). La MSI dispose de 100 contrats de télétransmission pour ses 30 000 assurés. Des décomptes papier doivent donc être encore envoyés une fois par mois à ces assurés, s'ils ne détiennent pas un compte électronique, au lieu d'une fois tous les quatre mois, comme le prévoit la CNOM.
- [706] Les OC utilisent encore le chèque comme moyen de paiement, contrairement au régime général, même s'il est en diminution. Le fait de ne pas devoir fournir un RIB de façon obligatoire au moment de l'affiliation est une vraie difficulté. Le taux est moins élevé chez les OC mutualistes qu'à la RAM (5,12 %) : 2,36 % chez Eovi et l'URMPI et Harmonie Mutuelle affichent moins de 1 % de paiements par chèque¹⁵⁵. A compter de 2014, Harmonie Mutuelle a cessé les paiements par chèque.
- [707] L'utilisation de l'appli de la CNAMTS qui permet de recevoir les arrêts de travail dématérialisés directement via l'enregistrement réalisé en ligne par le professionnel de santé (Service d'arrêt de travail-AAT)¹⁵⁶ est encore très marginale au RSI (2,2 % des arrêts en 2015, contre 22,3 % des arrêts totaux à la CNAMTS en 2014), qui utilise ce service depuis 2011. Ce service présente au RSI, contrairement à ce qui est en place à la CNAMTS, un intérêt limité, puisque l'arrêt ainsi dématérialisé n'est pas injecté dans l'appli IJ. Il doit donc être entièrement ressaisi.
- [708] La RAM affiche pour le premier semestre 2015 un taux de 11 % des demandes comme étant issues d'un vecteur dématérialisé (compte en ligne ou rubrique "Ecrivez nous" du site de la RAM), contre 7 % sur la même période en 2014¹⁵⁷.
- [709] Enfin, 52 % des paiements des PL sont dématérialisés à la RAM en 2013, contre 65 % pour les OC mutualistes cette même année.

¹⁵³ Le rapport MAP affichait un taux de 1,7% en 2012 pour la RAM (Annexe 1 : "Dématérialisation et simplification des processus de gestion de l'assurance maladie"), mais la RAM affiche cependant dans une fiche remise à la mission un taux de rejet FSE supérieur à 6%.

¹⁵⁴ A l'URMPI, les rejets FSE sont de 3,3% et FSP de 2,32%. Chez Harmonie Mutuelle, ces taux sont respectivement de 4,06% et de 4,87%, mais sont en augmentation par rapport à 2013, en raison du rejet des paiements par chèque à compter de 2014 et qui en représentent 27%.

¹⁵⁵ 0,3% pour Harmonie Mutuelle qui affiche un taux de 0,3% des prestations payés par chèque (10 000 chèques par an pour 4 millions de virements).

¹⁵⁶ Les arrêts sont enregistrés dans une base au RSI, deux fichiers pdf ont générés par le SI et la caisse de base et l'OC reçoivent chacun le fichier qui lui revient: volet 1 pour le service médical de la caisse et volet 2 (données administratives) pour l'OC.

¹⁵⁷ Source : Apria, document remis à la mission.

2.6 Un pilotage compliqué et une visibilité insuffisante pour le RSI

2.6.1 Un pilotage difficile pour la caisse nationale

[710] Le fait de déléguer le service des prestations et du recouvrement des cotisations des PL à des organismes externes nécessite pour la caisse nationale de pouvoir suivre et piloter les activités de ses délégataires.

Or, de nombreuses difficultés sont rencontrées dans ce pilotage de façon générale, difficultés aggravées dans le cas des OC mutualistes qui sont nombreux, indépendants et de taille très diverse. La création de l'AROCMUT, dotés d'ETP insuffisamment nombreux, n'a pas réellement permis d'éviter cet écueil. Les données fournies par cet organisme à la mission ont été plus fragiles que les données de la RAM.

[711] Même si des progrès importants ont été réalisés par la caisse nationale et les OC, comme cela a été décrit tout au long de cette annexe, la délégation de gestion conserve des aspects opaques.

[712] La configuration de la caisse nationale est assez révélatrice des difficultés à mettre en place un pilotage efficient du réseau des OC. Tout d'abord, la compétence sur le OC est éparpillée entre plusieurs directions : la direction de la gestion des risques et de l'action sociale (DGRAS) et en son sein la direction santé, au sein de laquelle se trouvent deux ETP consacrés aux relations avec les OC (suivi des programmes inter-régimes en matière de télé-services et notamment le "programme 2" de la CNAMTS, suivi de TITAM, de la réglementation et des réformes en cours (IJ, tiers payant intégral...)) ; la direction déléguée au réseau et en son sein la direction du contrôle de gestion et de l'immobilier de service, où se trouvent 1,5 ETP chargés du conventionnement avec les vingt OC, du suivi des CNOM (au moins quatre réunions par an), de la répartition des remises de gestion et de l'audit des CIOC ; la direction de la production et du service aux assurés, où sont vus les sujets relation assurés, mais aussi affiliation qui font nécessairement intervenir les OC, qui mobilisent un ETP et enfin la direction comptable et financière et en son sein la direction de la certification et de la maîtrise des risques, où trois ETP suivent notamment les audits des OC. Au total, quatre directions ont à traiter du sujet avec un faible nombre d'ETP affectés, ce qui engendre pour les agents une charge de travail très importante, avec des turn-overs forts.

[713] Il n'y a pas vraiment de direction leader entre la DDR et la DGRAS. C'est la DDR qui organise les quatre réunions annuelles du comité de suivi de la délégation de gestion où viennent les deux organes nationaux représentant les OC et en fait le secrétariat. mais c'est à la DGRAS qu'été désignée récemment une personne "point d'entrée" pour les OC au sein de la CN RSI. La DDR est également chargée d'organiser des réunions bi-mensuelles avec le réseau des caisses de base. En novembre 2014, les représentants des OC avaient été conviés pour faire un point sur les sujets importants. Neuf points avaient été identifiés et trois groupes de travail ont été récemment lancés (harmonisation des pratiques entre caisses régionales vis-à-vis des OC, rattachement santé et courriers et réduction des affranchissements). La mission n'a pas pu se procurer les comptes-rendus des premières réunions qui se sont tenues en juin, mais il lui a été dit que les choses peinaient à se mettre en place.

[714] D'une façon plus générale, l'impression donnée est que, à part le rendez-vous de début d'année sur les remises de gestion, et le suivi des sept indicateurs de performance de la CNOM qui l'accompagne, il n'existe pas de réel pilotage avec une vision globale des problématiques des OC, chaque direction mettant en place des groupes de travail en fonction des sujets d'actualité (groupes de travail sur le site internet et le lien avec les OC, groupe de travail sur les réclamations, groupe de travail sur les SI et le fichier des assurés...). La réunion de novembre 2014 a été une tentative pour mettre à plat de façon un peu globalisée les différents chantiers, mais n'a visiblement pas rencontré un succès réel.

[715] Enfin, la faiblesse des effectifs affectés à la maladie et notamment aux évolutions de la réglementation et aux chantiers inter-régimes, associée à la délégation de gestion, impacte nécessairement par ailleurs, la capacité du régime à avancer sur les projets inter-régimes.

Comme élément de comparaison, on peut constater que dix chantiers du "Programme 2" ont été mis en œuvre à la MSA contre six seulement au RSI¹⁵⁸ (et 25 au RG). Surtout, neuf nouveaux télé-services devront être implantés en 2015 et 2016, dont le service ADR (Acquisition des droits) / Mod (Middle office des droits étendus), qui est une solution de consultation des droit en ligne inter-régimes pour le professionnel de santé. Il est impératif qu'il soit complet au moment du basculement au Tiers payant intégral et généralisé de façon à limiter les rejets. Le fait de devoir faire le lien avec les OC complique nécessairement la mise en œuvre de ces projets. C'est la CNAMTS qui est leader sur la mise en place de ces télé-services et elle ne peut pas avoir comme interlocuteurs 20 OC pour le RSI. C'est donc à la caisse nationale ensuite de se retourner vers les OC. L'exemple de la mise en place en juin 2013 du dispositif d'accompagnement par le pharmacien des patients sous traitement chronique par Anti-vitamine K (AVK) est significatif : la CNAMTS a juste relevé le nom des assurés, mais ça a été à la caisse nationale d'aller chercher pour chaque assuré quel était l'OC compétent.

[716] Les difficultés de pilotage de la caisse nationale se retrouvent plus globalement dans de nombreux domaines.

➤ En matière d'indicateurs de performance tout d'abord.

Si les sept indicateurs servant à calculer la part variable des remises de gestion sont très bien suivis, et si cinq des suivants sont des indicateurs COG, donc également suivis, ce n'est pas le cas des deux autres (indicateur 10 et 11 sur l'accueil et les comptes en ligne). Ils se retrouvent parfois dans les rapports d'activité qui remontent au RSI chaque année, mais sans qu'il n'y ait de consolidation de la part de la caisse nationale. S'y ajoutent des indicateurs issus des annexes de la CNOM, notamment sur l'accueil (délais de réponse aux courriers, courriels), dont on ne sait pas s'ils sont suivis ou non. En revanche, toujours sur l'accueil, la CNOM ne précise pas les horaires de l'accueil physique et de l'accueil téléphonique¹⁵⁹, mais la CN RSI affirme que s'imposent aux OC les mêmes exigences qu'à l'accueil en caisse de base.

On trouve aussi dans les rapports d'activité les indicateurs de l'ancienne CNOM, plus ou moins remplis selon le réseau. Ces rapports d'activité comportent d'ailleurs des données variées (ratios de gestion sur les frais de personnel, de fonctionnement, informatiques, frais de gestion par fonction, ratios par rapport à la population protégée (nombre de décomptes, de FSE...) ou les ETP) qui ne sont pas non plus exploitées par la caisse nationale. Elles sont pourtant intéressantes en termes de productivité respective des deux réseaux et présentent par ailleurs, surtout côté AROCMUT un certain nombre d'incohérences, que la mission a souligné à la tête de réseau, qui mériteraient que la caisse nationale s'y intéresse. Le rapport annuel sur les coûts de fonctionnement comparés des OC annoncé à l'article R611-90 du CSS n'a jamais été réalisé par la caisse nationale. Par ailleurs, le fait que ces indicateurs soient systématiquement atteints et que la part variable soit automatiquement intégralement attribuée retirent à la caisse nationale un outil de pilotage de son réseau d'OC.

➤ En matière d'informatique ensuite. Les OC sont totalement autonomes sur le choix de leurs applications métiers. Et l'implantation des nouvelles réformes et réglementations se fait chez leurs développeurs. Le RSI ne maîtrise pas les éventuels incidents qui peuvent se produire, et qui nécessitent ensuite une mobilisation et des OC, avec leurs CIOC, et souvent de la caisse nationale elle-même. Les enjeux informatiques prennent de plus en plus d'importance et le fait d'avoir plusieurs interlocuteurs peut être générateur de retard ou de problèmes. La mise en place du tiers payant, d'abord sur les bénéficiaires de l'Aide à la complémentaire santé

¹⁵⁸ Demande d'accord préalable médicament ; déclaration médecin traitant ; historique des remboursements ; avis d'arrêt de travail ; paiements ; patientèle médecin traitant IR.

¹⁵⁹ 8H d'amplitude par jour pour l'accueil physique du lundi au vendredi et 8h-17h pour l'accueil téléphonique.

(ACS) au 1er juillet 2015, puis par étapes pour l'ensemble de la population va être un véritable test pour les OC et la caisse nationale.

[717] Un exemple récent illustre les difficultés rencontrées par le RSI : depuis 2011, les établissements de santé anciennement sous "dotation globale" expérimentent le nouveau dispositif de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) sur les consultations externes et les séjours, avec des paiements effectués par la caisse de paiement unique (CPU, qui est soit la CNAMTS, soit la MSA). Pour les consultations externes, la généralisation a commencé, et pour les séjours, les caisses sont dans une phase de test. Au 1er février 2014, ce dispositif concernait 39 établissements juridiques et 405 établissements géographiques. Les OC sont chargés de contrôler et valider les factures des établissements et de recouvrer les franchises et participations forfaitaires y afférent, ainsi que la CMUc.

Durant la phase d'expérimentation sur les consultations externes (avril 2013 à mars 2014), le délai de traitement en jour des factures était très nettement supérieur au RSI à celui des deux autres régimes (17,13 en juin 2013 contre 3,89 pour la MSA et 3,42 pour le RG, tombé à 3,88 pour le RSI en mars 2014 contre 2,74 au RG) ; comme le taux de factures en attente (encore à 24,89 % en mars 2014 contre 12,27 % pour le RG) ou le taux de rejet (8,38 % en mars 2014 pour le RSI, contre 5,09 % à la MSA et 3,71 % au RG)¹⁶⁰. Surtout, un incident intervenu sur le logiciel Activ'RO à la RAM, où Cegedim "recettait" une nouvelle version pour le tiers payant ACS, a bloqué le 13 juin dernier toutes les chaînes de paiement, y compris celles des autres régimes. L'incident a touché aussi les OC mutualistes sous Activ'RO. Les factures sont restées ainsi bloquées pendant plus de trois semaines, l'incident ayant mis du temps à rentrer dans l'ordre. Surtout, la CNAMTS a eu du mal à trouver un interlocuteur informé au RSI et la caisse nationale a eu beaucoup de difficultés à comprendre ce qui était en cause, les OC rejetant au départ la responsabilité sur la CNAMTS. A l'occasion de cet incident est également ressorti le fait que les factures FIDES traitées par les OC ne l'étaient pas selon les mêmes paramètres qu'au régime général, même si ces anomalies là n'étaient pas bloquantes.

- En matière de contrôle interne également. Si des progrès certains ont été réalisés par le RSI, les processus engagés n'ont pas été jusqu'à harmoniser les procédures du côté des caisses régionales, qui peuvent demander des pièces différentes aux OC selon les régions (sauf en matière de comptabilité où le travail d'harmonisation a été réalisé) et réaliser des "tests" avec des méthodes différentes, comme le soulignait l'audit des CAC sur les comptes 2014. Mais surtout du côté des OC, ceux-ci gardent la maîtrise de leur dispositif de contrôle interne, pour que les risques majeurs soient maîtrisés. On est donc encore loin des plans de maîtrise socle imposés par la CNAMTS aux CPAM ou des référentiels d'audit pour les sections locales mutualistes. Cette remarque s'applique encore plus fortement au réseau de l'AROCMUT.

[718] L'application TITAM trouve aussi ses limites : ce sont des contrôles de cohérence qui sont effectués, mais qui dépendent d'abord de ce qui était demandé à l'OC. Si l'OC ne liquide pas certaines prestations, la caisse nationale ne peut pas le voir. TITAM ne permet pas non plus de contrôler le fait générateur de la liquidation (feuille de soins raturée, ordonnance fictive, médicaments conformes à la prescription, bénéficiaire éligible aux IJ, ententes préalables délivrée...). Ce contrôle là dépend de la qualité du dispositif de contrôle interne de l'OC, les deux aspects étant complémentaires.

- Enfin, sur la relation client. Sur des sujets importants comme la gestion des réclamations, le site internet ou la signalétique de l'accueil ou des courriers, la caisse nationale met clairement en avant ses limites : des progrès ont été accomplis, mais les OC finissent par être "bloquants" et par renvoyer toute évolution un peu structurelle à la négociation de la prochaine CNOM, et ce d'autant plus que l'AROCMUT n'est qu'un intermédiaire entre le RSI et des OC qui ont chacun leurs propres pratiques et offre de services. Alors que vis-à-vis des URSSAF, dans le cadre de l'ISU il avait été dès le départ décidé d'avoir une seule

¹⁶⁰ Source CNAMTS

signalétique RSI, des courriers uniques RSI, ce sont des choix différents qui ont été faits pour les OC, avec le maintien du double logo, ce qui montre bien une tendance un peu différente d'affirmation de l'identité propre des OC.

- [719] Sur tous ces sujets, les OC se considèrent malgré tout comme un réseau en soi, assureur d'un côté, mutualiste de l'autre, avec une tradition d'indépendance, certes relative, mais réelle. Lorsque la RAM qualifie la délégation du RSI de "retenue", c'est qu'il est estimé que cette indépendance n'est pas encore assez développée.
- [720] Ces difficultés de pilotage se retrouvent au niveau régional. Partout où la mission est passée, les caisses de base constatent que la création du RSI a transféré le pilotage des OC au niveau national (conventionnement national, attribution nationale des remises de gestion...). Il est frappant de constater que les indicateurs santé repris dans les CPG ne traitent pas des OC¹⁶¹. La réorganisation des audits avec un système de caisse pilote / caisse associée, a aussi provoqué un certain éloignement : une caisse régionale peut manquer de visibilité sur les audits réalisés sur les OC de sa région, et ce d'autant plus que les résultats des audits menés ne redescendent pas de façon fluide et formalisée. Cette situation est aujourd'hui renforcée par les réorganisations en cours dans les gros OC et déjà évoquées *supra* : une caisse de base, lorsqu'elle veut avoir un contact dans un OC sur les PN, les PE ou la gestion du fichier devra joindre des délégations régionales différentes. Chaque fonction lui impose désormais un interlocuteur distinct, en faisant parfois une distinction au sein même des prestations en nature entre FSE et FSP, ce qui complique au niveau local les contacts avec les OC pour des caisses de base, qui ont parfois comme on l'a vu *supra*, jusqu'à huit OC à gérer dans leur région. Ainsi en Bretagne pour l'URMPI, la caisse doit s'adresser à Rennes pour les PN et à Alençon pour les IJ. Pour la RAM, les IJ sont à Laval, avec les FSP, les FSE étant elles bien traitées sur site à Rennes.

2.6.2 Un problème de visibilité globale

- [721] A ces difficultés de pilotage s'ajoutent également des problèmes de visibilité sur les actions des OC, malgré les systèmes mis en place.
- [722] En matière de prestations par exemple, la mission a souhaité connaître le détail au sein des prestations versées par les OC entre les prestations en nature et les prestations en espèces. Si l'AROCMUT a fourni des chiffres, Apria dit ne pas effectuer cette distinction. Elle apparaît pourtant bien dans certaines fiches produites par l'OC, sur les IJ uniquement, mais avec des chiffres très différents de ceux avancés par la caisse nationale dans le bilan des CNOM à mi-parcours (106 M€ pour Apria contre 202 M€ en 2013 pour la CN RSI), différences qu'on retrouve d'ailleurs dans le montant global des prestations affichées (2,350 Mds€ en 2012 et 2,449 Mds€ en 2013 pour Apria, alors que le bilan CNOM réalisé par le RSI affiche pour ce réseau 2,376 Mds€ et 2,476 Mds€ ces années là)¹⁶².
- [724] La mission a aussi cherché à connaître le montant des réserves cumulées des deux réseaux. Apria lui a cité le chiffre de 60 M€ de "fonds associatifs", mais l'AROCMUT ne dispose pas de cette donnée. La caisse nationale ne la suit pas non plus. Il en va de même des ratios de gestion fournis dans le rapport d'activité fourni chaque année par les têtes de réseau au RSI. Sur le ratio dépenses d'exploitation / nombre de personnes protégées, la RAM affiche un chiffre de 40,73 € pour l'année 2013 dans ce document, mais lorsque la mission recalcule ce chiffre à partir des données de comptes de résultat fournies par Apria, le chiffre passe à 50 € pour cette même année, car les dépenses d'exploitation divergent de 20 M€ entre les deux documents.

¹⁶¹ Délais d'ouverture des droits liés à la CMUC ; Montant des préjudices subis détectés au titre du plan de contrôle santé ; Taux de participation au Bilan Santé Retraite ; Taux de participation au Bilan Prévention Pro.

¹⁶² L'écart entre le montant des prestations figurant dans les documents du RSI et celui enregistré en comptabilité de la RAM provient du fait que pour le RSI ce montant est calculé en fonction de la date de liquidation des prestations ce qui inclut les prestations en instance de vérification alors que la comptabilité se réfère à la date de paiement des prestations.

[725] En matière de comptabilité, les CAC soulignaient lors de leur audit des comptes 2013 que des écarts subsistaient entre les comptabilités de certaines caisses avec les OC se trouvant dans leur région, au moins pour six d'entre elles. Le recouvrement par les OC de la part complémentaire de la CMUc lorsque celle-ci est assumée par un organisme complémentaire est également fait de manière irrégulière selon les OC, selon les caisses régionales visitées par la mission. mais aucune n'a pu donner plus de précision. A titre illustratif, la RAM avait en 2014 5 M€ à récupérer à ce titre, et avait recouvré 4 M€ en fin d'année. Sur le million restant, 0,7 M€ était estimé avec un "risque de non recouvrement". La caisse nationale n'a pas non plus de visibilité par OC sur le recouvrement de la PF et de la franchise. Fin 2014, 27,4 M€ restaient à recouvrer, dont 12,8 M€ pour l'AROCMUT, sans que la caisse nationale sache réellement quelles étaient politiques de recouvrement mises en place. Sur l'exercice 2014, le taux de RAR était de plus de 15 %¹⁶³. La question se posera dans le cadre du basculement au tiers payant intégral généralisé car les modalités de récupération vont évoluer, et les OC devront se les approprier. Enfin, les modalités d'élaboration de la comptabilité des OC dépendent la plupart du temps des clés de répartition établies au sein de la comptabilité analytique de l'organisme pour imputer sur l'activité RO d'éventuelles charges supportées par le régime RC. Les caisses de RSI n'ont aucune visibilité sur la façon dont se font ces imputations de charges.

[726] Par ailleurs, si l'application TITAM est au cœur du contrôle effectué par le RSI sur la liquidation des OC, le système a encore des défauts : les caisses de base ne suivent pas de façon homogène les rejets et les signalements OC par OC et le recyclage qui en est fait ensuite.

[727] On retrouve les mêmes incertitudes dans le domaine de l'offre de services. La CN RSI ne sait pas côté mutualistes notamment quels sont exactement les télé-services offerts.

[728] Enfin en matière de gestion, et notamment de ratios de gestion, seuls sont suivis par la caisse nationale les ratios liés aux remises de gestion ("coût d'une personne protégée"). Ni les coûts de fonctionnement proprement dits, ni certains ratios de productivité (nombre de FSE par ETP etc...) ou qualitatifs (nombre de rejets FSE) ne sont suivis par la caisse nationale, les effectifs non plus. La mission a par exemple interrogé Apria et AROCMUT pour avoir la répartition des effectifs par processus métier. Apria les lui a fournis, mais l'AROCMUT ne disposait pas des données, il a été procédé par sondage sur certains OC (*cf infra*).

2.6.3 Des difficultés aggravées par l'imbrication des compétences

[729] A ces difficultés de pilotage et à ce manque de visibilité s'ajoutent des problèmes de frontières de compétences, inévitables lorsqu'on a une multiplicité d'acteurs sur un même champ, qui peuvent générer soit des dysfonctionnements, soit des pertes d'efficacité.

[730] Les imbrications de compétences ont été exposées *supra*. Elles ont parfois des conséquences non négligeables.

¹⁶³ Le taux de recouvrement de la CNAMTS était de 96,3% d'une cohorte de créances au bout de 4 ans, selon le rapport MAP 2013.

- [731] Ainsi en est-il en matière de gestion du fichier des assurés. La base de données maladie n'est pas commune aux OC et à la CN RSI, comme on l'a déjà exposé. Il existe donc deux bases distinctes, actualisées par des flux informatiques entre les deux systèmes. Si les indicateurs COG liés à l'affiliation sont en progression¹⁶⁴, les décalages de fichiers entre les OC et le RSI reste une vraie source de dysfonctionnement, et nécessite un travail chronophage pour les agents de la caisse nationale, notamment sur les adresses. La CNOM 2012-2015 affichait comme objectif de travailler sur l'amélioration et la qualité du fichier. Parmi les 29 objectifs suivis par la CN RSI figure ainsi la "synchronisation des bases de données respectives" et un groupe de travail sur "l'amélioration de échanges RSI-OC" est en cours, suite à l'abandon du projet GAYA qui devait constituer un référentiel commun aux OC et au RSI. Les rejets entre les deux SI ne sont pas marginaux : une étude menée par la CN RSI montre qu'entre le 28 avril 2015 et le 26 mai 2015, sur 60 600 flux traités, TAIGA en a rejeté plus de 18 000, soit près de 30 %. L'inscription des ayants-droits ne se fait visiblement pas sans difficulté pour les OC, puisque les sujets qui leur sont liés représentent 26,5 % des rejets, les différentes données (rang, type...) n'étant pas toujours compatibles selon les SI. Ces décalages donnent lieu à des dysfonctionnements (difficultés de rattachement au RNIAM des ayants-droit, envoi de courrier sur des actions de prévention à des mauvaises adresses ou à des personnes décédées par exemple ou rejets TITAM dont la majorité est due à des non correspondances de référentiels entre OC et CN RSI).
- [732] A ces problèmes s'ajoutent également des difficultés en matière de rattachement RNIAM et donc d'émission de cartes vitales. Si le rattachement est de la compétence du RSI, la demande de carte vitale est de celle de l'OC. Il y a donc là encore un domaine de compétence nécessairement partagé. Une étude spécifique sur les étapes du processus d'émission de carte vitale a été menée en 2014 par la CN RSI. Elle montre que 2 % des rattachements correctement effectués par le RSI n'arrivent pas dans le SI des OC via les flux RNIAM prévus à cet effet. Si l'accès à Sagess par les OC constitue un réel progrès comme évoqué *supra*, il ne donne que des informations liées au SI du RSI. Les accès au RNCPS¹⁶⁵ et au RNIAM prévus par la CNOM ne sont pas encore généralisés et dépendent OC par OC d'une convention avec la CNAV afin d'avoir accès au portail EOPPS¹⁶⁶. Cet accès permettra d'avoir une information complète sur le rattachement au RNIAM d'un assuré. A ces flux mal synchronisés s'ajoutent le fait que même lorsque l'OC reçoit le bon flux d'information sur le RNIAM, près de 9 % des demandes de cartes vitales qui auraient dû être émises ne le sont pas, selon la même étude de 2014, qui conclut que ce sujet doit être "approfondi" et qu'un groupe de travail monté avec les OC en juin 2015 devrait le traiter. D'une façon plus globale, la mission a eu des difficultés à obtenir des données précises sur les cartes vitales.
- [733] En matière de gestion du risque et de lutte contre la fraude, les acteurs sont également inter-dépendants les uns des autres. Dans toutes les régions visitées, il a été souligné à la mission que les échanges caisses OC, notamment pour avoir accès aux pièces justificatives, étaient une source de perte d'efficacité. On retrouve ces mêmes types d'échanges chronophages en matière de traitement des IJ, et notamment du contrôle de l'ouverture des droits, où lorsque l'OC ne trouve pas la bonne information sur le portail ISU, il se retourne vers la caisse de base. La mission n'a pas pu chiffrer le nombre exact de dossiers concernés, mais il ressort des entretiens un chiffre compris entre 10 % et 15 % des dossiers vus par les OC qui remontent à la caisse de base. Toujours en matière d'IJ, la nouvelle réglementation qui soumet les IJ maladie et maternité à condition de revenus oblige les OC à recevoir un tableau Excel de la caisse nationale, dans l'attente d'une intégration au SI. Un autre exemple peut être tiré du bilan de la campagne d'audit 2014 sur les OC, pour laquelle le RSI souligne les pratiques différentes des caisses en matière de relance des non-répondants en cas de feuilles de soins avec des recours contre tiers : soit ce sont les OC qui le font, soit ce sont les caisses de base, ce qui tendrait à prouver qu'elles peuvent avoir des rôles, dans certains cas, substituables.

¹⁶⁴ Taux d'affiliation et de radiation dans les délais, et taux de certification des NIR.

¹⁶⁵ Répertoire national commun de la protection sociale.

¹⁶⁶ Espace des organismes partenaires des organismes de la protection sociale

- [734] Concernant la prévention enfin, on ne peut que noter que le monde des OC et de la CN RSI s'ignorent. Si la CN RSI affirme que la prévention est de sa pleine compétence, tout en soulignant leur crainte que certains OC mutualistes s'appuient sur les actions menées par la branche chargée du régime complémentaire pour accroître leur importance sur ce sujet, certains OC n'hésitent pas à mener leurs propres actions, sans articulation réelle avec celle de la CN RSI. Ainsi la RAM a-t-elle organisé seule un atelier "spécial santé et bien-être des indépendants au travail" en octobre 2014 à la Chambre de commerce et d'industrie (CCI) de Lyon, où la CN RSI a été finalement assez tardivement conviée à tenir un stand, l'initiative étant purement OC. La RAM a également initié un "baromètre sur la santé et le bien-être au travail des indépendants" en partenariat avec le CREDOC, avec envoi d'un questionnaire à plus de 10 000 assurés. Elle se positionne clairement là en concurrence avec les activités du RSI.
- [735] Plus globalement, ces chevauchements de compétence peuvent entraîner un manque de lisibilité sur les rôles de chacun pour les assurés. Le service courrier d'une des caisses visitées disait passer une heure par jour à trier et renvoyer les courriers arrivés à la caisse RSI, alors qu'ils concernaient les OC. Sur le sujet de la carte vitale, la lettre réseau déjà citée de 2015 qui rappelle le processus de production précise que même si c'est de la compétence de l'OC, lorsque l'assuré se présente à un accueil RSI, les agents d'accueil doivent "aider à réaliser les opérations demandées". Il a notamment été dit à la mission lors des entretiens menés en région que des inscriptions d'ayants-droit pouvaient aussi se faire en caisse de base. Cette inscription est d'ailleurs de droit lorsque l'ayant-droit est conjoint collaborateur, car il y a une possibilité d'ouverture de droits aux IJ qui lui est associée. Il en va de même lorsqu'un assuré se présente à un accueil RSI et signale des changements administratifs : c'est la caisse qui les prend en charge, alors que la gestion du fichier sur ces points incombe normalement à l'OC. Et la CNOM est parsemée d'allusions au fait qu'il existe en réalité plusieurs points d'entrée sur le même champ de compétences (délais de transmission des réclamations à la caisse RSI lorsqu'elle a été mal orientée et vice-versa ; délai de transmission des dossiers d'ASS lorsqu'ils arrivent en OC, etc.).
- [736] En définitive, et de façon plus générale, même si ces interactions sont inévitables, et même si globalement l'OC est un interlocuteur facilement identifiable pour l'assuré, les acteurs sont positionnés sur un champ qui malgré la répartition des compétences existantes peut entraîner des chevauchements, source de dysfonctionnements, de concurrence inutile ou de manque de lisibilité. A l'inverse, la mutualisation des bonnes pratiques n'est pas toujours en place : ainsi en est-il de la transmission des RIB, lorsqu'une caisse de base en obtient, qui ne se fait pas et qui permettrait pourtant aux OC de réduire leurs règlements par chèque. Ou lorsqu'on veut renforcer cette mutualisation, notamment sur l'offre de services, se pose toujours *in fine* le sujet des compétences de chacun. Les évolutions actuelles sur le site internet du RSI et la création de la rubrique "Ma santé" au sein de "mon compte assurés" sont très significatives.
- [737] L'objectif du RSI est de mutualiser au maximum les données internet OC et celles du RSI. Les OC craignent cependant de perdre de leur spécificité en donnant accès directement au compte maladie que les assurés ont chez eux depuis le portail du RSI. Le lot 1 en cours de test prévoit donc juste un lien vers le site de l'OC. Mais le RSI voudrait que le lot 2 permette un accès au compte personnel de l'OC, voire de remplir directement des formulaires de télé-démarches sur le site du RSI, alors même qu'elles sont présentes chez certains OC (CEAM, déclaration de perte ou de vol de carte vitale, voire demande de carte vitale). On retrouve la même problématique avec le lot 2 de l'application "Cali" déjà évoquée, et prévu pour courant 2016 : la RSI souhaiterait qu'il existe au moins une interface avec les outils de gestion client des OC, pour que le système contienne une trace des contacts, voire avec les outils de gestion des tâches pour suivre les demandes. Il est vrai qu'on se retrouve au cœur de l'ambiguïté de la délégation de gestion : s'il semble cohérent que l'assuré puisse depuis le site du RSI accéder à des données santé ou que l'agent d'accueil du RSI puisse suivre les contacts assurés dans ce domaine également, il est vrai aussi que cela fait clairement doublon avec les services qui se développent au sein des OC. Au final, le message peut être plus brouillé qu'éclairci auprès de l'assuré, dans un univers où il ne sait pas toujours le "qui fait quoi".

3 PLUSIEURS SCENARIOS D'EVOLUTION DE LA DELEGATION DE GESTION SONT ENVISAGEABLES

[738] Sur le risque maladie, deux options différentes existent : maintenir la délégation de gestion, en la modernisant et en la mettant sous contrainte de façon à améliorer la productivité des OC ; ou la supprimer pour transférer cette gestion à un autre régime existant, de façon à réaliser des gains au niveau macro-économique.

3.1 Scénario 1 : le maintien de la délégation de gestion, sous conditions

[739] Ce scénario présente un avantage certain : il évite, sur la durée de la future COG, de fragiliser au sein du RSI, qui dispose encore de zones de difficultés manifestes sur les autres risques, un dispositif maladie qui, malgré des faiblesses certaines, fonctionne correctement et est apprécié des usagers, et défendu par les administrateurs. Il permet aussi de mener dans des délais raisonnables une véritable étude de faisabilité de scénarios alternatifs.

[740] Il est clair en revanche que le dispositif actuel ne peut être maintenu en l'état. Les OC sont trop nombreux et trop hétérogènes, côté mutualiste notamment, pour que cela puisse permettre un pilotage satisfaisant du réseau. Le fait que les organismes fonctionnent plutôt globalement correctement est un atout sur lequel il faut s'appuyer pour réformer la délégation de gestion : contrairement aux autres risques du régime, des réformes structurantes peuvent intervenir, sans que cela ne mette en danger la relation de service.

Dans un contexte économiquement contraint, le montant des remises de gestion devrait être revu à la baisse, le RSI devant participer aux économies prévues sur les dépenses de gestion de la sphère sociale, notamment sur la période 2015-2017 (plan d'économies de 50 Mds€ annoncé début 2014, avec une participation de 1,25 Mds€ des caisses de sécurité sociale, passée depuis à 1,5 Mds€). Leurs modalités de répartition devraient également évoluer pour agir plus fortement sur la convergence des coûts de gestion, ce qui devrait amener à des restructurations fortes au sein des OC. Enfin, ces restructurations devraient s'accompagner d'un renforcement du pilotage de la CN RSI sur les OC.

3.1.1 Des remises de gestion qui pourraient baisser entre 6 % et 15 % sur la future CNOM

[741] La COG de la CNAMTS sur la période 2014-2017 prévoit une diminution sur la période de 15 % de la rémunération versée aux opérateurs délégataires de l'assurance maladie (mutuelles d'étudiants et de fonctionnaires) pour lesquels le coût par personne protégée va passer de 44 € à 38 € en fin de période.

[742] Il n'y a pas de raison objective qui inciterait à traiter différemment les OC du RSI. Les OC ont des coûts de gestion très hétérogènes et des structures de coûts extrêmement diverses, il est donc impossible de pouvoir juger OC par OC ou globalement du niveau de soutenabilité de la baisse des remises de gestion. Une baisse de 15 % serait indéniablement brutale, mais permettrait à l'inverse une restructuration du secteur, même si certaines mutuelles peuvent décider de subventionner le RO au moyen du régime complémentaire qu'elles gèrent par ailleurs.

[743] Une variante, moins brutale consisterait à appliquer les 15 % de réduction sur la part des frais de fonctionnement hors personnel, soit 40 % des remises de gestion. Cela reviendrait à appliquer sur la période une baisse de 6 %. Mais l'effort demandé restera moins élevé que celui demandé aux organismes délégataires du RG.

- [744] Dans le premier cas, 30,33 M€ seraient économisés sur la période et le montant des remises de gestion atteindrait 171,875 M€ en 2019. La part liée aux prestations serait de 158,044 M€¹⁶⁷ en fin de période, et donc, si on applique 0,52 % de hausse aux effectifs annuels sur la période¹⁶⁸, le coût de gestion serait de 37,23 €, contre 44,8 € en 2014, soit une baisse 13,42 % pour l'OC assureur et de 21,14 % pour le réseau mutualiste, si la baisse du coût de gestion est appliquée uniformément.
- [745] Dans le deuxième cas, 12 M€ seraient économisés sur la période, et le coût de gestion tous OC confondus en fin de période serait de 41,17 €.
- [746] La future CNOM doit être également l'occasion de supprimer l'enveloppe liée au financement spécifique des ETP de la RAM dans les DOM, soit une économie de 624 000 €, et de proposer une solution alternative aux agents concernés.
- [747] Cette baisse massive des remises de gestion ne sera cependant restructurante que si plusieurs conditions l'accompagnent.

3.1.2 La modification impérative des modalités de répartition des remises de gestion entre les OC

- [748] Une modification de la méthode de répartition entre les deux réseaux s'impose.
- [749] Il paraît d'abord indispensable aujourd'hui d'abandonner une répartition basée sur des dotations historiques, qui se sont construites au cours du temps, et n'ont plus aujourd'hui de signification en matière de charges de gestion. Cette modalité de répartition est en outre un argument pour les OC pour ne pas analyser leurs coûts de gestion. L'AROCMUT, régulièrement interrogée par la mission sur la disparité des coûts au sein de son réseau, ne la justifie que par les dotations historiques. Même si c'est un élément objectif, il n'en ressort pas moins que certains OC exercent la même activité que d'autres pour un coût nettement inférieur, sans que cela ne pousse la tête de réseau à approfondir les structures de coûts.
- [750] Il paraît également raisonnable d'abandonner la formule qui vise à atténuer l'impact de l'histoire en redistribuant un peu plus à la RAM lorsqu'elle absorbe plus de 50 % des effectifs d'une année. Cette formule est trop compliquée pour être maîtrisée par les acteurs qui se la voient appliquer, et a en outre montré son impact limité. Il devient incompréhensible aujourd'hui pour les acteurs de ne pas être rémunéré de la même façon pour un service équivalent.
- [751] La formule la plus simple consisterait en la fixation d'un coût cible à fin de période uniforme entre les deux réseaux, soit 37,23 € par exemple dans le cas de la variante à 15 %. Ce coût cible devrait nécessairement être inférieur à celui de l'organisme le moins coûteux aujourd'hui. Les quatre années de la COG permettraient de lisser la baisse. Une pondération pourrait être introduite en fonction du montant des prestations versées par assuré, afin de prendre en compte les caractéristiques de la population assurée, sujet que la mission n'a pu approfondir faute de données précises de la part des organismes, et en fonction de la productivité des organismes (nombre de feuilles de soins traitées par ETP par exemple).
- [752] C'est le réseau mutualiste qui devra faire les efforts les plus importants, mais ceux-ci seront inégaux au sein même du réseau, étant donnés les disparités de coût existantes. L'AROCMUT pourra décider de ne pas appliquer la même méthode au sein de son réseau et de faire converger plus lentement les coûts des OC. Cela implique cela dit une solidarité des organismes les moins chers envers ceux qui sont plus chers.

¹⁶⁷ Pour une base 2015 remises de gestion prestations de 185,93 M€ (part fixe 167,342 M€ et part variable de 18,6 M€ sur 20,22 M€ de part variable 2015, si on applique 91,95% au montant global de part variable. 91,95% représente la part de la part fixe prestations sur le total de la part fixe de remises de gestion).

¹⁶⁸ Hausse 2014/2013.

Recommandation n°45 : Revoir les modalités de répartition des dotations de gestion entre les deux réseaux, en fixant un coût de gestion homogène par personne protégée à horizon de fin de COG, inférieur à celui pratiqué par l'organisme le moins coûteux actuellement

[753] Enfin, il serait plus incitatif de revoir les modalités d'attribution de la part variable. Aujourd'hui, elle est systématiquement accordée, ce qui n'incite pas à la performance. Le modèle des "bonus-malus" accordés aux sections mutualistes à la CNAMTS pourrait être imité. Les majorations reposent sur les activités de contrôle interne, les actions de maîtrise médicalisée et la qualité de service, tandis que les minorations tiennent compte de l'insuffisance du contrôle interne ou de la qualité de service ou du non respect des échanges avec la CNAMTS. Cela nécessite aussi de revoir les indicateurs de performance de la CNOM (*cf. infra*).

3.1.3 La nécessaire recherche de sources d'économies

[754] S'il ne revient pas à la mission de s'immiscer dans les équilibres de gestion des organismes et s'il revient à chaque responsable d'OC de mettre en œuvre le plan d'économies qui devra lui permettre d'atteindre le coût cible, certaines pistes sont d'ores et déjà identifiées :

- Le poids des charges informatiques est plus élevé dans les OC du RSI que dans d'autres régimes. Une analyse complémentaire en matière de SI, notamment sur l'avantage du passage à un seul prestataire et à un seul logiciel métier, mais aussi sur les conditions financières offertes par les prestataires, devrait être menée pour définir les gisements de rationalisation des coûts éventuels. L'éparpillement des OC majore cependant structurellement la part des coûts informatiques dans les coûts de gestion.
- La dématérialisation est une voie de progrès à amplifier.
 - La mission MAP avait évalué entre 5 € et 10 € selon les régimes l'écart de coût entre une FSP et une FSE. Le RSI a encore 4 points d'écarts en matière de poids des FSE par rapport au régime général, ce qui laisse des marges de manœuvre. Sur 41 millions de FS traitées en 2014, si la RAM en dématérialise 4 % de plus à 0,20 € au lieu de 5,20 €, plus de 8 M€ sont ainsi économisés sur la période.

Recommandation n°46 : Accroître la part des FSE.

- Une étude devrait également être menée sur les causes et les types de rejets de FSE, que le rapport MAP avait estimé être une source de surcoût. L'un des moyens de les réduire est pour le RSI de maintenir son investissement dans les services du "Programme 2" de la CNAMTS, que la mission MAP estimait pouvoir réduire les rejets de 25 % à 50 % d'ici 2017 et donc le nombre d'ETP qui lui est affecté. Au vu cependant de la faiblesse des effectifs maladie en caisse nationale et des retards pris par le RSI, il serait utile de travailler avec la CNAMTS pour voir quelles pourraient être les modalités d'une prise en charge par celle-ci du "programme 2" pour le compte du RSI.

Recommandation n°47 : Confier à la CNAMTS le suivi du "Programme 2" pour le compte du RSI.

- L'augmentation des paiements par virement et la baisse de l'envoi des décomptes sous format papier sont aussi des pistes sérieuses, qui devraient réduire les frais d'édition et d'affranchissement. Pour cela, les OC doivent investir dans leurs télé-services, afin de développer les comptes assurés, et des campagnes d'incitation à la fourniture des RIB doivent être lancées, y compris en collaboration avec le RSI, notamment au moment de l'affiliation. La mission MAP avait évalué les coûts d'édition et d'affranchissement pour Apria à 4,62 € par bénéficiaire. Si la proportion de titulaires

d'un compte en ligne passe de 25 % à 50 % des assurés¹⁶⁹, près de 2 M€ seraient économisés pour le réseau assureur.

Recommandation n°48 : Favoriser les échanges de RIB avec le RSI, et instaurer le RIB comme pièce obligatoire à fournir au moment de l'affiliation.

- Enfin, le RSI devrait réfléchir aux modalités d'injection directe dans son SI des arrêts de travail dématérialisés, afin d'éviter la ressaisie par les OC.

Recommandation n°49 : Prévoir une injection des AAT dans l'applicatif IJ en cours de rénovation.

- La rationalisation de la gestion du fichier des assurés est un autre des points majeurs sur lesquels le RSI doit avancer. La RAM affiche un coût de gestion lié au suivi du fichier des assurés de plus de 9 % de ses charges de gestion globales, et le réseau mutualiste de plus de 14 %. Cette rationalisation doit tout d'abord porter sur l'inter-régimes, en dématérialisant la "fiche de mutation" ou "bordereau inter-régimes" qui est aujourd'hui échangé sous format papier avec les OC, en complément de l'affiliation qui se fait au niveau du RSI par voie informatique, car comprenant plus de données que celles qui sont transmises au moment de l'affiliation (données médico-administratives d'une famille : ayants-droit, médecin traitant, ALD...). Un travail a été initié à la CNAMTS par le biais de l'outil OPTIMA, il doit perdurer. En intra-régime ensuite, en relançant les travaux informatiques liés à la mise en place d'une base unique accessible aux OC, et en approfondissant les causes de non lancement d'une demande de carte vitale de la part des OC (*cf. supra*).

Recommandation n°50 : Finaliser les travaux de la CNAMTS sur la dématérialisation des fiches de mutation.

Recommandation n°51 : Relancer les travaux sur une base commune OC / RSI.

3.1.4 L'amélioration indispensable des indicateurs

- [755] Il a été évoqué *supra* la faiblesse de certains indicateurs et de leur suivi, faiblesse également relevée par la Cour des comptes dans son relevé d'observations provisoires sur les OC déjà cité.
- [756] Pour la prochaine CNOM, il apparaît indispensable de faire le tri dans les indicateurs, ceux qui sont systématiquement dépassés n'ayant plus forcément le caractère d'indicateurs de performance, mais pouvant basculer en indicateurs de suivi. Les ratios de gestion, qui sont nombreux et remplis par les OC dans les rapports d'activité transmis au RSI, pourraient être réduits mais intégrés sous forme d'indicateurs de performance. Les cibles des indicateurs CNOM et COG quand ils sont les mêmes doivent par définition être identiques. Le décalage existant aujourd'hui entre les deux documents sur le délai de traitement des FSE n'est pas cohérent.
- [757] Certains indicateurs doivent être précisés, en fonction des travaux en cours à la CN RSI : sur les réclamations ou sur le taux de décroché (en alignant sur ce qui se fait au RSI : le décroché s'entend comme le décroché humain et non pas comme un décroché comprenant le serveur vocal interactif) ou sur les amplitudes horaires de l'accueil téléphonique ou physique (qui ne sont pas mentionnées aujourd'hui dans l'annexe 4 de la CNOM sur l'accueil).
- [758] Il apparaît aussi nécessaire de regrouper tous les indicateurs dans un même document au sein de la CNOM, et de ne pas les éparpiller entre différentes annexes, sans récapitulatif. La CNOM actuelle a bien un tableau global en annexe 5, mais il regroupe 14 indicateurs, alors qu'il en figure d'autres dans d'autres annexes, notamment sur l'accueil.

¹⁶⁹ Nombre d'assurés 2014 : 1 645 630.

- [759] Il semble ensuite utile de déterminer comment sont suivis les indicateurs de suivi, qui aujourd'hui, lorsqu'ils ne recourent pas des indicateurs COG, ne font pas l'objet d'une analyse de la part de la caisse nationale. Les OC doivent pouvoir remplir un document global, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui où seraient distingués performance et suivi.
- [760] Il serait également nécessaire d'instaurer quelques indicateurs de la CNOM dans le CPG, afin que la caisse régionale qui a quand même des contacts réguliers avec les OC, se sente investie également dans ce domaine, ce qui n'est pas contradictoire avec le pilotage exercé par la caisse nationale.
- [761] Enfin, de nouveaux indicateurs de performance (certains existent déjà sous forme d'indicateurs de suivi), en lien avec les pistes d'économies, avec les nouvelles problématiques inter-régimes (FIDES, tiers payant...), avec incidence financière, ou liés à la productivité, devraient être mis en place : sur la dématérialisation (part des FSE, part des rejets, part des virements, nombre de comptes en ligne ouverts, lien avec le site du RSI ou Cali), sur le fichier des assurés (nombre de rejets Taiga, cartes vitales n'ayant pas fait l'objet d'une demande), sur le contrôle interne (taux de maîtrise des risques), sur les factures FIDES liquidées, sur le recouvrement de la CMUc ou des franchises et PF, ou sur les FS liquidées par ETP ou le nombre d'ETP par personne protégée.
- [762] Les actions pour améliorer ces indicateurs gagneraient à être plus "personnalisées" dans les CLOM, qui ne sont aujourd'hui que la recopie de la CNOM, sans adaptation à la structure de l'OC mutualiste. Le CLOM, dans un contexte où les gains d'efficacité vont être plus que nécessaires, doit devenir un outil de pilotage plus performant pour l'AROCMUT.

Recommandation n°52 : Remettre à plat les indicateurs actuels en regroupant leur suivi et en liant plus les indicateurs de performance à des thématiques financières ou de productivité.

Recommandation n°53 : Faire du CLOM un vrai outil de pilotage pour l'organe tête de réseau.

3.1.5 Un pilotage plus structuré qui passe aussi par un relèvement du seuil d'effectifs couverts pour le conventionnement

- [763] Les faiblesses actuelles du pilotage de la caisse nationale ont été soulignées *supra*.
- [764] Concernant la caisse nationale, il paraît nécessaire de désigner auprès du directeur général (DG), une personne chargée de la coordination transversale des directions sur la délégation de gestion pour faire le lien entre les personnes concernées. Il est évident aussi qu'en termes d'ETP, le suivi des OC est aujourd'hui en sous-effectifs à la caisse nationale, dans un contexte où la réglementation change et devient de plus en plus complexe et où le suivi des actions sinter-régimes, notamment sur "Programme 2" devient très technique.

Recommandation n°54 : Désigner un chef de projet sur les OC, placé auprès du DG.

Recommandation n°55 : Redéployer au bénéfice du suivi des OC le nombre d'ETP de la caisse nationale.

- [765] Ce pilotage, qui s'est déjà renforcé au cours des dernières années, doit encore progresser.

[766] En matière de contrôle interne, comme le soulignent à la fois les CAC et la caisse nationale, il est nécessaire que la liste des risques majeurs et les moyens de maîtrise qui y sont associés intègrent le référentiel de contrôle interne du RSI. La caisse nationale, même si les OC ont mis en place leurs propres dispositifs, doit être plus directive sur les plans de contrôle interne, qui doivent être désormais harmonisés. La mise en place d'un plan de contrôle interne formalisé et applicable à tous les OC sera la garantie de l'homogénéité des pratiques de contrôle interne au sein des OC, dont on a vu qu'elles étaient encore hétérogènes et plus ou moins solide selon la taille de l'OC. Cela implique la définition par les directions métier concernées du RSI et les représentants des OC de dispositifs/actions de maîtrise et d'indicateurs de mesure associés. Le plan de la RAM peut servir de modèle.

Recommandation n°56 : Mettre en place un plan de contrôle interne unique dans tous les OC.

[767] Concernant les audits réalisés par les caisses de base, un pilotage interne plus resserré doit être mis en place sur une équipe d'auditeurs spécialisés à temps plein sur l'activité déléguée aux OC et des missions d'audits étendues sur toute l'année. Les forces d'audit pourraient également être mutualisées pour alléger les tâches de chacun entre les caisses de base et les services des OC de l'audit interne quand ils existent. Les pratiques des caisses de base doivent être harmonisées : tests harmonisés et plus laissés à l'appréciation de l'auditeur, pièces justificatives identiques, mises en place de mesures de contrôle avec un impact financier plus important (échantillons réduits aujourd'hui). Par ailleurs, tous les processus, y compris gestion des assurés et CMUC devraient être audités. Cela permettrait notamment d'avancer sur le sujet des désynchronisations des fichiers sur lequel on n'a aujourd'hui peu de données. Afin d'avoir une cartographie annuelle des OC audités représentative des personnes protégées, il pourrait être décidé pour la prochaine CNOM que seuls seraient audités systématiquement chaque année cinq ou dix OC concentrant la majorité de la population, une rotation s'effectuant sur les autres sur la durée de la CNOM, afin de couvrir significativement les dépenses annuelles, et d'auditer l'ensemble des DR sur la durée de la CNOM. Les caisses de base dans lesquelles se trouvent l'OC audité doivent être systématiquement associées à l'audit et s'en voir communiquer les résultats.

Recommandation n°57 : Faire évoluer le dispositif d'audit dans les caisses de base : harmonisation des pratiques, cartographie centrée sur les plus gros OC, mutualisation des "forces d'audit" OC / caisses de base, audit de l'intégralité des processus.

[768] Comme cela a été évoqué *supra*, et recommandé par la Cour des comptes dans le ROP de 2013 précité, un des axes d'audit pourrait reposer, en lien avec les CAC des OC, sur la validation de la ventilation des charges de gestion RO / RC au sein de la comptabilité analytique des OC.

Recommandation n°58 : Inclure dans les audits du RSI l'examen de la comptabilité analytique des OC (ou demander une validation des CAC des OC sur ce point).

[769] Sur le référentiel de contrôle interne du RSI lui-même, il est dommage que le processus H1 ne comprenne des AMR que liées à TITAM. Il serait bon de les élargir à d'autres types d'actions sur les IJ ou la GDR par exemple.

Recommandation n°59 : Elargir les AMR du processus H1.

[770] Enfin concernant TITAM, qui est un bon outil de contrôle, et que les acteurs se sont bien appropriés, une harmonisation des procédures sur les signalements et les forçages, ainsi que sur les délais de recyclage des rejets attendus de l'OC, devrait être engagée, afin de pouvoir suivre ce que font les caisses de base, qui ont aujourd'hui une vision très hétérogène sur le rôle qui est le leur vis-à-vis de ces contrôles et des suivis de l'OC qui doit s'en suivre.

Recommandation n°60 : Harmoniser les pratiques des caisses de base sur TITAM.

[771] Plus généralement, le RSI devrait s'interroger sur le maintien de certains des contrôles, qui n'ont pas d'incidence financière. Pourrait aussi être étudiée la possibilité d'embarquer les contrôles TITAM avant la liquidation, sur le logiciel des OC. Il serait ainsi procédé en une fois, lors du traitement et lorsque se prend la décision de paiement, à l'ensemble des paiements. Cela éviterait la charge de l'indu et permettrait aussi d'associer à cette refonte l'outil Liqmed, déjà implanté dans les chaînes de liquidation. La possibilité de basculer vers les organismes complémentaires les remboursements bloqués par Liqmed sur les paiements à 100 % en ALD pourrait être mise à l'étude.

Recommandation n°61 : Remettre à plat les contrôles TITAM et Liqmed.

[772] Sur l'offre de services et la relation client, déjà évoquée dans la présente annexe, le pilotage du RSI doit aussi se renforcer si l'on veut notamment harmoniser et mutualiser les pratiques RSI / OC, en matière d'accueil ou de télé-services. Il est pour cela nécessaire qu'un travail de fond s'engage d'abord du côté du réseau mutualiste sur lequel on a aujourd'hui peu de visibilité (courriers, types de télé-services...). Si la création d'un lien depuis le site du RSI pour accéder directement au compte assuré sur le site de l'OC semble une idée intéressante, la possibilité de faire des télé-démarches sur le site du RSI, alors qu'elles existent du côté des OC, semble plus être élément de doublon. L'intégration des OC dans CALI sera aussi un enjeu de la prochaine CNOM.

Recommandation n°62 : Harmoniser les vecteurs de la relation client entre les OC d'abord (offre de télé-services/courriers), puis mettre en place une offre mutualisée avec le RSI (accès au compte personnel OC depuis le site du RSI ; interface avec CALI).

[773] Ce pilotage national doit s'accompagner d'un renforcement du pilotage régional. Les caisses de base semblent avoir perdu le contact avec les OC de leur région, souvent trop nombreux. Le projet Trajectoire, qui donnera lieu en 2019, à la création de 13 caisses de base au lieu de 29, est une occasion de renforcer ce pilotage, en resserrant à la fois le nombre de caisses RSI et le nombre d'OC. Si le nombre d'OC ne diminue pas, les demandes de conventionnement sur d'autres régions vont s'accroître, et avec l'élargissement des régions RSI, le nombre d'OC dans la région va augmenter. Les caisses ne pourront plus piloter un nombre d'OC supérieur à dix dans la région.

[774] Le passage à Trajectoire devrait donc s'accompagner d'un relèvement du seuil d'effectifs pour le conventionnement. Ce seuil pourrait en outre porter sur la région, à terme élargie, et plus sur la France entière. Le fait d'estimer le seuil sur la France entière donne en effet naissance à des stratégies de contournement par certains OC qui ne couvrent plus la population nécessaire dans une seule région et ouvre des bureaux dans des régions très éloignées (par exemple Corse et Champagne-Ardenne) avec quelques adhérents pour conserver le conventionnement.

[775] Le relèvement du seuil entraînerait des fusions d'OC, comme cela fut le cas après 2008, et comme cela est déjà un peu engagé (projet d'union mutualiste de groupe fusion Adrea/Eovi), ce qui permettrait de réduire le nombre d'OC. La cible idéale en termes de pilotage serait d'avoir un seul organisme mutualiste, mais cela semble impossible à générer, étant donnée la gouvernance des mutuelles, ou à imposer, car contraire au droit de la concurrence. Le processus doit se faire donc par des fusions/regroupements et le relèvement du seuil devrait le faciliter, sous réserve d'être suffisamment significatif. Il devrait permettre aussi de faire face à la baisse des remises de gestion. En portant le seuil à 80 000, on conserve huit organismes mutualistes¹⁷⁰ (voire plus si certains fusionnent pour atteindre le seuil).

En le portant à 100 000, on en conserve quatre¹⁷¹. Dans les deux cas, il semble nécessaire de laisser une année aux mutuelles pour pouvoir se réorganiser, dans un contexte où la généralisation de la complémentaire santé au 1er janvier 2016 les fragilise déjà. Porter le seuil au-delà entraînerait des restructurations très importantes, qui nécessiteraient une période d'adaptation plus longue, et

¹⁷⁰ Harmonie Mutuelle, URMPI, Adrea, Mutuelle Bleue, Mutuelles du Soleil, PréviFrance, Union MTNS du Sud-Ouest, Eovi (79786 pp en 2014).

¹⁷¹ Harmonie Mutuelle, URMPI, Adrea, Mutuelle Bleue.

demanderait par ailleurs un temps d'expertise au regard des exigences du droit de la concurrence. En revanche, dans le cadre des nouvelles caisses régionales issues de Trajectoire, le nouveau seuil pourrait être couplé avec un minimum de personnes assurées par région ou par inter-région, le seuil actuel étant aujourd'hui calculé nationalement, ce qui devrait également accélérer les regroupements.

- [776] Cette concentration des caisses RSI et des OC doit aller de pair avec le développement d'accueils mutualisés RSI/OC, ce qui reste marginal aujourd'hui. Elle doit aussi s'accompagner d'une rationalisation de l'organisation des OC. On a vu que celle-ci évoluait sous forme de "pôles de compétence métier inter-régionaux", ce qui est plutôt une bonne chose. Mais il est important de caler ces réorganisations sur le futur projet Trajectoire, afin de ne pas trop éloigner artificiellement géographiquement les centres de gestion et les caisses de RSI. Pour toutes ces raisons, les OC doivent être associés à terme aux travaux sur Trajectoire.

Recommandation n°63 : Associer les OC aux travaux sur Trajectoire, afin qu'ils puissent adapter leur organisation

Recommandation n°64 : Augmenter le seuil de conventionnement à 80 000 ou 100 000 personnes couvertes et y ajouter une déclinaison minimale par région ou inter-région

- [777] Une autre option consisterait en l'abandon de la délégation de gestion. En effet, si les défauts de pilotage d'un réseau de délégataire trop hétérogène ont été soulignés *supra*, et si ceux-ci peuvent en partie être résolus par les moyens qui viennent d'être développés, il n'en reste pas moins qu'une partie d'entre eux est intrinsèque au dispositif de la délégation de gestion, notamment l'absence de visibilité globale sur les modalités de fonctionnement des organismes et sur l'imbrication des compétences qui fait que les acteurs sont inter-dépendants, tout en voulant marquer pour les OC leur autonomie.

- [778] Passer à un système intégré est un des moyens d'éviter ces écueils. Si la réinternalisation au sein du RSI de la liquidation des PN, des PE et du recouvrement des cotisations PL ne semble pas techniquement possible, le régime n'ayant pas de compétences sur tous ces points (à l'exception sans doute des IJ, mais comme cela sera développé, il semble compliqué de séparer gestion des PN et des PE, notamment vis-à-vis de l'assuré), contrairement à ce qui était le cas de la MSA lors de la réintégration du GAMEX en 2014 (*cf infra*), le transfert de la liquidation des PN et des PE à un régime déjà existant serait une option sérieuse.

- [779] Elle le serait d'autant plus que les coûts de reprise sont nécessairement doublement inférieurs aux coûts de gestion des OC : ils ne prennent en compte qu'une partie des fonctions, les autres étant déjà assumées par ailleurs pour leurs ressortissants et mutualisées, et ils portent par définition sur un périmètre plus large, incluant en plus des activités des OC des fonctions assumées par les caisses de RSI (affiliation, etc...).

Si cette option devait être envisagée, la mission considère que c'est le transfert au régime général qui présenterait le plus d'avantages.

3.2 Scénario 2 : la fin de la délégation de gestion et le transfert au régime général

3.2.1 Les nombreux arguments en faveur du transfert au régime général

[780] L'un des premiers arguments en faveur de ce transfert repose sur une caractéristique très particulière du RSI, qui est en maladie d'abord un régime "de passage".

Il présente des niveaux de mutations entrantes et sortantes avec les autres régimes particulièrement élevés. Il traite en moyenne par an 305 000 mutations du RSI vers l'inter-régime et 418 000 mutations de l'inter-régime vers le RSI¹⁷².

[781] En 2014, 12 % des ressortissants sont entrés en provenance d'autres régimes et sur 519 000 nouveaux entrants, 392 411 venaient du régime général hors SLM, soit plus de 75 %¹⁷³. Plus de 9 % sont sortis vers d'autres régimes et sur 389 040 assurés sortants, 300 758 sont partis au régime général, soit plus de 77 %. Seuls 43 110 nouveaux assurés ne venaient pas d'un autre régime, soit à peine 1 %. Sans atteindre les niveaux observés pour le régime des étudiants (qui connaît une rotation annuelle du tiers de ses bénéficiaires), ce phénomène singularise le RSI par rapport aux autres "grands régimes" que sont le régime général et la MSA.

[782] Surtout, il permet de tirer deux constats importants. Tout d'abord, il montre bien les liens avec le régime général. Les assurés du RSI sont par définition des assurés qui connaissent le régime général ou y passeront durant leur carrière. Un transfert vers ce régime ne devrait pas leur sembler contre-nature et la CPAM n'est pas un organisme qui leur est inconnu. Ensuite, ces mutations inter-régimes sont, comme on a pu déjà l'évoquer, chronophages et sources de surcoûts pour les régimes, même si ceux-ci sont difficiles à objectiver. Pour la RAM, c'est 9 % de ses coûts de gestion qui sont consacrés à cette gestion de fichiers et pour l'AROCMUT plus de 14 %. Pour la CNAMTS en 2014, c'est plus de 13 % de ses coûts de gestion¹⁷⁴. Pour le RSI, c'est aussi une source de coûts, puisque c'est à son niveau que se fait le rattachement au RNIAM. Une bonne partie de la gestion du fichier des assurés est donc réalisée au sein des caisses de RSI.

[783] Même si le taux de certification des NIR, indicateur COG, progresse tout au long de la période (95,78 % en 2014 contre 93,50 % en 2011), dans une étude intitulée "Etude affiliation de bout en bout" menée en juin 2014 et déjà citée, la CN RSI souligne que si le rattachement RNIAM est traité en moyenne en deux à quatre jours, pour 5 % des dossiers, le délai est beaucoup plus long (plus de 19 jours), le délai moyen était de 68 jours entre le début de l'affiliation et le rattachement au RNIAM, certains dossiers prenant plus de 6 mois. Les conflits de rattachement RSI / RG ne sont pas rares¹⁷⁵, et lorsque la caisse de RSI ne traite pas suffisamment vite le rattachement d'un nouvel assuré, c'est souvent le RG qui reprend la main et effectue un rattachement RNIAM, sur lequel il faut ensuite revenir. Ces allers-retours, outre qu'ils sont pénibles pour les assurés, ont un coût certain.

¹⁷² Source : Annexe 2 PLFSS 2015.

¹⁷³ Source : RNIAM.

¹⁷⁴ Source : CNAMTS. En 2014, les flux sortant vers le RSI ont représenté 16% de la totalité des flux sortants et les flux entrants depuis le RSI 8% de flux entrants. Source RNIAM.

¹⁷⁵ Dans l'étude sur les mutations menée en 2014 par le RSI, celui-ci est de 1,5%.

- [784] Un autre sujet toujours lié au fichier des assurés concerne les assurés en maintien de droits (*cf supra*), qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire, et que les OC conservent dans leurs fichiers (ce qui peut entraîner des écarts avec les fichiers du RSI, qui ne les comprennent pas toujours, les assurés en maintien de droits ne devant pas entrer dans le périmètre des remises de gestion, comme le soulignait le ROP de la Cour des comptes sur les OC déjà cité), alors même qu'il ignore ce que devient l'assuré. Il en va de même des assurés qui suite à un changement de situation changent de régime, mais qui tant que le nouveau régime ne s'est pas substitué à l'ancien qui verse les prestations, continuent de se dépendre de leur ancien régime¹⁷⁶, et ce, sans limitation de durée dans le temps. Certains d'entre eux sont qualifiés de "super-prolongés" car ils excèdent la durée de un an de maintien de droits¹⁷⁷, et sont dans leur grande majorité non consommateurs au RSI, et dépendant d'un autre régime sans que celui-ci ne l'objective dans le RNIAM, par exemple si le NIR est non certifié. Là encore peut être souligné le lien avec le régime général.
- [785] Le rapport MAP de 2013, à partir de la comptabilité analytique du RSI estimait en 2012 le nombre d'ETP du RSI consacrés à la gestion du fichier des assurés à 148 sur la fonction "affilier ; modifier ; radier", soit sur la base d'un coût de 50 000 € (coût + fonctionnement), 7,4 M€. Mais le périmètre est par définition plu large que les seules mutations RSI/RG. En revanche, il estimait à 140 les ETP dédiés à cette fonction répartis à égalité entre CPAM et caisses de RSI, soit 7 M€. Regrouper au sein d'un même fichier les assurés du RSI et de la CNAMTS serait source d'économies significatives pour l'assurance maladie obligatoire.
- [786] Un deuxième argument en faveur du transfert vers le régime général vient de la nouvelle intégration financière du régime au régime général, depuis la loi n°2014-892 de financement rectificative de la LFSS pour 2014, qui prévoit que le régime maladie du RSI est équilibré par une dotation de la CNAMTS, destinée à assurer l'équilibre financier de la branche¹⁷⁸. Si bien évidemment peuvent être découplées les modalités de financement d'un régime et sa gestion, cette nouvelle intégration financière peut être vue comme une première étape comme une intégration plus globale.
- [787] Un troisième argument pourrait trouver sa source dans les imbrications existant déjà entre le RSI et la CNAMTS, et posant d'ailleurs problème, le RSI étant souvent en retrait : la présente annexe a évoqué les sujets de la mise en place de "Programme 2" ou de la généralisation de FIDES, voire de la mise en place du Tiers payant généralisé. Le RSI étant intégré au RG, les dysfonctionnements notés sur la mise en place de ces processus importants pour l'inter-régime, mais aussi pour les assurés, les professionnels de santé et les établissements, seraient résolus.
- [788] Enfin, d'une façon plus générale, le contexte politique et réglementaire actuel incite au rapprochement entre les deux régimes (*cf. encadré supra*).

Tableau 24 : Actualité autour d'un "régime maladie universel"

Réflexions actuelles autour d'un "régime maladie universel"

1. Vers un régime maladie universel?

A l'occasion du 70ème anniversaire de la sécurité sociale, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a annoncé le 5 mai 2015 le lancement d'une réflexion "qui pourrait déboucher, à terme, sur un régime maladie universel", afin de "sécuriser les droits sociaux par-delà les parcours professionnels" et "simplifier radicalement la couverture des soins", c'est à dire de garantir l'effectivité des droit auxquels les assurés peuvent prétendre en cas de changement de leurs situations professionnelles ou familiales. Cela fait référence aux ruptures de droits qui peuvent

¹⁷⁶ Article L 161-15-2 du CSS.

¹⁷⁷ Articles L161-8 et R161-3 du CSS.

¹⁷⁸ Article L612-1 du CSS.

intervenir en cas de changement de régime, même s'ils sont en théorie réglementairement impossibles, et aux démarches complexes qui doivent être engagées par les assurés dans ces mêmes situations.

La direction de la sécurité sociale a donc lancé des groupes de travail sur ce que pourrait être à un horizon temporel non défini ce régime maladie universel. Les thématiques abordées sont nombreuses : simplification des conditions d'ouverture de droits aux prestations en nature, dissociation entre le régime gestionnaire et le régime qui perçoit les cotisations, suppression de la notion d'ayants-droit, liberté de choix du régime gestionnaire pour éviter toute mutation non volontaire, création d'une base de données unique, avec lieu unique d'affiliation, extension de l'affiliation sur critère de résidence à la CMU de base dans tous les régimes, afin d'obtenir un basculement automatique en fin de maintien de droits...

2. Le rapport du Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale (HCFi-PS)

Parmi les différents sujets dont le Premier Ministre a saisi le Haut Conseil pour l'année 2015, la lettre du 21 octobre 2014 évoque "l'architecture financière des différents risques, avec l'étude de diverses hypothèses allant de la simplification de certains transferts financiers entre les branches ou internes à celles-ci, jusqu'à l'idée d'un régime unifié des prestations maladie en nature". Le rapport, remis au Premier Ministre le 15 juillet dernier, explore un certain nombre de scénarios :

- Un premier lot de scénarios d'intégration financière globale au RG pour tous les régimes, qui irait de pair soit avec une simplification des mécanismes d'affiliation (maintien dans le régime d'origine, droit d'option), mais où les régimes existants conserveraient leur compétence en matière de gestion des droits et de liquidation des prestations, soit avec un régime d'affiliation unique, qui serait le RG, sur un critère de résidence unique. Dans ce dernier cas, les régimes autres que le RG perdureraient pour verser des PE, le droit à celles-ci continuant de s'appuyer sur un critère professionnel, ou aussi des PN, si l'assuré le demande. Un système d'affiliation unique devrait reposer à terme sur un fichier des assurés unique.

- Un deuxième lot de scénarios qui envisage soit un régime unique pour les PN (affiliation, gestion, liquidation) qui serait le RG pour les PN, les autres régimes conservant le PE ; soit deux régimes distincts, l'un pour les salariés, rattaché au RG, l'autre pour les non-salariés, rattaché à la MSA, sur la base de ce que proposait le rapport MAP de 2013, même si le Haut conseil en souligne certains inconvénients (maintien des mutations, questionnement sur l'unicité d'approche autour des deux types de population).

Dans les deux types de scénarios, l'intégration financière est un préalable, puisqu'il y aura dissociation entre le régime professionnel qui recouvrera les cotisations et le régime qui versera les prestations, ceux-ci pouvant être différents. Le lien entre ouverture des droits et cotisations sera rompu, au profit du caractère universel du droit aux PN, mais il faut garantir que les cotisations, quel que soit le régime de recouvrement, financeront bien les comptes combinés de la branche.

Les administrateurs du RSI ont fait part de leur position sur ces scénarios, dans un document adressé au HCFi-PS en juillet 2015, en précisant que " De telles orientations risquent fortement de remettre en cause les principes et le fonctionnement actuels du RSI en matière d'assurance maladie, à commencer par la délégation de gestion aux organismes conventionnés à laquelle le RSI reste très attaché. La mise en œuvre de telle orientation semble également, à bien des égards, hasardeuse. Le RSI n'est donc pas favorable aux scénarii proposés".

3. La réforme de l'affiliation des poly-actifs

L'article 9 de la LFSS pour 2015 (loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014) a simplifié les règles d'affiliation, notamment pour les travailleurs indépendants qui exercent aussi une activité salariée (et cotisent aux deux régimes), en supprimant la notion de "choix" du régime versant les prestations en nature, ce "choix" étant déterminé par la notion "d'activité principale", en vertu des anciens articles R613-3 et suivants du CSS.

En application du nouvel article L613-4 du CSS, le décret n°2015-877 du 16 juillet 2015 relatif aux règles d'affiliation des personnes relevant de plusieurs régimes de sécurité sociale crée un nouvel article D613-3 du CSS qui précise que l'assuré est maintenu dans son régime d'affiliation initial, sauf option contraire de sa part. La notion d'activité principale, déterminée en fonction du nombre d'heures effectuées et des revenus tirés de l'activité, complexe à définir, disparaît.

L'assuré qui était au régime général y restera donc, même s'il prend une seconde activité indépendante. En revanche à ce stade, les textes ne permettent pas au poly-actif qui ressort du RG pour ses prestations en nature de bénéficier des indemnités journalières au RSI (article D613-15 du CSS), même si le RSI souhaiterait faire évoluer les textes sur ce point, ce qui implique cependant de résoudre un certain nombre de préalables (*cf infra*, dissociation PN/PE). Il n'aura droit qu'aux IJ du RG. L'inverse est en revanche possible : un poly-actif qui reçoit ses prestations en nature du RSI, a droit aux IJ au RSI, mais aussi au RG (article L613-4 du CSS).

Cette réforme est vue comme une première étape vers un rattachement plus systématique au RG.

3.2.2 Les économies liées au basculement au RG

[789] Le rapport MAP de 2013 avait évalué le coût de la reprise d'un assuré du RSI par le régime général à 37 € par assuré. Ce coût avait été tiré de la comptabilité analytique de la CNAMTS, la mission partant du total des ETP répartis entre quatre pôles métiers (production, relation client, gestion du risque, support) et affectant en face de chaque fonction, la proportion de celle-ci qui serait affectée par une éventuelle reprise (de 0 % à 100 % des ETP nécessaires à cette fonction à la CNAMTS). Le total est un nombre d'ETP, valorisé en coût complet à 50 000 € (ETP directs + coût de fonctionnement), total qui est ensuite rapporté au montant global des ETP valorisés de la même façon pour les 4 pôles métiers de la CNAMTS. Le pourcentage obtenu est ensuite appliqué au coût en frais directs par bénéficiaire actif de la CNAMTS¹⁷⁹, ce qui donne un coût marginal par bénéficiaire actif supplémentaire de 37 €. Ce coût est à comparer aux 44,8 € du coût moyen de la délégation de gestion en 2014. Il porte en plus sur un périmètre plus large, comme cela a été évoqué, car il comprend aussi la fonction affiliation et accueil, supportée aussi par les caisses de RSI. Il englobe la gestion des prestations en nature et des prestations en espèces.

[790] Si ce coût était appliqué à des effectifs 2015, qui auraient évolué de +0,52 % comme en 2014¹⁸⁰, on trouverait un total de 156,73 M€, qui rapportée à la base prévisionnelle des remises de gestion prestations pour cette même année, constituerait une économie de plus de 29 M€ cette année-là.

[791] La mission a demandé à la CNAMTS de rechiffrer un tel transfert. Avec la même méthode que celle de la mission de 2013, issue de la comptabilité analytique, ils ont appliqué un prorata aux fonctions des quatre pôles métiers. Les prorata appliqués et le périmètre visé sont un peu différents : une partie seulement de la relation client est prise en compte, et pas 100 % comme en 2013, et en revanche sont prises en compte d'autres fonctions, comme 55 % des ETP affectés aux fonctions support ou au contentieux et aux recours contre tiers. En revanche, les activités de gestion du risque n'ont pas été intégrées.

¹⁷⁹ Ratio : nombre d'ETP sur les 4 pôles métiers / nombre de bénéficiaires actifs.

¹⁸⁰ Soit 4 236 052 bénéficiaires.

[792] La CNAMTS aboutit alors à un ratio de un ETP pour 1 782 bénéficiaires si ne sont transférées que les PN et un ETP pour 1 441 bénéficiaires si sont également intégrées les PE. Au total, elle chiffre ses besoins à 2 356 ETP en cas de transfert PN et 2 914 ETP en cas de transfert PN et PE. Elle indique en revanche valoriser les ETP à 57 100 € (50 000 € de coût direct et 7 100 € de fonctionnement), au lieu de 50 000 €, ce qui paraît plus proche de la réalité. On obtient alors un coût de 31,75 € par bénéficiaire pour un transfert PN et un coût de 39,27 € pour un transfert PN + PE, soit des coûts dans tous les cas inférieurs au coût actuel des OC, et un peu supérieurs au coût chiffré par la mission MAP, en raison de la valorisation des ETP à un coût supérieur. Au final, les économies seraient de 51,4 M€ dans un scénario PN et de 19,5 M€ dans un scénario PN/PE, toujours en rapportant le calcul à la base 2015 de remises de gestion prestations, et en prenant en compte les effectifs prévisionnels couverts en 2015. Dans le premier cas cependant, elles devraient être diminuées du coût de reprise des IJ par un autre opérateur (*cf. infra*).

[793] Pour la CNAMTS, le transfert nécessiterait 24 mois de préparation, notamment pour mettre au point les chaînes informatiques.

[794] A ce montant d'économies global doivent être ajoutées celles qui seront faites suite à la diminution des mutations inter-régimes, et les économies réalisées en caisses de RSI. Au niveau de la caisse nationale, avec la fin de la délégation de gestion et du suivi des OC, soit environ 6 ETP, et au niveau des caisses régionales, où seraient notamment réduits les effectifs consacrés aujourd'hui à l'ouverture des droits CMUC, à la gestion du fichier, à l'accueil, et à la gestion du risque. Sur la base d'éléments de comptabilité analytique transmis par la caisse nationale avec des éléments par grande fonction par région (CAPCEA 2015), la mission tombe sur 254 ETP regroupés souvent sous la rubrique "santé".

Cette somme est par définition grossière : les fonctions ne sont jamais les mêmes selon les caisses. La fonction santé n'est même pas isolée dans toutes les régions, la CMUC est soit isolée, soit groupée avec l'ASS (dans ce dernier cas, les effectifs n'ont pas été pris en compte), la GDR est groupée ou non avec la prévention (là encore lorsque c'est le cas, les ETP n'ont pas été intégrés dans le calcul), et les fonctions "gestion des droits" ou "contrôle prestations" sont trop larges pour pouvoir y isoler les éléments relatifs à la santé. Les services médicaux n'ont pas été intégrés.

[795] La mission s'est aussi vu transmettre une répartition des effectifs en région par activité principale¹⁸¹. Les fonctions sont encore plus globalisantes et on tombe sur 382 ETP en incluant les fonctions gestion des dossiers RNIAM /gestion CMUC/ et gestion santé médical, ce qui inclut nécessairement des ETP du service médical. Ce même document répartit les agents par catégorie, ce qui fait 227, si on prend les gestionnaires médical-santé et leurs responsables. Dans tous les cas, on est autour de 300 ETP, ce qui est loin des 768 ETP que le rapport MAP de 2013 estimait affectés à la maladie hors IJ, en se fondant sur la comptabilité analytique 2012.

[796] Ces calculs là devraient être approfondis, mais ils doivent également être pris en compte dans le montant d'économies qui sera réalisé avec la fin de la délégation de gestion.

3.2.3 Les différentes variantes envisageables et les questions posées

3.2.3.1 Les sujets posés par un transfert des PN au régime général

[797] Un transfert des PN au régime général impacte, en plus de la liquidation, trois autres fonctions :

- l'affiliation tout d'abord, qui devrait rester de la compétence du RSI, puisqu'il est le point d'entrée de l'assuré en matière d'immatriculation. Il doit garder cette fonction pour également pouvoir garantir le paiement des cotisations du bénéficiaire à l'ACOSS, et l'ouverture de ses

¹⁸¹ Enquête RH (fin 2014) sur la répartition des effectifs / caisses par emploi-type et grands domaines fonctionnels.

droits aux IJ, qui dépendront toujours de lui. En revanche, si l'on veut réellement faire des gains d'efficience en matière de gestion du fichier et de rattachement RNIAM, ces compétences là devraient être dévolues au régime général. Il faut donc pouvoir regarder comment s'organiseraient les flux informatiques du RSI vers la CNAMTS, qui recevrait comme le fait l'URSSAF aujourd'hui par exemple les nouvelles affiliations, et qui générerait ensuite l'assuré et ses ayants-droit de façon autonome. L'information de radiation du RSI serait également envoyée à la CNAMTS, mais ne devrait pas nécessairement impacter ses droits maladie. Le schéma global d'affiliation doit donc être repensé en amont de toute réforme, de façon à ne pas ralentir l'accès aux droits aux prestations santé des assurés.

Recommandation n°65 : Repenser le schéma d'affiliation à mettre en place, notamment au niveau des SI, en cas de transfert des PN au RG.

- La gestion du risque devrait pouvoir être transférée au RG. Conserver cette compétence au RSI n'aurait pas grand sens, la spécificité de la population des travailleurs indépendants pouvant être difficilement invoquée. Il serait donc mis fin notamment à l'outil Liqmed.
- La question des actions de prévention est en revanche à poser. Le RSI a mis en place depuis quelques années une offre de prévention riche, et reposant sur les spécificités de sa population. Même si les résultats ne sont pas toujours probants, les taux de participation de la population étant systématiquement inférieurs à ceux de la CNAMTS ou de la MSA¹⁸², il est clair que le régime a investi dans le suivi de sa population. Si le régime général peut tout à fait récupérer ces activités-là, il ne pourra en aucune manière accompagner les assurés du RSI de façon aussi personnalisée. Il y aura pour les assurés une perte, en termes de qualité de service.

Tableau 25 : Les programmes de prévention du RSI

La prévention au RSI

La politique nationale de prévention du RSI est discutée et actée par la Commission de médecine préventive qui réunit 4 fois par an à la Caisse nationale six administrateurs nationaux du régime. Le budget prévu dans la COG 2012-1015 est de 22,5 M€ pour 2014.

La COG 2012-2015 a tracé les grandes lignes de la politique de prévention du régime pour la période dans le programme n°10, en mettant l'accent sur la prévention liée aux activités professionnelles (développement des programmes de prévention des risques professionnels, expérimentation d'un suivi post-professionnel, aide au maintien dans l'emploi...).

Deux indicateurs de résultat y sont associés : le taux de participation au Bilan santé retraite lancé en 2014 à titre expérimental et au bilan RSI-Pro, lancé en 2012.

Deux types d'actions de prévention sont menées au RSI : des actions inter-régimes et des actions propres à leur population.

1. Les actions inter-régimes

Ces actions, initiées à l'origine par un régime, la plupart du temps le régime général, sont reprises ensuite par les autres régimes, et s'il le faut, adaptées à la marge.

¹⁸² Selon une étude du RSI sur les taux de participation en 2014, le taux de participation aux campagnes pour le cancer du sein a été de 42, 35% au RSI contre 50,10% pour les 3 régimes ; pour le cancer colorectal 22% contre 30% au RG ; pour la vaccination anti-grippale, 38% contre 46% au RG. Enfin, depuis la création du programme RSI Diabète en 2009, 15% des personnes sollicitées (sur les 99 906) se sont rendus à la consultation auprès du médecin traitant. Le taux d'exécution du budget de médecine préventive a été de 70,10% en 2013. Les crédits non consommés ont été reportés en 2014 (6 M€) et affectés au programme RSI Prévention Pro.

On retrouve ainsi dans la lettre réseau 2015/ 033 du 9 mars 2015 sur le Plan national de prévention pour l'année 2015 : les campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière, les dépistage organisés des cancers et la lutte contre le tabagisme, la prévention bucco-dentaire pour les enfants, ou le programme PRADO piloté par la CNAMTS, destiné à l'accompagnement au retour au domicile après une maternité et désormais également étendu aux retours après une intervention de chirurgie orthopédique.

C'est l'application Prévention Santé, accessible aux caisses de base, qui grâce à une base de données alimentée depuis TAIGA (*cf infra*), permet de sélectionner les assurés visés par les programmes de prévention.

2. Les actions propres au RSI

Lors des entretiens avec la mission, la caisse nationale a mis en avant les spécificités de la population assurée au RSI : isolement (la majorité des chefs d'entreprise du RSI ont moins de 4 salariés et 50 % d'entre eux sont non employeurs), imbrication avec la vie de famille (rôle du conjoint), relation "fusionnelle" avec l'entreprise (entraînant manque de temps¹⁸³, oubli de soi, prise de risque...), identité "d'indépendance", exigences émotionnelles fortes (contacts avec le public)...

Ces spécificités engendrent une "relation à la santé" particulière : le travailleur indépendant consomme peu de soins, est distant vis-à-vis des actions de prévention, prend peu d'arrêts de travail y compris en cas de pathologies lourdes¹⁸⁴ et attend d'être en souffrance pour consulter.

Les actions de prévention ciblées mises en œuvre doivent donc prendre en compte ces paramètres.

La prévention des risques professionnels

Axe majeur de COG, la prévention des risques professionnels a donné naissance au programme RSI-Prévention pro. Celui-ci a bénéficié d'une phase expérimentale en 2010 / 2011 auprès des coiffeurs et des boulangers-pâtisseries, dans les régions Picardie et Pays de la Loire.

Bâti sur une approche par métiers, il s'articule autour de trois axes : la sensibilisation des travailleurs indépendants aux risques liés à l'activité professionnelle, l'accompagnement à l'auto-évaluation de leur exposition aux risques et de leurs comportements de prévention et une consultation médicale par le médecin traitant dédiée à la prévention des risques professionnels et au dépistage de pathologies pouvant être en lien avec l'activité professionnelle.

En 2012, le programme a été proposé à des coiffeurs, des artisans taxis et à des exploitants de pressing, puis à des garagistes, des vétérinaires et des boulangers- pâtisseries en 2013. En 2014 et 2015, le programme a été réservé aux artisans du bâtiment. L'exploitation des "fiches retour" des médecins traitants montre que plus de 80 % des personnes qui ont consulté souffrent d'au moins une pathologie pouvant être en lien avec l'exercice professionnel.

L'indicateur COG montre 9,1 % de taux participation en 2014, contre 14 % prévu dans la COG pour cette même année.

La prévention des maladies chroniques

Le mode de vie des travailleurs indépendants les expose particulièrement aux maladies chroniques, notamment le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

¹⁸³ La majorité travaille plus de 50 heures par semaine (Source : RSI "la stratégie de prévention pour les ressortissants actifs du RSI" 2015 ; beaucoup n'ont pas deux jours de repos consécutifs dans la semaine (Source : Baromètre santé RSI 2012 ; 46% prennent moins de 10 jours de congés par an (Source : APRIA / CREDOC).

¹⁸⁴ Source: Etude VICAN 2 INCa/INSERM.

Le RSI leur donne la possibilité de faire des bilans de santé (de prévention) à des périodes clés de la vie, en fonction des profils et des situations, mais aussi en les laissant plus libres de leur calendrier. Au cours de leur vie professionnelle, les chefs d'entreprise et leurs ayants droit seront invités à 4 reprises à un bilan de santé.

C'est ainsi qu'est né notamment en 2014 sous forme d'une expérimentation dans quatre régions¹⁸⁵ le "bilan santé retraite", généralisé en 2015. Est proposé aux assurés retraités depuis l'année passée de faire un bilan médical et bucco-dentaire, pris en charge à 100 %, le médecin traitant remplissant un questionnaire large abordant également des sujets sociaux et médico-sociaux, de façon à prendre en charge globalement la personne. L'indicateur COG montre un taux de participation de 18,21 % dans les 4 caisses expérimentatrices, supérieur à la cible COG pour cette même année (16 %).

Les travailleurs indépendants pourront aussi bénéficier à tout moment d'un bilan de prévention en ligne sous la forme d'un questionnaire dynamique, dans l'esprit d'un « e-coaching » (mis en service au 2ème semestre 2015). Les questions sont adaptées au profil (sexe et âge) et les conseils de prévention ciblés en fonction des réponses apportées. Une attention particulière est apportée aux plus fragiles avec des campagnes spécifiques : bénéficiaires de la CMUc, de l'ACS ou non-consommateurs ("Bilans précaires" en cours de développement).

Des actions ciblées sur certaines maladies sont également en place, comme le programme "RSI diabète" qui permet d'accéder sans avance de frais à des séances d'éducation thérapeutique et des séances chez un pédicure-podologue.

La prévention de la désinsertion professionnelle

Plusieurs programmes sont expérimentés, de façon à intervenir le plus en amont possible pour éviter la désinsertion et proposer un aménagement du poste ou des conditions de travail. Ainsi est-ce le cas du programme ACTICan en Basse Normandie qui propose un accompagnement spécifique et précoce des malades du cancer afin d'améliorer leur maintien dans l'emploi, en lien avec le service spécialisé du CHU de Caen (centre de consultation de pathologie professionnelle). C'est aussi le cas du programme AMAROK, en Languedoc-Roussillon, qui accompagne les assurés exposés au risque d'un choc post traumatique après un braquage ou du partenariat en Ile-de-France avec le barreau de Paris sur la prise en charge des avocats en souffrance psychique.

Plus globalement, s'est mis en place le programme MAPI (Maintien dans l'activité professionnelle de l'indépendant), financé sur le budget d'action sanitaire et sociale. Contrairement aux programmes précédents, les personnes sont déjà en incapacité. Le RSI aide à maintenir dans l'activité professionnelle les assurés fragilisés par un handicap, la pénibilité, le "burn-out", une maladie invalidante ou confrontés à un risque professionnel incapacitant. L'objectif est d'aider l'assuré dans ses démarches afin de construire un projet professionnel d'adaptation ou de reconversion. Des référents et des cellules MAPI pour coordonner la transversalité sur ce sujet ont été mis en place au sein des 29 caisses territoriales. 35 personnes ont bénéficié du programme en 2013 (52,5 K€ dépenses pour une aide moyenne de 1 500€) et 74 en 2014 (159,32 K€ de dépenses pour une aide moyenne de 2 150€)¹⁸⁶.

Les actions sur les retraités

A enfin été instauré à titre expérimental le programme PARI (Programme d'aide pour une retraite indépendante). Ce programme vise, par le croisement de données informationnelles (de santé, sociales, environnementales et économiques), à faire une analyse diagnostique de situations individuelles, en vue de repérer des risques de perte d'autonomie.

¹⁸⁵ Limousin, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes.

¹⁸⁶ Source : RSI, Etude sur l'évolution des aides individuelles hors ACED 2011-2014.

Le programme concernerait chaque année environ 400 000 assurés (de 60 à 80 ans, bénéficiaires santé, actifs ou retraités trimestres majoritaires au RSI). Il permet d'évaluer, pour cette population, le niveau de risques de perte d'autonomie selon un certain nombre d'indicateurs de fragilité. Les individus sont répertoriés selon quatre niveaux de risques¹⁸⁷ (de 1 (pas de fragilité) à 4 (déjà « dépendant »)).

Les deux premiers niveaux bénéficient d'une information adaptée. Le dernier niveau concerne les personnes dépendantes, prises en charge par des dispositifs médico-sociaux qui sortent du cadre de la prévention.

Il a été décidé d'agir en priorité et systématiquement sur le niveau 3 en adressant à chaque assuré un auto-questionnaire qui permettra de compléter l'évaluation de sa situation et de ses besoins. Ces assurés (dont le nombre est estimé à 3 % à 5 % des cas environ, soit 20 000 personnes) se voient proposer des solutions d'accompagnement coordonnées sous la forme de parcours (ateliers du bien vieillir, aide à l'adaptation de l'habitat, aide au financement du reste à charge pour des soins de prothèses...), financés dans le cadre de l'action sanitaire et sociale (ASS).

Ce programme est expérimenté dans huit caisses. Au total, environ 7 500 personnes ont reçu courrier et auto-questionnaire. A ce jour, le taux de retour global est de 32,5 % mais toutes les caisses n'ont pas envoyé le courrier en même temps. Les caisses les plus avancées affichent des taux de retour légèrement supérieurs à 40 %.

- [798] A l'inverse, le maintien des compétences du RSI en matière de prévention suppose pour celui-ci d'avoir accès aux données du régime qui verse les prestations en nature. En cela la problématique est la même que celle de la dissociation PN/PE (*cf. infra*).

3.2.3.2 La question centrale des prestations en espèces

- [799] Il existe par ailleurs dans l'hypothèse d'un transfert du régime maladie du RSI au RG deux variantes différentes : un transfert des seules PN, et un transfert des PN et des PE.

- [800] Dans le premier cas, les PE devraient être réinternalisées au sein du RSI. Ce scénario présente plusieurs avantages : il est beaucoup moins lourd pour la CNAMTS (*cf. infra*), et devrait être mis en place plus rapidement. Le processus IJ est déjà éclaté comme on l'a vu entre les OC et les caisses de base, et celles-ci disposent donc d'une véritable compétence sur le sujet. Devraient être réinternalisées les fonctions de saisie administrative des arrêts, de vérification de l'ouverture des droits, ce qui était le cas avant 2013, et de liquidation de la prestation, ce que le RSI fait déjà pour d'autres prestations en espèces, comme les pensions d'invalidité ou de retraite. Le nombre d'ETP nécessaire n'a pas pu être chiffré par la mission, mais il a été procédé par sondage. La RAM n'estime qu'à 19 les ETP chargés dans les régions de la liquidation des IJ. En revanche, après une enquête d'AROCMUT auprès de six mutuelles, dont les trois premières en termes de personnes couvertes (Mutuelle Bleue, Harmonie Mutuelle et URMPI), on obtient 46,5 ETP, dont 24 chez Harmonie Mutuelle. AROCMUT a évalué dans un second temps globalement au total le nombre d'ETP dans son réseau dédié aux IJ à 78 ETP.

- [801] Ce scénario présente cependant un inconvénient certain : il dissocie la caisse qui liquidera les PN de celle qui liquidera les PE, ce qui engendre deux types de problèmes. Un problème de visibilité pour l'assuré d'abord, même si cela existe dans d'autres régimes (notamment les régimes spéciaux et les régimes de fonctionnaires où les IJ sont versées par l'employeur). Un problème de gestion ensuite, et cela à deux niveaux :

- les arrêts notamment lorsqu'ils sont dématérialisés arrivent à la caisse qui liquide les PN ;

¹⁸⁷ Le travail fait par le RSI a permis d'estimer les volumes de population par niveau de risque. Niveau 1 : 64% de la population de départ ; Niveau 2 : 25% ; Niveau 3 : 5% ; Niveau 4 : 6%.

- les informations médicales et administratives sont détenues par la caisse qui gère les PN (mise en ALD, hospitalisations, type de maladie...), ce qui empêche la caisse gestionnaire des PE de calculer les IJ (le fait d'être en ALD permet un versement plus long dans la durée, le fait d'être hospitalisé modifie le délai de carence...) et d'effectuer des contrôles administratifs ou médicaux ciblés par exemple si la personne convoquée est en réalité hospitalisée, etc...).

[802] Il serait donc nécessaire de trouver des moyens pour éviter ces écueils et de trouver des modes de coopération entre régimes. Le RSI, suite à la réforme de l'affiliation des poly-actifs, a d'ailleurs fait une proposition dans le cadre de la LFSS pour 2016 pour pouvoir avoir accès aux remboursements et aux dossiers médicaux gérés par le régime de rattachement santé des assurés. Si les IJ sont en effet ouvertes à ces assurés, ces questions là seront posées.

[803] Le rapport du HCFi-PS précité évoque ces enjeux mais ne les voit pas comme un obstacle majeur aux scénarios qu'il propose et qui sont majoritairement basés sur un découplage PN /PE.

[804] Un second scénario serait de transférer la totalité de la liquidation des prestations PN et PE à la CNAMTS. Ce scénario là a l'avantage de la simplicité, notamment pour l'assuré. Il a aussi de nombreux inconvénients :

- Les IJ maladie sont, comme cela a été évoqué *supra*, un régime considéré par les textes comme "supplémentaire". Ce sont les administrateurs du RSI qui décident d'instaurer des IJ, et le régime doit être strictement équilibré par une cotisation "à part". En cela, il peut être qualifié "d'ultra professionnel", et un transfert vers le RG remettrait en cause cette particularité qui fait du régime sa spécificité. Son degré d'acceptabilité serait donc moindre.
- La CNAMTS serait obligée de vérifier les conditions d'ouverture de droit aux IJ, ce qui impliquerait de lui donner accès au portail ISU. Etant donnée les difficultés liées à l'ISU et à l'actualisation du compte cotisant, il semble réellement compliqué pour les agents des CPAM de consacrer du temps à cette problématique. Par ailleurs, le lien avec l'ASS et la mise à jour du compte cotisant ne pourrait plus se faire.
- La réglementation des IJ pour les travailleurs indépendants est différente de celle des salariés, ce qui impliquerait un coût d'entrée fort pour les agents des CPAM. Cette réglementation s'est en outre compliquée avec les dernières réformes et fait intervenir le niveau de revenu des assurés (pour la maladie comme pour la maternité), données auxquelles la CNAMTS n'aura pas accès. Cela suppose donc d'inventer des circuits de transmission des données entre le RSI et la CNAMTS.
- Enfin, il existe un continuum entre les IJ et les pensions d'invalidité, qui resteront de la compétence du RSI. Dissocier totalement le régime qui verse les IJ et celui qui verse la pension d'invalidité revient à casser ce continuum, pourtant nécessaire. Il existe sur le plan administratif (le droit aux IJ ouvre le droit à l'invalidité depuis l'arrêté du 4 juillet 2014), sur le plan médical (il y a une continuité entre la pathologie responsable de l'arrêt de travail et la mise en invalidité ; la majorité des assurés qui touchent une pension d'invalidité (PI) étaient auparavant bénéficiaires d'IJ, et c'est souvent le service médical qui les sollicite) et sur le plan des prestations (pas de rupture de versement entre les IJ et la PI). Dans beaucoup de caisses où la mission s'est déplacée, une coordination inter-services a été mise en place sur les IJ, entre l'ASS (pour ouvrir des droits avec l'aide aux cotisants en difficulté ou prévenir la désinsertion professionnelle avec des programmes adaptés (*cf infra*)), le service médical, le service prestations, et le service gestion des droits. Le basculement des IJ aux CPAM rendrait le RSI aveugle pour la gestion de l'invalidité.

[805] Le scénario alternatif le plus séduisant est une voie médiane qui consisterait en une solution back office / front office, où les CPAM joueraient aujourd'hui le rôle des OC, avec quelques modifications dans la répartition des tâches (les arrêts de travail arriveraient dans les CPAM et non plus au RSI, comme aujourd'hui, et ce serait le RSI qui récupérerait la vérification des conditions d'ouverture des droits pour éviter la complexité du portail ISU pour les CPAM). La vérification des conditions d'ouverture de droits et le calcul des IJ se ferait dans les caisses de RSI, mais les IJ seraient liquidées par les CPAM, qui seraient les interlocuteurs des assurés, et assureraient la réception des arrêts de travail. Le contrôle médical resterait de la compétence du RSI, de façon à faire le lien avec l'invalidité. Ce scénario permettrait d'éviter les écueils du scénario précédent et garantirait une visibilité pour l'assuré sur la gestion de ses prestations maladie, quels qu'elles soient. En revanche, il nécessite la mise en place d'un système d'information totalement partagé entre le RG et le RSI sur les prestations en espèces, système sans précédent. Il pose par ailleurs les mêmes questions sur l'arrivée des arrêts à la CPAM et sur l'accès aux données des CPAM sur les prestations en nature par le RSI que le premier scénario. Il suppose donc d'être approfondi et étudié pour voir quelles pourraient être les modalités de coopération des deux régimes sur ces tous ces points, notamment en matière de SI. Il demande un temps d'instruction technique supplémentaire.

3.2.3.3 Le sujet important du recouvrement des cotisations PL

[806] Dans le cas d'un transfert global de l'activité de liquidation des prestations des OC à la CNAMTS, se pose la question de l'activité de recouvrement des cotisations PL. Il ne semble pas cohérent de conserver des OC uniquement sur ce champ précis. Un transfert vers la CNAMTS implique donc de transférer cette partie là de l'activité aux URSSAF, qui recouvrent déjà les cotisations famille et la Contribution sociale généralisée (CSG) et la Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) de cette population.

[807] Aujourd'hui, ce sont les caisses de base qui calculent le montant à recouvrer¹⁸⁸, via l'application TAIGA, les OC ne faisant que du recouvrement, allant jusqu'au recouvrement contentieux, comme c'était le cas avant la création du RSI avec la CANAM. Si demain ce sont les URSSAF qui récupèrent le recouvrement de la cotisation, ils procéderaient par appel de cotisations, à partir des revenus issus de la déclaration sociale des indépendants (DSI), gérée par le RSI, et dont ils disposent dans leur base de données, à partir du flux de revenus envoyé via TAIGA, comme ils font pour la cotisation famille, la CSG et la CRDS. En revanche, les PL continueraient de rester hors ISU, puisque leurs cotisations retraites sont appelées par leurs caisses retraites propres (Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et Caisse nationale des barreaux français (CNBF)), qui reçoivent les revenus nécessaires au calcul des cotisations retraite via un flux TAIGA également¹⁸⁹.

[808] Une étude devrait être réalisée en amont de ce transfert pour garantir qu'il se fasse dans de bonnes conditions, notamment au niveau des SI, afin de s'assurer d'une transmission exhaustive des bases d'assurés.

[809] Si l'on suit le schéma jusqu'au bout, il devient difficilement compréhensible que le RSI reste le point d'entrée de l'affiliation et de la déclaration de revenus des PL, puisque ce régime ne leur verserait plus aucune prestation. Il serait alors logique que ce rôle soit dévolu à l'ACOSS, chargée ensuite de transmettre l'information aux caisses de retraite comme le fait le RSI aujourd'hui.

[810] Les PL sortiraient à cette occasion de la gouvernance du RSI et de ses instances.

¹⁸⁸ Article D612-16 du CSS.

¹⁸⁹ L'article R115-5 du CSS prévoit à cet effet une convention CNAVPL/RSI et une convention CNBF/RSI.

3.2.3.4 La question de l'acceptabilité du transfert

- [811] Si comme cela a été évoqué, les mutations entre régimes montrent que la CPAM est un interlocuteur que beaucoup de travailleurs indépendants croiseront au cours de leur carrière, et si un transfert vers le RG devrait pouvoir être compris par de nombreux assurés, la mission a rencontré aussi au cours de ses déplacements de nombreux administrateurs qui ont tous souligné leur attachement aux OC, en mettant en avant le service de proximité offert, et la spécificité des indépendants "sédentaires", qui restent au RSI, et apprécient d'avoir une relation personnalisée avec leur organisme maladie. C'est aussi le sens de la réponse des administrateurs de la CN RSI au rapport du HCFi-PS, précitée. Cela a été également repris lors des "Cogitations"¹⁹⁰ organisées par la caisse nationale au sein des caisses de base, même si l'on trouve dans certaines régions une évocation de la fin de la délégation de gestion et du transfert vers le RG.
- [812] Un point important pour les assurés sera que le transfert vers le RG, s'il a lieu, n'ait pas pour condition d'aligner les assiettes et les taux de cotisations maladie des TI sur ceux des salariés¹⁹¹.
- [813] Côté OC, les inquiétudes sont fortes, et relayées par la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF), comme par la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), rencontrée par la mission. Les petits OC, surtout quand ils ne font quasiment que du RO, comme la MSI par exemple en Champagne-Ardenne, seraient bien plus fragilisés que les OC adossés à des grosses structures faisant de l'assurance complémentaire. Même pour ceux-là cependant, cela constitue une partie non négligeable de leur activité et de leurs ETP (chez Harmonie, ce sont 300 ETP consacrés au RO sur 4 500).
- [814] En vertu de l'article L1224-1 du code du travail¹⁹², les personnels, s'ils le souhaitent, devront être repris par le nouveau régime gestionnaire, comme cela fut le cas pour le transfert du GAMEX et de l'AAA à la MSA (*cf infra*). Le effectifs des OC sont aujourd'hui environ de 2 580 ETP¹⁹³. 44 % des agents d'Apria ont plus de 50 ans, selon la pyramide des âges transmise à la mission.
- [815] Il n'existe pas de données consolidées sur les ETP consacrés au recouvrement PL. La RAM estime les siens en région à 136 ETP. Chez Harmonie, ils sont 24. Il seraient donc moins de 200 en tout. La CNAMTS devrait donc récupérer près de 2 400 ETP, ce qui correspond aux ETP qu'elle estime nécessaire pour récupérer le seul transfert des PN.
- [816] Dans tous les cas, la réforme de transfert au RG des prestations est une réforme d'envergure qui doit être préparée et annoncée. Les problèmes rencontrés encore aujourd'hui pour "solder" le dossier du GAMEX incitent à un temps de préparation plus long.

Le transfert du GAMEX et de l'AAA à la MSA

Contrairement aux autres branches du régime agricole, les prestations des branches maladie (AMEXA) et accidents du travail (ATEXA) des personnes non salariées agricoles pouvaient avant 2014 être versées soit par la mutualité sociale agricole, soit par des assureurs privés. Ces assureurs privés étaient regroupés au sein du GAMEX, pour ce qui concerne l'assurance maladie, et de l'AAA, pour la couverture accidents du travail.

Ces deux groupements avaient par ailleurs délégué leur gestion à APRIA-RSA. De fait, la part des assureurs privés dans la gestion des régimes avait diminué : la population couverte par le GAMEX

¹⁹⁰ Au sein des 5 Groupements interrégionaux qui se sont réunis en présence des présidents de caisse et des représentants nationaux, des directeurs régionaux et des membres du CODIR de la Caisse nationale.

¹⁹¹ Le taux de cotisation maladie est de 13,55% pour les salariés (dont 12,80% de cotisation employeur), alors qu'il est de 6,5% pour les TI. L'assiette est dans un cas le salaire brut et dans l'autre le revenu net.

¹⁹² Article L. 1224-1 du code du travail: « Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur, notamment par succession, vente, fusion, transformation du fonds, mise en société de l'entreprise, tous les contrats de travail en cours au jour de la modification subsistent entre le nouvel employeur et le personnel de l'entreprise ».

¹⁹³ 1214 côté Arocmut et 1366 côté ROCA.

avait décliné de 30 % entre 2004 et 2012 et ne représentait plus que 7 % des actifs ; s'agissant de la couverture ATMP, l'AAA ne protégeait plus que la moitié des ressortissants du régime en 2012, alors que lors de la mise en place du régime, les assureurs étaient en position de quasi-monopole.

L'article 82 de la LFSS pour 2014 (loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013) a prévu la reprise au 1er janvier 2014 pour les cotisations, et au 30 juin 2014 (par décret n° 2014-741 du 30 juin 2014 relatif au transfert de gestion des régimes de protection sociale agricole par les groupements d'organismes assureurs aux caisses de mutualité sociale agricole) pour les prestations, des assurés du Gamex (136 000 assurés) et de l'AAA (236 000 assurés). Le délai de prévenance a donc été extrêmement court, ce qui pèse encore aujourd'hui sur les négociations en cours entre Apria et l'Etat sur le transfert des réserves et le montant de l'indemnisation.

La MSA a également récupéré la gestion des réserves d'Apria au titre des deux régimes gérés, mais le transfert n'a pas encore eu lieu, les négociations étant encore en cours.

220 personnes ont été récupérées par la MSA (soit 211 ETP). Ces ETP se sont ajoutés aux ETP devant être "rendus" aux termes de la COG par la MSA. Il y a donc bien 211 ETP de moins qui gèrent le régime agricole aujourd'hui, représentant 12,4 M€ d'économies. Le montant d'économies est en réalité supérieur, puisqu'il est égal aux dotations de gestion qui étaient versées à la RAM et qui ne le sont plus (25,8 M€ en 2013).

La loi prévoyait aussi une indemnisation au profit d'Apria pour réparer le préjudice subi du fait du transfert de la gestion des activités agricoles et du transfert de ses droits et obligations vers la MSA. Cette indemnité doit être fixée au terme d'une procédure contradictoire ; elle ne l'est toujours pas en juillet 2015.

- [817] L'alternative d'un scénario basé sur la reprise des flux entrants au RSI uniquement est un moyen sans doute de rendre la réforme plus acceptable.

3.2.3.5 L'alternative d'un scénario de rattachement des flux

- [818] Les développements précédents partent du principe d'un transfert du stock à une échéance donnée. Une alternative pourrait consister en un transfert au RG des flux entrants annuellement au RSI. Le régime serait "gelé", plus aucun nouvel assuré ne serait rattaché en santé au RSI, en revanche entre 300 000 et 400 000 personnes¹⁹⁴ continueraient de sortir vers l'inter-régime par an, même si le flux de sortants finirait par se tarir, car il existe également un "noyau dur" d'assurés RSI, les flux sortants dépendant beaucoup des flux entrants. Pour ces raisons, si les OC verraient ainsi leurs assurés diminuer chaque année, il leur en resterait un stock minimum pendant encore plusieurs dizaines d'années. Une étude réalisée par le RSI sur les effectifs à 25 ans dans cette hypothèse de "fermeture du régime" montre ainsi qu'il resterait encore 1,1 millions de personnes protégées en 2040 au sein du RSI, voire 1,6 millions si on prend en compte les naissances.

- [819] Sur la base d'un flux entrant au RSI de 500 000 personnes¹⁹⁵ par an, la différence entre le coût par bénéficiaire 2015 des OC¹⁹⁶ et le coût forfaitaire de 37 € du rapport MAP 2013, on obtient une économie de 3,4 M€ par an. Si l'on prend le coût de 39,27 €, on arrive à 2,3 M€. Ces coûts intègrent un transfert des PN et des PE. Cette économie devrait s'ajouter à la baisse des remises de gestion, dont le profil serait nécessairement modifié, le nombre d'assurés diminuant plus vite que prévu et les coûts associés augmentant parallèlement.

¹⁹⁴ 389 000 en 2014. Source RNIAM.

¹⁹⁵ En 2014, 519 000. Source RNIAM.

¹⁹⁶ 43,89€ sur la base d'une remise de gestion prestations de 185 934 840 M€ et sur une population couverte de 4 236 052 personnes.

[820] Cette alternative, qui rend sans doute le transfert plus acceptable, n'occulte pas les questionnements précédents qui restent identiques sur l'affiliation, la prévention (il y aurait là deux types de travailleurs indépendants, ceux suivis par le RSI et les autres suivis par la CPAM, qui ne bénéficieraient pas du même type d'actions), et surtout les modalités de liquidation des PE. Même si un tel transfert sur les flux pourrait être mis en place plus rapidement, ces interrogations poussent à être prudents et à réaliser en amont une étude d'impact sur tous ces sujets avant de fixer la date d'entrée en vigueur de la réforme, pour ne pas déstabiliser le régime dans son ensemble, sur un risque dont les modalités de fonctionnement sont plutôt bonnes.

[821] A noter que cette réforme "flux" va également toucher certains PL. Deux alternatives sont alors possibles : le recouvrement de leurs cotisations maladie est maintenu au sein des OC, puisque ceux-ci continuent d'exercer cette activité par ailleurs, le RSI restant alors encore un de leurs interlocuteurs, même si la CPAM leur verse des prestations en nature ; le recouvrement bascule aux URSSAF, avec les limites exposées *supra*.

3.3 Les scénarios écartés par la mission

[822] Deux scénarios ont été écartés par la mission.

[823] Le premier consiste en une reprise du régime maladie du RSI par la MSA. Il présente plusieurs inconvénients, en plus de ceux déjà listés au sujet du régime général (et qui sont les mêmes ici). Le premier réside dans la non proximité des populations concernées, même s'il s'agit dans les deux cas de non salariés, ce qui interroge sur une unicité d'approche des deux populations.

Autant une CPAM peut être familière pour un travailleur indépendant, autant une caisse de MSA le sera moins. Par ailleurs, un transfert à la MSA ne tiendrait pas compte de ce qui a été dit *supra* en matière de mutations et de gestion du fichier. La situation restera dans ce cas strictement identique sur ce sujet et ne représentera aucune économie pour l'assurance maladie et aucun progrès pour l'assuré en termes d'accès aux droits. L'argument souvent avancé du maillage territorial, reposant sur les anciens "cantons" risque par ailleurs d'être contre-productif au moment où le RSI s'engage dans la démarche de Trajectoires, basée sur des grandes régions. Enfin, la taille respective des deux régimes interroge : la MSA gère 3,2 millions d'assurés et 11,4 Mds€ de prestations et récupérerait 4,2 millions personnes protégées et 8,5 Mds€ de prestations, ce qui revient à doubler sa taille actuelle. Il lui faudrait aussi absorber près de 2 400 ETP, alors qu'elle en consacre 4 100 à la maladie, selon le rapport MAP. Même si la MSA couvre par ailleurs d'autres risques, il ne s'agit donc pas du tout du même type d'opération que la reprise du Gamex et de l'AAA, alors même que dans ces cas précis elle gérait déjà une partie de la population concernée.

[824] La MSA a chiffré la reprise des prestations RSI par la MSA. Elle propose également de récupérer le recouvrement des cotisations maladie des PL à horizon 2018, mais sans le chiffrer.

- [825] Si les personnels des OC sont repris en l'état (à hauteur de 2650 ETP dans son calcul), et valorisés à un coût un peu supérieur à celui de la CNAMTS de 59 000 € (ETP directs + fonctionnement), cela permet une économie en remises de gestion à hauteur de 30 M€, ce qui revient à un coût par assuré équivalent à 37 €, comme le soulignait le rapport MAP. La MSA estime qu'il lui suffit en réalité de récupérer 1 900 ETP, ce qui ferait tomber le coût par assuré à 26,53 €, et permettrait une économie globale de 74 M€¹⁹⁷. Dans les deux cas, elle récupère les PN et les PE (l'écart entre les deux scénarios provient des modalités de coopération entre le RSI et la MSA), et avec moins d'ETP que ne le demande la CNAMTS, mais en ne tenant compte pour le calcul des ETP que d'un ratio de feuilles de soins gérées par ETP¹⁹⁸, alors que les calculs de la CNAMTS sont basés sur leur comptabilité analytique, fonction par fonction, et prenant donc en compte un périmètre plus large (accueil, contrôle...). Les chiffres de la MSA sont donc probablement sous-estimés.
- [826] La MSA ne souhaite en effet pas une intégration complète du RSI dans son propre régime. Elle craint si c'est le cas, de perdre la gestion des salariés agricoles, qui seraient alors transférés vers le régime général pour créer un régime des salariés d'un côté et un régime des indépendants de l'autre. Ce qu'elle propose revient donc à perpétuer la délégation de gestion. Le RSI resterait le déléguant et la MSA en serait que son délégataire. Dans le scénario le moins cher cependant, elle appliquerait aux activités RSI les mêmes modalités de contrôle, de GDR, de contrôle médical et de prévention qu'elle applique à ses propres ressortissants, alors que dans le scénario le plus cher, elle prend en compte l'adaptation de ses systèmes pour intégrer les dispositifs du RSI (TITAM, Liq med...), ce qui est effectivement peu cohérent.
- [827] Dans tous les cas, la MSA estime à deux ans le délai minimal pour reprendre ces activités, et à 7 M€ le coût de l'investissement informatique.
- [828] L'autre scénario écarté par la mission avait également été évoqué par le rapport MAP et consistait en une mise en concurrence des CPAM et des caisses de MSA avec les OC actuels, ce que semblent permettre les textes. Cette hypothèse, pourtant séduisante, paraît compliquée à mettre en œuvre. Les caisses de MSA, mais surtout les CPAM, ont leurs propres systèmes de liquidation et de contrôle. Il sera difficile pour le RSI, qui manque déjà de visibilité sur le champ des OC, de devoir "piloter" plusieurs dispositifs, notamment de contrôle interne, différents. Dans la mesure où l'on reste sur un système de "délégation", faire entrer en jeu les caisses de MSA et les CPAM, risquent de compliquer le rôle de la CN RSI plus que de le simplifier. En cela le scénario flux/stock qui prévoit une réelle intégration au régime général poursuit les mêmes objectifs (mise en œuvre progressive) sans avoir les mêmes inconvénients.
- [829] Par ailleurs, dès lors qu'il intègre les PE, le scénario de mise en concurrence n'est pas exonéré de toutes les interrogations et difficultés qui ont été évoquées *supra*. Pour toutes ces raisons, la mission ne l'a pas expertisé plus avant.

¹⁹⁷ Dans les deux cas, la MSA s'appuie sur une base 2015 de remises de gestion prestations de 187 M€.

¹⁹⁸ La productivité des caisses de MSA en 2013 était estimée par la CCMSA à 33.716 feuilles de soins par ETP (mail à la mission en date du 31 août 2015) et le nombre de feuilles de soins RSI à traiter à plus de 64 millions.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Réaliser un véritable audit des centres informatiques des OC, afin de déterminer les améliorations possibles	CNRSI	2016
2	Revoir les modalités de répartition des dotations de gestion entre les deux réseaux, en fixant un coût de gestion homogène par personne protégée à horizon de fin de COG, inférieur à celui pratiqué par l'organisme le moins coûteux actuellement	CNRSI	2016
3	Accroître la part des FSE	OC	A initier dès 2016
4	Confier à la CNAMTS le suivi du "Programme 2" pour le compte du RSI	CNRSI - CNAMTS	2018
5	Favoriser les échanges de RIB avec le RSI, et instaurer le RIB comme pièce obligatoire à fournir au moment de l'affiliation	CNRSI - OC	A initier dès 2016
6	Prévoir une injection des arrêts de travail dans l'applicatif IJ en cours de rénovation	CNRSI	2018
7	Finaliser les travaux de la CNAMTS sur la dématérialisation des fiches de mutation	CNRSI - CNAMTS	2017
8	Relancer les travaux sur une base informatique commune des assurés OC / RSI	CNRSI - OC	2017
9	Remettre à plat les indicateurs actuels de la CNOM en regroupant leur suivi et en liant plus les indicateurs de performance à des thématiques financières ou de productivité	CNRSI - OC	2016
10	Faire du CLOM un vrai outil de pilotage pour l'organe tête de réseau	CNRSI - OC	2016
11	Désigner un chef de projet sur les OC, placé auprès du DG	CNRSI	2016
12	Redéployer au bénéfice du suivi des OC le nombre d'ETP de la caisse nationale	CNRSI	2016
13	Mettre en place un plan de contrôle interne unique dans tous les OC	CNRSI - OC	A initier dès 2016

14	Faire évoluer le dispositif d'audit dans les caisses de base : harmonisation des pratiques, cartographie centrée sur les plus gros OC, mutualisation des "forces d'audit" OC / caisses de base, audit de l'intégralité des processus	CNRSI - OC	A initier dès 2016
15	Inclure dans les audits du RSI l'examen de la comptabilité analytique des OC (ou demander une validation des CAC des OC sur ce point)	CNRSI	A initier dès 2016
16	Elargir les actions de maîtrise du risque du processus H1	CNRSI	2016
17	Harmoniser les pratiques des caisses de base sur TITAM	CNRSI	A initier dès 2016
18	Remettre à plat les contrôles TITAM et Liqmed	CNRSI	A initier dès 2016
19	Harmoniser les vecteurs de la relation client entre les OC d'abord (offre de télé-services/courriers), puis mettre en place une offre mutualisée avec le RSI (accès au compte personnel OC depuis le site du RSI ; interface avec CALI)	CNRSI - OC	A initier dès 2016
20	Associer les OC aux travaux sur Trajectoire, afin qu'ils puissent adapter leur organisation	CNRSI - OC	A initier dès 2016
21	Augmenter le seuil de conventionnement à 80 000 ou 100 000 personnes couvertes et y ajouter une déclinaison minimale par région ou inter-région	DSS	2017

ANNEXE 6 : L'ACTIVITE DE GESTION DES RETRAITES

INTRODUCTION	221
1 L'ACTIVITE RETRAITE AU SEIN DU RSI PRESENTE DE NOMBREUSES SPECIFICITES.....	221
1.1 UNE POPULATION DE PENSIONNES ARTISANS ET COMMERÇANTS EN AUGMENTATION PENDANT LA PERIODE DE LA COG	221
1.2 UNE ACTIVITE RETRAITE QUI S'EXERCE DANS LE CADRE DE DEUX REGIMES DE RETRAITE DE BASE ET D'UN REGIME COMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE UNIQUE	222
1.2.1 Des régimes de base obligatoires distincts pour les artisans et les commerçants et qui restent marqués par des spécificités par rapport au régime général.....	222
1.2.2 La fusion au 1 ^{er} janvier 2013 des régimes complémentaires des artisans et des commerçants	224
1.3 UN PROFIL ATYPIQUE DES PENSIONNES DU RSI	225
1.4 UNE ACTIVITE RETRAITE PILOTEE PAR LA NOUVELLE DIRECTION DE LA PRODUCTION ET DU SERVICE AUX ASSURES CREEE EN 2014.....	225
2 LES INDICATEURS COG CONTINUENT DE MONTRER DES DELAIS DE LIQUIDATION DES PENSIONS DEGRADEES.....	227
2.1 DES OBJECTIFS EN TERMES DE RETRAITE AMBITIEUX	227
2.2 DES INDICATEURS COG EN MATIERE DE RETRAITE QUI CONTINUENT DE MONTRER DES DELAIS DE LIQUIDATION DES PENSIONS DEGRADEES.....	228
2.2.1 Des objectifs et indicateurs globalement pertinents qui devront évoluer avec la mise en place de la liquidation unique	228
2.2.2 Des résultats qui restent dégradés sur l'ensemble de la COG malgré une très nette amélioration de la productivité en 2014.....	231
3 L'ACTIVITE RETRAITE EST FORTEMENT IMPACTEE PAR LA MISE EN PLACE DE L'APPLICATION PERMETTANT LA LIQUIDATION CONCOMITANTE DE LA BASE ET DE LA COMPLEMENTAIRE MALGRE L'AMELIORATION DE LA FIABILISATION DES DROITS ACQUIS.....	232
3.1 L'INDUSTRIALISATION DE LA FIABILISATION DES DROITS ACQUIS DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS EN MATIERE DE RETRAITE	232
3.1.1 Un lien réglementaire entre cotisations et droits à retraite, spécifique au RSI, qui explique pourquoi la fiabilisation des droits acquis est un enjeu majeur dans le processus retraite.....	232
3.1.2 Une fiabilisation des droits acquis pour les périodes ISU qui reste à consolider pour renforcer la confiance des services liquidateurs dans les systèmes d'information et gagner en productivité.....	233
3.2 UN DEPLOIEMENT DE L'APPLICATION ASUR DE LIQUIDATION DES DROITS A RETRAITE UNIQUE A PERIMETRE RESTREINT EN 2013	237
3.2.1 Des conditions de déploiement, qui ont permis de garantir la juste liquidation des pensions, mais au prix d'une dégradation des délais.....	237

3.2.2 Des conditions de déploiement d'ASUR imposant le développement de solutions de contournement	238
3.3 UN PILOTAGE CENTRE SUR LES STOCKS D'ACTIVITE DES CAISSES REGIONALES QUI RESTE MARQUE PAR DES ECARTS DE PERFORMANCE IMPORTANTS MALGRE L'AMELIORATION IMPORTANTE DE LA PRODUCTIVITE GLOBALE EN 2014	240
3.3.1 Une réduction des stocks obtenue grâce à une amélioration de la productivité des caisses régionales	241
3.3.2 Une réduction des écarts de performance des caisses régionales sur l'activité retraite indispensable.....	242
3.4 UN DROIT A L'INFORMATION NORMALISE	243
4 L'IMPACT DE LA LIQUIDATION UNIQUE ET DU REPERTOIRE DE GESTION DES CARRIERES UNIQUE PRESENTE DES RISQUES CERTAINS	244
4.1 UNE CONDUITE DE PROJET DYNAMIQUE MENEES EN INTER-REGIMES PAR LES TROIS REGIMES ALIGNES.....	245
4.1.1 Un projet aux multiples aspects articulé autour de six chantiers principaux	246
4.1.2 Un projet très conséquent en termes de systèmes d'information tant en inter-régimes qu'au sein de chaque régime aligné.....	247
4.2 UN PROJET SOUS TENSION QUI BOULEVERSE CERTAINS PROCESSUS MIS EN PLACE CES DERNIERES ANNEES AU RSI AVEC NOTAMMENT LE DEVELOPPEMENT D'ASUR	251
4.2.1 En inter régimes, un projet qui présente des risques dans une perspective de mise en œuvre au 1 ^{er} janvier 2017	251
4.2.2 Malgré les efforts du régime, une activité de gestion retraite du RSI fragilisée par la mise en place de la liquidation unique.....	252
4.3 UNE LIQUIDATION UNIQUE DES RETRAITES QUI DEVRAIT PERMETTRE DE REALISER DES GAINS REELS EN ETP EN FIN DE COG MAIS PRESENTE DES RISQUES CERTAINS	255
4.3.1 Une charge constituée par les dossiers ne relevant plus de la liquidation du RSI, qui représente, compte tenu notamment de la retraite complémentaire obligatoire, 47 % de la charge actuelle	255
4.3.2 Un impact sur les ETP qui pourrait être relativement limité en début de COG	257
4.4 LE REPERTOIRE DE GESTION DES CARRIERES UNIQUE (RGCU), UN PROJET AVEC PEU DE MOYENS AFFECTES PAR LE RSI AU REGARD DE LA PRIORITE QUE CONSTITUE LA LIQUIDATION UNIQUE.....	260
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	263

INTRODUCTION

- [830] La lettre de mission demande à l'IGAS d'étudier l'organisation de l'activité de gestion des retraites au sein du RSI. En particulier, il est attendu « un bilan de la mise en place de l'application ASUR et une évaluation des perspectives d'activité et leurs conséquences organisationnelles liées à la mise en œuvre à venir de la liquidation unique puis du déploiement du répertoire de gestion des carrières unique. »
- [831] Compte tenu des termes de la commande ministérielle, la mission n'a pas examiné un certain nombre de sujets. Elle s'est ainsi attachée à étudier uniquement les sujets ayant trait à la retraite, mais non aux questions d'invalidité décès. De même, alors que la précédente mission COG avait examiné le sujet des retraites complémentaires, notamment sous l'angle des réserves, cette problématique, qui a par contre été examinée en avril 2014 par la Cour des comptes, a été exclue de la présente annexe.
- [832] Après le rappel des spécificités propres à la gestion de l'activité retraite au sein du RSI (1), la présente annexe décrit les raisons pour lesquelles le régime présente des délais de liquidation de pension dégradés (2), malgré les progrès réalisés en matière de fiabilisation des droits acquis (3) avant d'étudier les conditions du déploiement de la liquidation unique et du RGCU au sein du régime en termes de calendrier et d'impact sur les ETP consacrés à cette activité (4).

1 L'ACTIVITE RETRAITE AU SEIN DU RSI PRESENTE DE NOMBREUSES SPECIFICITES

1.1 Une population de pensionnés artisans et commerçants en augmentation pendant la période de la COG

- [833] Pour les risques retraite, invalidité et décès, le RSI couvre la seule population des artisans, des industriels et des commerçants. Il ne couvre pas pour ces risques les professions libérales (PL) qui sont gérées par la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et la caisse nationale des barreaux français (CNBF) pour les avocats.
- [834] Au 31 décembre 2014, les retraités du RSI étaient au nombre de 2,08 millions dont 44 % d'artisans et 56 % de commerçants. 1,6 millions de pensions de droit direct étaient versées ainsi que 0,5 million de pensions de droit dérivé.
- [835] Sur la période 2010-2014, le nombre de pensions de droit direct est passé de 1,5 à 1,6 millions.
- [836] Sur la période de la COG, le nombre de pensionnés RSI a augmenté du fait notamment de la mise en œuvre de l'assouplissement des conditions de départ en retraite anticipée de 2012. Ainsi, 23 % des pensions prenant effet en 2014 concernent des retraites anticipées contre 21 % en 2013.

Tableau 1 : Nombre de bénéficiaires d'une pension retraite du RSI au 31 décembre des années considérées

	Artisans			Commerçants/industriels			Ensemble		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Total des retraités	897 227	902 305	920 265	1 129 298	1 131 177	1 159 326	2 026 525	2 033 482	2 079 591
dont retraités de droits directs	652 646	661 316	67 4875	900 512	909 202	932 830	1 553 158	1 570 518	1 607 705
dont retraités de droits dérivés	262 911	257 297	259 996	294 318	284 888	285 982	557 229	542 185	545 978

(1) Les retraités percevant une pension de retraite du régime artisanal et une pension de retraite du régime des commerçants sont comptabilisés dans l'effectif de retraités du régime artisanal et dans l'effectif de retraités du régime des commerçants.

(2) Les retraités cumulant une pension de droit direct et une pension de droit dérivé ne sont comptés qu'une fois dans le total des bénéficiaires

Source : l'essentiel du RSI 2012,2013 et tableau de bord financier n°85 de mars 2015

[837] En 2014, le RSI a versé 9 Mds€ de prestations de retraite dont 7,3 Mds€ au titre des prestations retraite des régimes de base et 1,7 Mds€ au titre des prestations retraite du régime complémentaire obligatoire.

[838] En 2013, l'âge moyen de départ en retraite des artisans est de 61 ans et 10 mois pour les artisans et 62 ans et 8 mois pour les commerçants¹⁹⁹.

1.2 Une activité retraite qui s'exerce dans le cadre de deux régimes de retraite de base et d'un régime complémentaire obligatoire unique

1.2.1 Des régimes de base obligatoires distincts pour les artisans et les commerçants et qui restent marqués par des spécificités par rapport au régime général

[839] Les deux régimes d'assurance vieillesse de base artisans et commerçants gérés par le RSI sont alignés depuis 1973 sur le régime général des salariés (article L. 634-1 du code de la sécurité sociale).

[840] A ce titre, ils garantissent à leurs assurés des droits comparables à ceux des salariés du régime général.

[841] Toutefois, les caractéristiques des cotisations vieillesse des assurés du RSI ainsi que les modalités d'assujettissement aux cotisations leur sont spécifiques.

¹⁹⁹ Source : L'essentiel du RSI, 2014

- [842] C'est ainsi en particulier que l'ensemble des cotisants (hors auto entrepreneurs) est tenu de s'acquitter de cotisations minimales qui visent à garantir aux cotisants une protection sociale minimale, même en cas de forte dégradation de leurs bénéfices. En 2015, l'assiette minimale de cotisation est équivalente à 7.7 % du plafond de la sécurité sociale, ce qui permet de valider deux trimestres²⁰⁰ de cotisations dans le régime au titre de cette année, même si l'intéressé a travaillé à temps complet sur toute la période. En 2012, parmi les cotisants du régime hors auto entrepreneurs (AE), 14 % des artisans et 28 % des commerçants déclaraient des revenus inférieurs à l'assiette minimale vieillesse²⁰¹.
- [843] Des dispositifs de plafonnement limitent également les montants de cotisation maximaux versés par les cotisants.
- [844] De même, s'agissant des prestations, le RSI se caractérise par des problématiques qui lui sont propre. Il s'agit notamment du mode de validation des trimestres, des dispositifs de rachats de trimestres, du calcul du revenu annuel moyen (RAM) et des périodes assimilées.
- [845] Ainsi, le RAM pris en compte pour le calcul de la pension au RSI se distingue du salaire annuel moyen (SAM) du régime général (RG) sur plusieurs aspects :
- au RG le salaire pris en compte est le salaire soumis à cotisations sociales vieillesse dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), sans référence à un critère fiscal. Au RSI, le revenu d'activité pris en compte est déterminé par référence à celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu²⁰² ;
 - depuis 1995, le mode de calcul du SAM au RG est annuel (c'est la somme des meilleures années de salaires divisée par le nombre de ces meilleures années) alors qu'il est trimestriel pour le RAM au RSI (il est le rapport entre la somme des meilleures années considérées et le nombre de trimestres validés au sein du régime, le salaire « trimestriel » ainsi obtenu étant ensuite multiplié par quatre) ;
 - le RSI écarte du calcul du RAM les années comptant plus de deux trimestres de périodes assimilées²⁰³ ;
 - le RG exclut du SAM les salaires de l'année de prise d'effet de la pension, alors que le RSI depuis 2007 retient les revenus de cette dernière année, dès lors que les cotisations afférentes à ces revenus ont été acquittées avant la date d'arrêt du compte.
- [846] Des mécanismes spécifiques de rachat de périodes d'activité ont également été mis en place.
- [847] L'analyse de la carrière non salariée des nouveaux retraités 2013 du RSI met en effet en évidence que la moitié de ces nouveaux retraités a validé moins de quatre trimestres au moins une fois dans leur carrière²⁰⁴. En moyenne, le nombre de trimestres non cotisés est supérieur chez les commerçants (douze trimestres en moyenne contre neuf chez les artisans)²⁰⁵.

²⁰⁰ Réforme issue de la loi du 19 juin 2014 relative au commerce, à l'artisanat et aux très petites entreprises

²⁰¹ L'essentiel du RSI 2014. La population considérée étant celle des assurés présents sur l'ensemble de l'année et ayant déclaré un revenu.

²⁰² Article L. 131-6 du code de la sécurité sociale

²⁰³ Article D 634-4 du code de la sécurité sociale

²⁰⁴ La validation de trimestres de cotisations dépend du revenu cotisé et non uniquement du temps de présence dans le régime. Il est retenu autant de trimestres que les revenus annuels cotisés représentent de fois un montant de 200 heures de SMIC et cela dans la limite de 4 trimestres.

²⁰⁵ L'essentiel du RSI, 2014

- [848] Au-delà du dispositif de rachat dit « Madelin » qui permet depuis 1995 de racheter des trimestres d'activité non validés en raison de l'insuffisance de revenus dans des conditions financières attractives, mais avec une contrainte de temps, les artisans et commerçants ont bénéficié à partir de 2012 d'un nouveau mécanisme de rachat dit « Quevillon ». Les assurés nés avant le 1^{er} janvier 1960, dont la durée minimale d'affiliation dans le régime est de 15 ans, pouvaient ainsi demander, jusqu'au 31 décembre 2013, à racheter jusqu'à sept trimestres sur la base d'une cotisation double de la cotisation minimale, soit 656 € en 2013, et ceci quel que soit l'âge atteint par l'assuré.
- [849] La précédente mission d'évaluation de la COG recommandait de préparer tout au long de la COG la fusion des régimes vieillesse de base des artisans et commerçants avec pour objectif une fusion à l'horizon 2015 (*cf.* Recommandation n°136 annexe 6 du rapport 2011). La COG retient d'ailleurs au sein du programme 5 l'objectif de préparer cette fusion qui n'a pas été mise en œuvre à ce jour. Toutefois, la récente réforme des retraites qui a introduit le principe d'une liquidation unique des pensions de base pour les régimes alignés (RG, MSA et RSI) constitue un pas vers la fusion des régimes.

1.2.2 La fusion au 1^{er} janvier 2013 des régimes complémentaires des artisans et des commerçants

- [850] Les deux régimes de base artisans et commerçants sont complétés par un régime complémentaire obligatoire (RCI) issu de la fusion au 1^{er} janvier 2013 :
- d'une part, du régime complémentaire obligatoire des commerçants et professions industrielles (NRCO) créé le 1^{er} janvier 2004 en substitution du régime complémentaire dit des « conjoints »,
 - et, d'autre part, du régime complémentaire des artisans (RCO) qui, datant de 1978, était beaucoup plus ancien.
- [851] Cette évolution issue de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites avait été préparée par une harmonisation progressive de ces deux régimes et avait pour objet d'améliorer la pérennité du régime et les droits des assurés.
- [852] En particulier, ce nouveau régime améliore les droits des indépendants en permettant le versement :
- du complément de pension au titre des droits acquis dans l'ancien régime complémentaire des conjoints dès la liquidation de leur retraite de base sans attendre que leur conjoint ait 65 ans ;
 - des prestations du régime des conjoints jusqu'au décès du titulaire et non plus jusqu'au décès ou au divorce du conjoint.
- [853] Tous les bénéficiaires d'une pension du régime de base ne peuvent pas bénéficier d'une pension complémentaire. En 2013, seuls 57 % des retraités de droit direct du RSI perçoivent également une pension du régime complémentaire avec une disparité importante entre artisans (qui sont 85 % à cumuler pensions de base et complémentaire) et commerçants (qui ne sont que 37 % à bénéficier du cumul de ces deux pensions).

1.3 Un profil atypique des pensionnés du RSI

- [854] Une réelle spécificité du RSI tient à ce que la carrière en tant qu'indépendant n'est souvent qu'une étape au sein d'un parcours professionnel.
- [855] La durée moyenne d'assurance dans le régime est donc relativement courte. Les nouveaux retraités artisans de 2013 ont validé en moyenne 14 ans dans le régime RSI pour une durée tous régimes de 39 ans alors que les commerçants ont validé près de onze ans d'activité commerciale et industrielle pour une durée validée tous régimes de 37 ans. Par comparaison, la durée moyenne d'assurance au régime général pour les nouveaux retraités est proche de 30 ans.
- [856] Les carrières tous régimes des artisans et commerçants sont plus heurtées que celles de l'ensemble de la population française : entre 30 et 50 ans, seuls 53 % des hommes artisans et 50 % des hommes commerçants ont validé tous leurs trimestres, cette proportion étant bien plus faible que parmi l'ensemble de la population active (65 %). Cette proportion, qui n'est pas sans incidence sur la procédure de gestion des prestations retraite au sein du RSI, s'explique par des accidents de carrière plus fréquents.
- [857] Les retraités du RSI ont pour caractéristique essentielle d'être en très forte majorité poly-pensionnés : 93 % des retraités artisans et 89 % des commerçants ont exercé une activité salariée au cours de leur carrière et perçoivent une pension du régime général.
- [858] Les pensions moyennes de droit propre des artisans/commerçants (hors majorations et allocations) qui en résultent sont par nature faibles et représentent 283 € pour les commerçants et 353 € pour les artisans en 2013. Un tiers des retraités du RSI sont bénéficiaires du minimum contributif (MICO) qui permet aux personnes ayant cotisé sur de faibles revenus, et sous réserve que leur pension soit liquidée au taux plein, que leur retraite soit alignée sur un montant minimal.
- [859] Enfin, s'agissant des régimes complémentaires, les artisans bénéficient de pensions complémentaires qui représentent près du tiers des pensions de base versées par le RSI alors que pour les commerçants, la part de la pension complémentaire reste encore faible compte tenu de la jeunesse de ce nouveau régime. En 2013, la pension moyenne de l'ensemble des titulaires de droit direct du RCI s'élève à 131 € par mois (avec une différence selon le sexe : 148 € pour les hommes contre 76 € pour les femmes).

1.4 Une activité retraite pilotée par la nouvelle direction de la production et du service aux assurés créée en 2014

- [860] A la différence du recouvrement (partagé avec l'agence centrale des organismes de sécurité sociale) et de la maladie (déléguée aux organismes conventionnés), l'activité retraite relève entièrement du RSI.
- [861] La direction de la production et du service aux assurés (DPSA), créée en juin 2014, a en charge les relations avec les assurés, l'affiliation et la gestion des risques relevant de la retraite. A ce titre, elle est divisée en quatre départements d'importance numérique inégale en raison de leurs missions respectives :
- le département de la maîtrise d'ouvrage (43 agents dont le chef de département) ;
 - le département des relations avec les assurés, dont la responsable jusqu'à son départ comme directrice de la DPSA était également chef du projet liquidation unique et compte six agents y compris le chef de département ;
 - le département du pilotage de la production (soit 18 personnes, dont la responsable de département et son adjoint) ;

- et l'établissement d'Auray qui compte 96 personnes. Pour mémoire, cette ancienne caisse ORGANIC²⁰⁶, devenue un établissement de la caisse nationale, est le centre national d'immatriculation commun du RSI dans le domaine de l'affiliation.

[862] Outre ces départements, l'adjoint au directeur est également en charge des projets transverses et de coordination et un directeur de mission est rattaché à la directrice de la DPSA.

[863] Lors du précédent rapport IGAS d'évaluation de la COG en 2011, la structuration de la direction en charge des retraites avait fait l'objet de deux critiques principales, à savoir sa dimension essentiellement juridique (avec l'absence d'effectifs dédiés explicitement à l'animation du réseau) et plus généralement la faiblesse de ses effectifs.

[864] En 2015, sont en charge spécifiquement des retraites :

- le pôle retraite au sein du département du pilotage de la production (huit personnes y compris le chef de pôle) appuyés de la chef de département, de son adjoint et de deux agents en charge du pilotage des processus et de la normalisation des processus. En réponse à la recommandation de la mission COG de 2011, ce pôle a en charge non seulement la réglementation mais aussi l'animation du réseau dans son domaine ;
- le pôle retraite au sein du département de la maîtrise d'ouvrage (MOA) avec 17 agents, y compris son responsable de pôle ;
- le pôle d'appui au pilotage de la production retraite (douze personnes dont la cheffe de pôle) au sein de l'établissement d'Auray chargé depuis juillet 2010 d'opérer les contrôles *a posteriori* de la qualité des liquidations dans le cadre du processus de certification des comptes. Ce pôle exerce également des activités dans le cadre de la MOA du droit à l'information (trois experts s'y consacrent) et participe aux actions de recette concernant l'application ASUR. Lors de la précédente COG, le pôle avait apporté un appui à la production des caisses régionales par une activité de liquidation des pensions qui n'a pas été maintenue de manière pérenne hormis pour des missions ponctuelles, la dernière ayant eu lieu à l'été 2014. La caisse nationale estime en effet qu'il faut centrer les effectifs notamment sur les contrôles *a posteriori*.

[865] Enfin, outre la DPSA, d'autres services interviennent dans le domaine retraite (gestion financière des réserves et l'actuariat).

[866] Par rapport à la situation en 2011, les équilibres en termes d'effectifs n'ont pas été modifiés substantiellement sauf en ce qui concerne la maîtrise d'ouvrage MOA qui a fait l'objet d'un réel effort, à la suite des réflexions sur le schéma directeur des systèmes d'information SDSI, compte tenu notamment des enjeux concernant le déploiement des nouvelles applications concernant le calcul des droits acquis et la liquidation des retraites. C'est ainsi que le département de la MOA a pu :

- créer un pôle de conduite du changement (3 personnes y compris le chef de pôle) chargé d'accompagner les caisses (recueil de leurs difficultés concernant les différentes applications en vue de leur évolution et explicitation, mise à jour des référentiels des applications retraite, gestion des forums sur la partie application des métiers) ;
- renforcer le pôle retraite avec cinq nouveaux postes.

²⁰⁶ Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce

2 LES INDICATEURS COG CONTINUENT DE MONTRER DES DELAIS DE LIQUIDATION DES PENSIONS DEGRADEES

2.1 Des objectifs en termes de retraite ambitieux

- [867] La garantie d'une liquidation rapide et à bon droit des prestations retraite tout en accédant à son compte retraite et à une information clarifiant ses droits à la retraite constitue le troisième engagement du régime dans le cadre de l'amélioration de la qualité du service aux assurés du service.
- [868] A cet effet, dans le cadre du programme 4 de la COG, les engagements du RSI visent à se rapprocher des niveaux de performance observés dans les autres régimes. Pour mémoire, avant les difficultés liées à la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU) qui ont eu un impact très important sur la tenue des droits à retraite et la liquidation, le RSI liquidait 90 à 95 % des retraites de droits propres dans les 60 jours.
- [869] La concrétisation de cet engagement s'appuie notamment sur trois axes :
- le premier axe porte sur la fiabilisation des droits acquis (objet du programme 2) avec la mise en place avant fin 2012 des solutions informatiques d'industrialisation du calcul des droits acquis retraite permettant de reconstituer de manière sécurisée le stock des droits acquis en 2012, la construction d'une nouvelle solution informatique cible dans le cadre du système d'information commun dédié et partagé du recouvrement (SCDP) et la mise en place de tableaux de bord et outils de suivi (suivi de la fiabilisation manuelle des carrières, suivi de la reprise du stock 2006-2012, suivi de l'avancement de la mise en œuvre de la solution cible) ;
 - le deuxième axe est relatif au déploiement de l'application ASUR de liquidation des droits à retraite unique pour les régimes de base comme pour le régime complémentaire, pour les droits propres comme pour les droits dérivés ;
 - le troisième axe a trait à la réduction des écarts de performance entre caisses du régime grâce notamment au renforcement du pilotage de la production (mise à jour de référentiels de liquidation, animation opérationnelle du réseau, ...) et à la polyvalence des liquidateurs retraite sur la durée de la COG.
- [870] Cet engagement concernant l'amélioration de son niveau de performance s'accompagne de la volonté d'intensifier l'intervention du régime concernant l'information de l'assuré sur ses droits à la retraite en application de la loi du 9 novembre 2010 (campagnes d'information ciblées sur les droits spécifiques attachés aux régimes de retraite du RSI, mise en œuvre des orientations du GIP²⁰⁷ info retraite).
- [871] Enfin, dans le programme 5, c'est l'unification des domaines retraite et invalidité qui fait l'objet de la contractualisation entre l'Etat et le RSI autour de :
- la mise en œuvre du régime complémentaire de retraite des indépendants (RCI) unique ;
 - l'engagement des travaux d'harmonisation des prestations invalidité et décès en vue de la fusion de ces deux régimes ;
 - la préparation de la fusion des régimes vieillesse de base. A cet égard, la COG prévoit que le RSI préparera cette fusion en communiquant une étude d'impact économique et social, législatif et réglementaire, en gestion et en termes de qualité de service.

²⁰⁷ Groupement d'intérêt public

2.2 Des indicateurs COG en matière de retraite qui continuent de montrer des délais de liquidation des pensions dégradés

[872] Il existe six indicateurs COG - dont quatre sont assortis d'objectifs de résultats - ayant un lien avec la problématique de la retraite :

- deux ont trait au programme 4 « mieux informer les assurés et garantir une liquidation rapide et sûre des droits dans les domaines de la santé, de la retraite et de l'invalidité »
- deux relèvent du programme 12 « renouveler les politiques de contrôle interne et de maîtrise de risques »
- un a trait au programme 15 « rechercher une meilleure efficacité des fonctions de pilotage et de production »
- un relève du programme 2 « garantir la gestion des droits acquis pour les prestations en espèce »

2.2.1 Des objectifs et indicateurs globalement pertinents qui devront évoluer avec la mise en place de la liquidation unique

[873] Le tableau suivant présente les indicateurs de réalisation d'objectifs tels que définis par la COG.

Tableau 2 : Indicateurs de réalisation d'objectifs de la COG dans le domaine retraite

Numéro	Libellé	Mode de calcul	Objectifs			
			2012	2013	2014	2015
FP4 110	Tx de mise en paiement dans les délais requis des droits propres	Part des dossiers liquidés DP pour lesquels la mise en paiement intervient au plus tard le 10 du mois suivant la première échéance due	72%	75%	80%	85%
FP4 310	Tx de mise en paiement dans les délais requis des droits dérivés	Part des dossiers liquidés droits dérivés pour lesquels la mise en paiement intervient au plus tard le 10 du mois suivant la première échéance due	n.d. (indicateur de pilotage)			
FP12 210	Qualité des dossiers validés du domaine retraite	Part des dossiers retraite DP et DR déjà mis en paiement et validés avec constat d'erreur suite à contrôle de deuxième niveau (sondage)	11%	10%	10%	10%
FP12 310	Taux d'incidence financière des erreurs du domaine retraite	Tx d'incidence financière des erreurs décelées dans les dossiers de pensions de retraite DP et DR suite à contrôle de deuxième niveau (sondage)	0,77%	0,75%	0,72%	0,68%
FP15 200-1	Réduction des écarts de performance sur les processus majeurs : retraite	Dispersion des données autour de la moyenne nationale hors DOM concernant l'indicateur de % d'attribution des de DP mis en paiement dans le délai requis	n.d. (indicateur de pilotage)			
FP2 100	Taux de régularisation de compte des actifs et des radiés	Non déterminé à la signature de la COG	100% de la cible 2012	100% de la cible 2013	100% de la cible 2014	Sans objet

Source : COG

[874] Concernant le FP4 110 (droits propres), la COG 2012-2015 prend en compte le contexte conjoncturel défavorable lié à l'ISU et sa conséquence sur la détérioration des processus de liquidation, nécessitant des traitements manuels. C'est ainsi qu'en matière de délais de liquidation des pensions de retraite en droits propres, l'objectif COG a été ramené pour 2012 à 72 % contre 95 % en 2011 (objectif qui s'est de toute façon révélé inatteignable). Il est à noter que dans certaines caisses, ces objectifs, même ramenés à des perspectives plus réalistes, étaient déjà considérés en début de COG par les équipes de caisse comme inatteignables et ce, en l'absence même de mise en place d'ASUR.

[875] Les indicateurs FP4 110 et 310 (droits propres et droits dérivés) étaient déjà suivis dans la précédente COG. L'indicateur FP4 310 relatif au taux de mise en paiement dans les délais requis des droits dérivés était alors cependant un indicateur de résultat assorti d'objectifs à réaliser. La précédente mission avait recommandé de lui conserver ce statut ce qui n'a pas été le cas dans la présente COG. Malgré l'absence de contractualisation sur ce point, la caisse nationale s'est cependant donné un objectif de 30 % en 2012 et 50 % à fin 2015.

[876] Ces deux indicateurs renvoient à des indicateurs de benchmark mais il convient de relever que :

- comme indiqué régulièrement dans les rapports annuels sur la performance du service public de la sécurité sociale (benchmark), chaque organisme disposant de sa propre procédure interne de liquidation des dossiers, les modalités de calcul sont spécifiques aux différents

régimes. En particulier, tous les organismes ne prennent pas en compte la même typologie des dossiers dans le calcul du délai. Les services en charge de la liquidation retraite dans les caisses régionales du RSI n'ont ainsi jamais manqué de rappeler à la mission qu'ils leur semblent avoir un mode de calcul plus strict que celui du régime général et de la mutualité sociale agricole (MSA) notamment pour lesquels un dossier n'entre pas dans les délais tant qu'il n'est pas complet ;

- ces indicateurs ne tiennent pas compte des décomptes manuels (voir *infra*) auxquels il a été procédé au RSI pour éviter des ruptures de ressources liées au déploiement du nouvel outil ASUR. Par contre, ils sont bien sûr impactés négativement lorsque ces acomptes sont progressivement intégrés de manière rétroactive dans l'outil ASUR quand ce dernier évolue de manière à le permettre.

[877] Les indicateurs FP 12 210 et 310 (qualité des dossiers validés et incidence des erreurs financières) sont des indicateurs qui n'étaient pas définis dans la précédente COG et ne renvoient pas à des indicateurs benchmark. Le RSI considère néanmoins qu'il est désavantagé concernant l'indicateur FP12 310 au regard de son mode de calcul par comparaison avec ce qui se fait dans le régime général (différence dans les périodes d'observation)²⁰⁸. C'est ainsi que le RSI, en 2015, a évalué que si les modes de calcul étaient harmonisés de manière à limiter dans le temps l'incidence financière des erreurs dans le domaine retraite à l'instar du régime général, l'indicateur qui est détérioré en 2014 avec un résultat de 0,84 % aurait été de 0,51 % en deçà de l'objectif fixé par la COG.

[878] L'indicateur FP2 100 (régularisation de compte des actifs et des radiés) a vu ses modalités de calcul déterminées après la signature de la COG. La mission reste perplexe par rapport à un tel indicateur qui est calculé « compte tenu du processus métier de contrôle exhaustif des carrières constituées avant liquidation lorsqu'il y a des périodes ISU » en raisonnant par rapport à une cible définie annuellement sans plus d'éclaircissement. De plus cet indicateur est présenté comme systématiquement atteint sachant que le RSI indique qu'en l'état des outils disponibles, l'indicateur global n'est pas constitué.

[879] L'indicateur relatif au délai portant sur les délais de transmission des demandes uniques de retraite (DUR) aux régimes partenaires n'est plus suivi au niveau de la COG, mais continue de faire l'objet d'une comparaison dans le benchmark.

Recommandation n°66 : redonner à l'indicateur portant sur les droits dérivés son statut d'indicateur de résultat assorti d'objectifs ;

Recommandation n°67 : enlever son statut d'indicateur de résultats à l'indicateur portant sur la qualité des dossiers validés car malgré son importance, il apparaît, comme le montre la suite de la présente annexe, que la problématique actuelle du RSI porte moins sur la qualité de la liquidation que sur une problématique de délai de liquidation ;

Recommandation n°68 : supprimer l'indicateur portant sur le taux de régularisation de compte des actifs et des radiés pour le remplacer par un indicateur plus incitatif ;

Recommandation n°69 : créer, sans qu'il s'agisse d'un indicateur COG, un indicateur permettant d'apprécier les délais de liquidation des pensions, lorsque cette liquidation se fait sous forme d'acompte.

[880] Dans la perspective de la liquidation unique :

Recommandation n°70 : adopter un nouvel indicateur relatif à la mise en place de la liquidation unique avec indication du délai dans lequel chaque régime donne son « top vérifié » dans le cadre de la reconstitution des carrières (cf. point 4.1) ;

²⁰⁸ Cet indicateur retient au RSI en cas d'anomalie sur la date d'effet l'ensemble des échéances impactées, qu'elles se rapportent ou non à l'exercice en cours quand, selon le régime, la CNAVTS en limite les impacts aux échéances de l'exercice en cours.

Recommandation n°71 : harmoniser la définition inter-régimes au sein des régimes alignés de l'indicateur portant sur le taux de mise en paiement dans les délais requis des droits propres et dérivés.

2.2.2 Des résultats qui restent dégradés sur l'ensemble de la COG malgré une très nette amélioration de la productivité en 2014

Tableau 3 : Résultats obtenus concernant les indicateurs ayant trait à la retraite

	Intitulé	Valeur de réf	2011	2012	2013	2014	Observations
FP4 300	Taux de mise en paiement dans les délais requis des droits propres	70,4%	67,41%	68,86%	52,28%	56,07%	Donnée de l'année cumulée à fin de période observée.
				72%	75%	80%	
FP4 310	Taux de mise en paiement dans les délais requis des DR	27,4%	27,90%	30,06%	17,68%	16,17%	
			n.d.				
FP12 210	Qualité des dossiers retraite validés	11,19%	9,67%	7,02%	8%	7,12%	Données à mai 2014
				11%	10%	10%	
FP12 310	Incidence financière des erreurs retraite	Pas d'antériorité	0,55%	0,44%	0,48%	0,84%	
				0,77%	0,75%	0,72%	
FP15 200-1	Réduction des écarts de performance sur retraite	18,6%	18,6%	17,77%	21,27%	27,63%	Données hors DOM
			n.d.				
FP2 100	Taux de régularisation de compte des actifs et des radiés	Pas d'antériorité	Pas d'antériorité	100%	100%	100%	

RSI, données disponibles au 3 avril 2015 ; en italique, les objectifs COG rappelés ci-dessus.

[881] La précédente mission d'évaluation de la COG avait décrit les raisons pour lesquelles les difficultés du recouvrement, ajoutées aux nombreuses réformes des retraites, avaient conduit le RSI à un taux d'attribution des droits propres mis en paiement dans le délai requis de 70,4 % en 2009 et 2010 et de 39 % et 42,6 % pour les droits dérivés les mêmes années.

[882] Mais c'est la conjonction des programmes 4 et 5 de la COG visant à la fois à améliorer la performance du régime tout en mettant en place le régime complémentaire unique dans une période d'augmentation du nombre de demandes de retraites qui explique le fait que les indicateurs de taux de mise en paiement dans les délais requis tant des droits propres que des droits dérivés se soient fortement dégradés à partir de 2013. Malgré une légère remontée en 2014 pour l'indicateur portant sur les droits propres, l'objectif fixé pour cette même année a ainsi été rendu inatteignable.

- [883] La démarche de benchmark met en exergue cette faiblesse du RSI puisqu'en 2013 la DSS souligne que la performance des organismes de protection sociale dans ce métier est globalement élevée malgré les difficultés méthodologiques de comparaison : sept organismes sur 16 liquident plus de 95 % des pensions dans les délais et onze organismes sur 16 en liquident plus de 85 % dans les délais.
- [884] En particulier, concernant les droits dérivés, le RSI a subi une baisse importante entre 2012 et 2013 concernant l'indicateur de taux de mise en paiement. Parmi l'ensemble des 16 organismes de protection sociale participant du benchmark de la direction de la sécurité sociale, il se situe en 2013 comme le régime obtenant la plus faible performance (avec presque douze points d'écart avec l'avant dernier régime en termes de performance, à savoir la CNBF, et 70 points d'écart avec la CNAVTS).
- [885] Cette détérioration s'est par ailleurs accompagnée d'une moindre capacité du régime à réduire les écarts de performance entre caisses sur le processus retraite. Cet indicateur s'est détérioré de presque dix points entre 2014 et 2012 sans jamais pouvoir rejoindre la valeur de référence fixée par la COG.
- [886] Au contraire, les indicateurs de qualité des liquidations respectent très largement les objectifs fixés ce qui tend à montrer qu'il s'est bien agi d'un problème de gestion de stocks de dossiers lié au déploiement du nouvel applicatif ASUR.
- [887] De même, il doit être souligné que l'indicateur non suivi dans la COG, mais dans la démarche de benchmarking, sur le taux de respect du délai de transmission des demandes de retraite aux régimes partenaires (envoi dans un délai de dix jours) fait état d'une excellente performance du RSI. Malgré une légère baisse de performance entre 2012 et 2013, le RSI obtient, selon la DSS, le meilleur score par rapport aux régimes concernés avec un taux de 94,37 % en 2013 contre 74 % à la CNAVTS, 89,67 % à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires CRPCEN et 66,7 % à la MSA.

3 L'ACTIVITE RETRAITE EST FORTEMENT IMPACTEE PAR LA MISE EN PLACE DE L'APPLICATION PERMETTANT LA LIQUIDATION CONCOMITANTE DE LA BASE ET DE LA COMPLEMENTAIRE MALGRE L'AMELIORATION DE LA FIABILISATION DES DROITS ACQUIS

- [888] Comme rappelé précédemment, l'objectif général en matière de retraite de rapprochement avec les performances observées dans les autres régimes s'appuyaient sur trois axes (cf. point 2.1) dont les conditions de mises en œuvre sont ci-après décrites.

3.1 L'industrialisation de la fiabilisation des droits acquis des travailleurs indépendants en matière de retraite

3.1.1 Un lien réglementaire entre cotisations et droits à retraite, spécifique au RSI, qui explique pourquoi la fiabilisation des droits acquis est un enjeu majeur dans le processus retraite

- [889] Pour les travailleurs indépendants artisans et commerçants, les droits sont directement liés aux cotisations versées. Les droits à retraite calculés dépendent des seules cotisations versées à la date d'arrêt du compte (dernier jour du trimestre civil précédant la date prévue pour l'entrée en jouissance de la pension). Comme le rapport IGAS d'évaluation de la COG de 2011 le décrivait, si des cotisations sont versées ultérieurement, il n'en est pas tenu compte pour modifier les droits des assurés car sauf exceptions, le RSI ne peut réviser une pension définitivement liquidée.

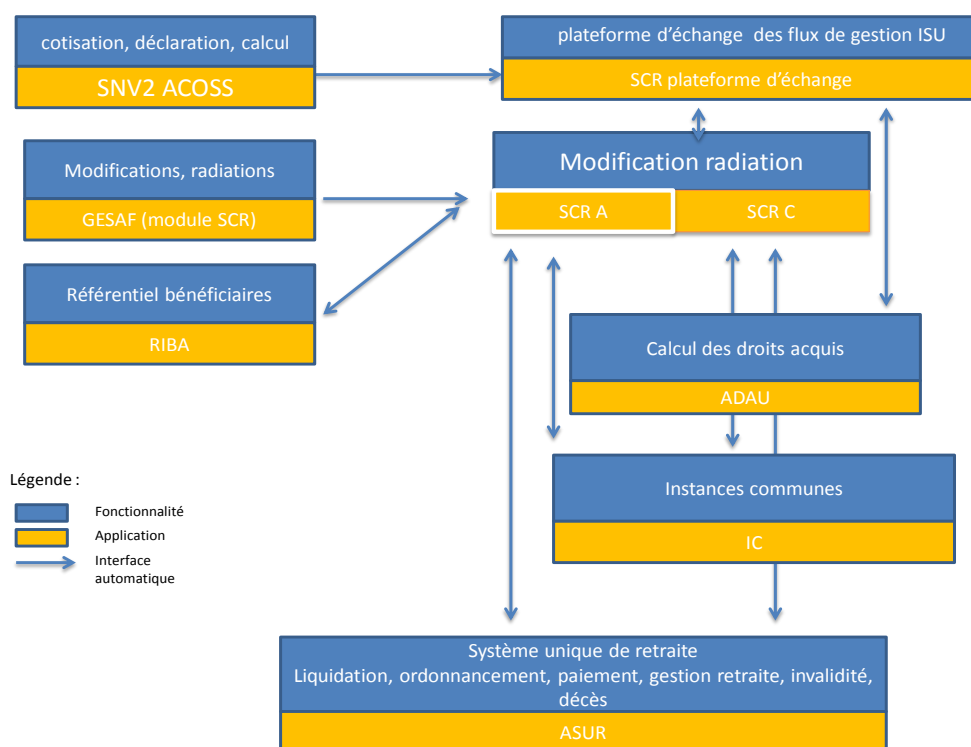
- [890] Ce rapport rappelait ainsi les trois points suivants :
- [891] « Qu'il s'agisse de la pension vieillesse de base ou de la pension complémentaire, la condition d'être à jour du paiement des cotisations n'est plus une condition d'ouverture des droits.
- [892] Pour la pension du régime vieillesse de base, il n'y a pas de condition d'être à jour de ses cotisations : conformément aux articles L 634-3-2 et suivants du CSS, le droit est ouvert sous deux conditions : une condition d'âge et une demande. S'y ajoute, sauf situation de cumul-emploi, une condition de cessation d'activité.
- [893] Quant aux régimes complémentaires, la condition d'être à jour du paiement de ses cotisations du régime de retraite complémentaire pour bénéficiaire de la pension personnelle a été abrogée (circulaire RSI n°2009/035 du 2 juillet 2009).
- [894] Cependant, le niveau des droits est dépendant des cotisations versées à la date d'arrêt du compte, veille de l'entrée en jouissance de la pension.
- [895] Selon l'article R 351-37 du CSS, l'assuré indique la date à compter de laquelle il désire entrer en jouissance de sa pension, cette date étant nécessairement le premier jour d'un mois et ne pouvant être antérieure au dépôt de la demande. Si l'assuré n'indique pas la date d'entrée en jouissance de sa pension, celle-ci prend effet le premier jour du mois suivant la réception de la demande par la caisse chargée de la liquidation des droits à pension de vieillesse.
- [896] La date d'entrée en jouissance de la pension ayant été déterminée, en vertu du 1° de l'article R.351-1 du CSS, les droits à l'assurance vieillesse sont déterminés en tenant compte des cotisations versées et arrêtées au dernier jour du trimestre civil précédant la date prévue pour l'entrée en jouissance de la pension. Il s'agit de la date d'arrêt du compte. Lors de la liquidation, il n'est pas possible de prendre en considération des cotisations réglées après la date d'arrêt du compte.
- [897] Si des cotisations sont versées ultérieurement, il n'en est pas tenu compte pour modifier les droits des assurés car aucune possibilité de révision de la pension [à ce titre] n'existe au RSI ».

3.1.2 Une fiabilisation des droits acquis pour les périodes ISU qui reste à consolider pour renforcer la confiance des services liquidateurs dans les systèmes d'information et gagner en productivité

- [898] La fiabilisation des droits acquis dans le cadre de la reconstitution des carrières notamment en cas de période ISU est donc une étape essentielle dans le processus de liquidation de la pension de retraite personnelle et ce d'autant que le nombre de personnes ayant des périodes ISU dans leur carrière au moment de la liquidation de leur carrière augmente.
- [899] Du fait des difficultés dans la transmission des données entre les systèmes d'information de l'ACOSS et du RSI concernant les cotisations émises et les encaissements perçus, le RSI reconnaissait début 2012 dans la COG que les informations figurant dans les outils RSI gérant la retraite (le système commun retraite ou SCR) n'étaient plus fiables et que cette situation engendrait :
- la non transmission à l'inter-régimes des nouveaux trimestres acquis pour une partie de la population artisans/commerçants ;
 - une surcharge de travail importante pour les agents qui procèdent aux vérifications systématiques, voire au calcul manuel des droits retraite au moment de la demande de liquidation ;
 - des risques d'erreurs dans la liquidation des pensions.

- [900] A titre d'illustration, la précédente mission COG (*cf.* point 8.1.3.2 du rapport) avait d'ailleurs comparé pour les dossiers liquidés en 2010 le délai de liquidation des dossiers comportant des droits acquis pendant la période ISU (à partir de 2008 et après) et celui des dossiers ne comportant pas de droits acquis postérieurement au 31 décembre 2007. Il en ressortait que le taux de dossiers liquidés dans les délais était de 62,7 % pour ceux comportant des droits post ISU et de 75 % pour ceux n'ayant pas de droits cotisés pendant la période ISU.
- [901] Conformément à ses engagements COG, pour améliorer cette situation et après avoir abandonné l'idée de faire arriver un flux direct d'informations du SNV2 vers le système commun retraite (SCR) du RSI²⁰⁹, le RSI a commencé par mettre en place en août 2012 dans le portail ISU un écran appelé « synthèse des droits retraite » (SDR) permettant de donner une première vision des droits acquis.
- [902] Puis le RSI a déployé à partir de fin 2013 l'application des droits acquis unique (ADAU) permettant de recevoir les flux du SNV2, de les transformer de manière industrialisée en droits acquis et de les transmettre ensuite à SCR. La gestion courante est active depuis mai 2014.
- [903] C'est SCR qui ainsi alimenté par ADAU permet la liquidation des droits de pension par l'application ASUR.

Schéma 1 : Cartographie des applications dans le domaine retraite



Source : RSI-retraite mission

²⁰⁹ A noter que SCR est une application initialement développée par ORGANIC et qui ne s'inscrivait pas dans la logique consistant à faire correspondre un métier à une application. A l'origine, les responsables du SI rappellent que cette application appelée ACR (adhésion, carrière et recouvrement) n'avait pas la même vocation que le système actuel.

- [904] A partir de décembre 2013, l'ensemble des données carrière contenues dans SNV2 ont été reprises dans ADAU. La Cour des comptes²¹⁰ a d'ores et déjà fait un état des difficultés rencontrées alors (notamment l'écrasement de certaines données de retraite complémentaire et le manque de fiabilité des migrations de données pour les auto entrepreneurs).
- [905] Le déploiement d'ADAU a bien sûr constitué une avancée essentielle pour améliorer le travail des équipes de liquidation qui étaient encore début 2013 obligées de reprendre systématiquement manuellement année après année les cotisations réellement versées puis de les transformer en droits acquis au moyen de « calettes » (ie. des fichiers Excel) dont le format avait été progressivement normé par la caisse nationale avant de les saisir, toujours manuellement, dans SCR.
- [906] Néanmoins, la lettre réseau n° 2015/044 du 3/04/2015 intitulée « procédure métier nationale Droits acquis retraite : mise à jour du 1^{er} mars 2015 » continue de prescrire aux caisses, compte tenu de situations de non mises à jour de la carrière liées à des rejets d'appariements ou à des anomalies persistantes dans ADAU, de « *maintenir le contrôle de cohérence à 100 % des carrières ISU* ».
- [907] Les services de liquidation continuent ainsi de devoir systématiquement comparer les données contenues dans SCR avec celles issues d'ADAU en vérifiant si tout ou partie du dossier n'a pas été mis à jour, si les périodes de cotisations/d'exonérations et assimilées affichées sont incohérentes ou si tout ou partie de la carrière ISU correspond à des droits à zéro.
- [908] En cas d'incohérence du compte, les services liquidateurs doivent calculer les informations à corriger (la caisse nationale précisant que la calette doit être utilisée pour les seuls auto entrepreneurs) et corriger manuellement les données erronées dans SCR sous réserve de la validation par l'agent comptable de ces calculs.
- [909] La lettre réseau précise en effet que « *toute modification manuelle de la carrière fera l'objet d'une validation par l'ordonnateur ou le comptable. Cette validation est obligatoire pour permettre la liquidation du dossier.* »
- [910] Les « *anomalies et fonctionnements particuliers suite à la reprise de stock (RDS)* » dit référentiel ADAU sont précisées dans un document mis à disposition des caisses. Pour chaque « anomalie et fonctionnement particulier », il est ainsi précisé son thème, son libellé, l'appliquatif erroné ou posant difficulté, son impact, l'identification de l'anomalie, la procédure pour y remédier, son importance, la date prévisionnelle de la correction dans l'application concernée (ADAU ou SNV2). En juillet 2015, 33 anomalies et fonctionnements particuliers sont recensées dans le document mis à la disposition de la mission dont 16 jugées prioritaires ou majeures par la caisse nationale.
- [911] Ainsi, pour le thème « régularisation des cotisations post date d'arrêt du compte (DAC) », identifié comme prioritaire et que la Cour des comptes identifiait comme devant être réglé en mai 2014, l'appliquatif indiqué comme erroné est ADAU. L'impact consiste en ce que « depuis la mise en place de la V1.2 d'ADAU les cotisations réelles sont systématiquement prises en compte y compris si elles sont versées/remboursées post DAC ». L'anomalie doit être corrigée dans la version 1.3 d'ADAU.
- [912] Dans les caisses, les services liquidateurs doivent donc comparer SCR et ADAU et en cas de difficulté se référer, selon ce qui est indiqué dans le référentiel ADAU, éventuellement à SDR et/ou utiliser une calette lorsqu'il s'agit d'AE.

²¹⁰ Relevé d'observations provisoires, « Les retraites des indépendants (commerçants et artisans), avril 2014

- [913] Alors même que ces procédures de contrôle sont complexes, il est frappant de noter, comme la mission a été amenée à le constater au cours de ses déplacements dans différents services liquidateurs en région, que l’instruction de la caisse nationale n’était pas toujours entièrement respectée, les caisses adoptant, pour certaines, des procédures de contrôle plus strictes que celles préconisées par la caisse nationale.
- [914] Certaines caisses procèdent ainsi systématiquement à l’utilisation d’une calculette car elles craignent qu’un simple contrôle de cohérence entre SCR et ADAU ne leur permettent pas de détecter des problèmes.
- [915] La caisse nationale – compte tenu des efforts de productivité à accomplir et eu égard du niveau de maturité de l’application ADAU - considère que la calculette « reconstitution des droits acquis droits propres » n’est plus nécessaire.
- [916] Par conséquent, la calculette actualisée pour 2015 par une caisse régionale et que d’autres caisses régionales se sont procurées n’est plus validée par la caisse nationale. Cela pose difficulté car la mission a pu constater que certaines caisses contestaient l’actualisation de la calculette 2015.
- [917] D’autres caisses, notamment lorsque le contrôle de droit acquis est réalisé par des équipes familières avec le portail ISU, mettent en relation systématiquement SCR/ADAU et le portail ISU sur les cotisations. Cette tendance se serait renforcée avec l’évolution récente du SNV2 pour développer le « 3 en 1 »²¹¹. Certains responsables dans les services considèrent que cette évolution entraîne des erreurs dans ADAU et les a amenés à renforcer leurs contrôles. Certaines équipes relèvent également le nombre de doublons qui, selon elles, serait encore significatif dans SCR.
- [918] Ces renforcements de procédure de contrôle, alors même que 100 % des dossiers emportant modification de carrière dans SCR sont vérifiés par les services comptables, sont révélateurs d’une certaine méfiance à l’égard du système d’information qui semble perdurer dans les services en charge du service des pensions malgré l’amélioration réelle apportée par ADAU.
- [919] Bien naturellement, ce phénomène peut être accentué par le fait que les personnes en charge de la liquidation dans les services ressentent mal quand une proposition de modification de carrière est rejetée par le service comptable, ce qui tend aussi à justifier à leurs yeux ces contrôles complémentaires.
- [920] Or, ces renforcements contribuent nécessairement à un rallongement du temps consacré à l’étape de reconstitution des carrières comportant des carrières ISU, même s’ils ont certainement aussi permis au RSI de respecter et même dépasser son objectif relatif à la qualité des dossiers retraite validés.
- [921] Le déploiement de la version 1.3 d’ADAU attendu pour mi octobre devrait permettre de traiter onze anomalies parmi les 33 mentionnées précédemment dans le référentiel ADAU, dont sept jugées prioritaires ou majeures par la caisse nationale. La version 1.4 doit être mise en production fin décembre 2015 et devrait permettre d’en résoudre sept autres. Le diagnostic sur l’impact du « 3 en 1 » sur l’application ADAU doit par ailleurs être mené par la DPSA. Enfin, la caisse nationale considère qu’à l’issue de ces modifications, il sera possible d’envisager une suppression de l’écran « synthèse des droits retraite » (SDR) du portail ISU.

Recommandation n°72 : Renforcer le dialogue avec les caisses régionales lors des journées des référents métiers en vue d’un allègement effectif des procédures de contrôle lors du contrôle des droits acquis.

²¹¹ Pour mémoire, il s’agit d’une nouvelle modalité d’appel des cotisations qui rapproche depuis cette année la cotisation du revenu réel et permet à l’assuré d’ajuster le prélèvement au revenu.

3.2 Un déploiement de l'application ASUR de liquidation des droits à retraite unique à périmètre restreint en 2013

3.2.1 Des conditions de déploiement, qui ont permis de garantir la juste liquidation des pensions, mais au prix d'une dégradation des délais

[922] Il s'agissait d'un axe de la précédente COG fortement souhaité par les élus du RSI qui avaient soutenu un amendement à la loi du 9 novembre 2010 en ce sens.

[923] La précédente mission en rappelait les avantages attendus en termes de :

- pérennité financière pour le régime (recul de la date d'extinction des réserves de dix ans, nouvelles marges de manœuvre pour gérer ce nouvel actif de référence, pilotage simplifié)
- et d'amélioration des droits des assurés (meilleure articulation du régime complémentaire avec le régime de base et niveau de couverture amélioré).

[924] L'article 57 de la loi de 2010 prévoyait une entrée en vigueur de ce dispositif au 1^{er} janvier 2013. Pour être dans les temps, le RSI a fait le choix de développer une application unique permettant de liquider pensions de base en droits propres et dérivés et régime complémentaire obligatoire.

[925] Cette application a été déployée en mai 2013. Pour la développer le choix du RSI a été de se fonder sur une application déjà existante pour la liquidation des droits à pension des commerçants (PRESTO), au détriment de l'application existant pour les artisans (PRESTA). La migration de plus de 500 règles de gestion depuis PRESTA pour développement dans ASUR a ainsi été nécessaire et a été menée dans le calendrier fixé. Le choix de PRESTO paraissait justifié à la précédente mission COG qui soulignait que PRESTO était plus performant que PRESTA (*cf.* point 7.3.1 du rapport de 2011).

[926] Identifié comme une priorité par le régime, le déploiement d'ASUR a mobilisé fortement le RSI et représente sur la durée de la COG un coût financier important. Il doit être relevé que le taux d'exécution prévisionnel sur la période 2012-2015 du projet est de 140 % sur les investissements et de 92 % concernant la maintenance fonctionnelle.

Tableau 4 : Bilan ASUR en termes de maintenance fonctionnelle et d'investissement du système d'information

En K€	2012		2013		2014		2012 - 2015 prévisionnel	
	Budget exécuté	Taux d'exécution	Budget exécuté	Taux d'exécution	Budget exécuté	Taux d'exécution	Budget exécuté prévisionnel	Taux d'exécution prévisionnel
Maintenance fonctionnelle retraite								
MOE	4 098	181 %	1 794	105 %	2 385	89 %	10 275	99 %
MOA	236	43 %	149	34 %	431	67 %	1 545	62 %
Total	4 334	154 %	1 943	90 %	2 816	85 %	11 820	92 %
Investissement retraite								
MOE	4 612	77 %	6 850	202 %	2 274	88 %	16 759	126 %
MOA	1 953	224 %	2 035	295 %	931	169 %	5 241	216 %
Total	6 565	96 %	8 886	218 %	3 205	102 %	22 000	140 %

Source : RSI-retraité mission

[927] Au-delà de ce coût en termes de système d'information, un temps de formation d'une semaine pour l'ensemble des personnels chargés de la liquidation des pensions (800 personnes environ selon DPSA) sur ASUR et ADAU a été nécessaire.

- [928] De même, les opérations nécessaires à la reprise des droits de l'ancien régime des conjoints des commerçants ont nécessité l'envoi de 30 000 courriers qui ont ainsi été adressés aux assurés pouvant bénéficier d'un droit dès le 1^{er} janvier 2013.
- [929] La Cour des comptes²¹² retrace très exactement la démarche mise en œuvre au sein du RSI dont les principaux constats ne peuvent qu'être partagés par la mission.
- [930] D'une part, l'application a été mise en place à temps ce qui permet très justement au RSI de considérer qu'il a pleinement rempli son objectif COG les pensions déjà liquidées n'ayant effectivement pas été perturbées et aucune pension nouvellement versée n'ayant été inférieure à celle de PRESTO ou PRESTA ou supérieure d'un € ou plus.
- [931] Le Directeur Général du RSI insiste en particulier sur le pragmatisme qui a prévalu dans la démarche de refonte du système d'information et qui a permis au RSI de remplir cet objectif. C'est ainsi que pour garantir le maintien du versement des pensions, la fin de la migration de PRESTA vers ASUR est intervenue uniquement en juillet 2014.
- [932] Mais, d'autre part, cette application au périmètre incomplet a durablement affecté les conditions de liquidation par le RSI.
- [933] Alors que l'outil devait être global, ASUR n'a pas permis de liquider les pensions de réversion lors de son déploiement. Le RSI reconnaît sur ce point une réelle faiblesse dans le pilotage du projet puisque la détection de difficultés a été faite trop tardivement après la phase de recette, alors même que la mise en production d'ASUR était engagée. Deux nouvelles versions d'ASUR concernant la réversion ont cependant été mises en production en juillet et septembre 2013.
- [934] Sur la réversion, les difficultés liées à ASUR se sont conjuguées avec les difficultés des échanges-inter régimes pour obtenir les informations nécessaires au calcul pour écrier les pensions. Les échanges inter-régimes sont en effet selon les caisses régionales encore largement effectués sur support papier avec un suivi et des relances effectuées par mail qui prennent du temps.
- [935] Au de là de ce problème lié aux pensions de réversion, ASUR ne permettait pas de liquider en 2013 l'ensemble des pensions. Son périmètre couvrait, selon le DPSA, environ 80 % du périmètre des liquidations qui reconnaissait lors d'un premier entretien avec la mission que l'ampleur du champ hors périmètre en termes de charge pour les services de liquidation avait certainement été sous estimé.
- [936] Enfin il n'a pas été possible de modifier les données des pensionnés dans ASUR avant avril 2014, ce qui a posé difficulté, notamment lorsque des éléments de bonification de carrière avaient été oubliés.

3.2.2 Des conditions de déploiement d'ASUR imposant le développement de solutions de contournement

3.2.2.1 Une forte mobilisation, toujours soutenue à ce jour, sur les évolutions d'ASUR

- [937] Le bilan des mises en production d'ASUR est le suivant selon le RSI au début juin 2015 sachant que la caisse nationale distingue :
- les mises en production correctives consistant en un ajout de fonctionnalités qui étaient incorrectes au départ ;

²¹² Relevé d'observations provisoires, « Les retraites des indépendants (commerçants et artisans), avril 2014

- les mises en production évolutives, liées aux évolutions du système des retraites, qui ne sont pas directement liées à la migration ASUR (par exemple la prise en compte de la norme bancaire SEPA²¹³);
- les mises en production de Patch correspondant à des corrections/évolutions ciblées qui ont donné lieu à mise en production spécifique (sans attendre une version corrective ou évolutive).

Tableau 5 : Mises en production d'ASUR

	Mise en production corrective	Mise en production évolutive	Mise en production de patch	Total
2013	7	3	24	34
2014	8	7	21	36
2015 (juin)	1	4	8	13
Total	16	14	53	83

Source : RSI

- [938] Selon le bilan COG au 23 juin 2015 réalisé par le RSI pour la DSS, les nouvelles fonctionnalités développées en 2014 ont eu trait notamment à la mise en œuvre du minimum contributif (MICO), de la pension de réversion lorsque la personne décédée est encore en activité, et du versement forfaitaire unique (VFU)²¹⁴.
- [939] La DPSA a cherché à faire remonter les anomalies et difficultés et à soutenir les caisses régionales.
- [940] La DPSA a ainsi mis en place dans le cadre du comité de suivi du contrôle des prestations un suivi de l'ensemble des anomalies pour en dégager des typologies et des enseignements.
- [941] La DPSA a aussi instauré de nouvelles modalités d'animation du réseau des référents retraite : comité de pilotage du domaine retraite en 2014 réuni sur une base trimestrielle avec un représentant des caisses régionales par groupe iso-ressources (GIR), organisation de journées retraite trois fois par an avec deux représentants par caisse régionale, ateliers de travail sur ADAU en 2015, ouverture d'un outil collaboratif en février 2015 permettant aux caisses d'échanger avec la caisse nationale et de mutualiser les réponses (INFORET : 16 communications en 2014 et 19 en 2015 dont 12 pour ASUR avec la mise à disposition de modes opératoires et 6 pour les droits acquis ADAU).
- [942] Elle a mis à disposition des outils de pilotage de l'activité au niveau régional comme national avec l'application SAPHIR (Suivi d'activité hebdomadaire des instances de retraite).
- [943] Elle a également élaboré des « lettres ASUR » (8 en 2014 et 3 en 2015) et a mis à disposition des caisses un référentiel fonctionnel ASUR visant à informer les caisses des fonctionnalités disponibles avec l'ajout de commentaires sur la manière de procéder notamment lorsqu'il faut contourner une difficulté ou un « défaut » et le suivi des différentes dates de mises à jour prévisionnelles.
- [944] Les caisses doivent ainsi régulièrement aller consulter ce référentiel pour s'assurer du périmètre d'ASUR et voir s'il est possible de régulariser des versements de pension réalisés par acompte. Sur ce point, l'arrivée à maturité d'ASUR devrait faciliter le travail des services et renforcer leur confiance en l'outil. En effet, là encore, la mission a pu constater que dans certains services, les personnes en charge de la liquidation contrôlaient manuellement les liquidations issues d'ASUR.

²¹³ Espace unique de paiement en euros ou « single euro paiement area »

²¹⁴ Lorsque le montant annuel de la prestation de droit direct du régime de base est inférieur à un certain seuil (156.09 € au 1^{er} avril 2013), il y a versement d'un capital, le versement forfaitaire unique. Les assurés concernés représentent une part non négligeable des prestations versées par le RSI.

3.2.2.2 Le versement d'acomptes et la liquidation manuelle dans ASUR comme solutions de contournement

- [945] Tirant les conséquences liées aux difficultés dues à la montée en charge d'ASUR, la caisse nationale a développé des solutions de contournement qui permettent au régime de liquider les pensions, mais dans des conditions dégradées de productivité.
- [946] La caisse nationale a ainsi autorisé les caisses à procéder à des acomptes lorsqu'il s'agissait de pensions ne pouvant pas être liquidées dans ASUR.
- [947] Il s'agit de liquidations réalisées manuellement par les services liquidateurs et versées manuellement par les agents comptables. Chaque mois, les services liquidateurs (dans les caisses rencontrées par la mission, c'est généralement un cadre qui traite ces dossiers) confirment au service comptable si la pension doit ou non continuer à être versée par acompte. Si les évolutions du périmètre d'ASUR le permettent, ces pensions peuvent cesser d'être versées sous cette forme. Cela suppose que les services liquidateurs des caisses reprennent l'ensemble des données y afférentes, depuis le début de la liquidation, entièrement manuellement dans ASUR. Quand certaines pensions sont reprises dans ASUR, des liquidatrices expérimentées ont indiqué à la mission qu'un seul dossier pouvait leur prendre plus de trois heures.
- [948] Cette procédure présente l'avantage d'être complètement transparente pour les pensionnés qui reçoivent normalement leurs pensions sans avoir connaissance qu'il s'agit d'acomptes. Néanmoins elle s'avère lourde pour le RSI du fait notamment de la reprise des données dans ASUR ultérieurement lorsqu'une modification du périmètre d'ASUR le permet.
- [949] Environ 7 500 acomptes fin 2014 et environ 8 000 acomptes en septembre 2015 étaient versés selon la DPSA.
- [950] Par ailleurs, la caisse nationale a également mis en œuvre en décembre 2014 la possibilité de réaliser des liquidations manuelles dans ASUR. Dans ce cas, les pensions présentent l'avantage d'être bien liquidées dans ASUR contrairement à la politique d'acompte présentée ci-dessus. Toutefois, cette possibilité implique pour les services liquidateurs de remplir manuellement l'ensemble des données nécessaires à la liquidation de la pension de base et la complémentaire, aucune reprise de donnée de SCR même administrative n'apparaissant alors dans ASUR.
- [951] La mission a pu constater que certaines caisses étaient malgré tout réticentes à utiliser cette possibilité de liquidation manuelle, car au-delà du fait qu'elle semble nécessiter une bonne connaissance de l'outil et de la matière technique, il n'y a pas de contrôles embarqués portant sur la cohérence permettant de détecter en cours de saisie une erreur ou manque. Ce n'est qu'à la fin de la saisie ou lors du contrôle ordonnateur et/ou comptable que certains liquidateurs s'aperçoivent d'une difficulté et doivent alors reprendre l'ensemble de la procédure de liquidation.

3.3 Un pilotage centré sur les stocks d'activité des caisses régionales qui reste marqué par des écarts de performance importants malgré l'amélioration importante de la productivité globale en 2014

- [952] La très forte augmentation des stocks de dossiers à liquider au RSI est donc liée à la conjonction de différents facteurs explicatifs :
- la suite de la gestion des difficultés liées à l'ISU avec ADAU ;
 - le déploiement d'ASUR en lien avec la modification des méthodes de travail dans certaines caisses (numérisation par exemple des méthodes de travail) ;
 - la relative méfiance des services de liquidation vis-à-vis des systèmes d'information mis à leur disposition ;
 - l'augmentation du nombre de demandes de retraites rappelée ci-dessus ;

- le fait que les procédures sont les mêmes quel que soit le montant de la pension (alors que le RSI liquide beaucoup de très petites pensions) ;
- les difficultés des échanges matériels entre régimes pour les pensions de réversion.

3.3.1 Une réduction des stocks obtenue grâce à une amélioration de la productivité des caisses régionales

- [953] Pour la caisse nationale, la priorité est ainsi devenue, dans le cadre du pilotage des caisses régionales, la réduction des stocks pour éviter que, focalisées sur un indicateur de délai issu de la COG, les caisses régionales ne traitent que les dossiers entrants.
- [954] La DPSA actualise le tableau de bord des caisses tous les mois et rapporte le niveau de stock à la production annuelle de 2012 (pour neutraliser l'effet d'ASUR sur la productivité).
- [955] Une actualisation hebdomadaire des résultats de chaque caisse est mise à leur disposition sur l'intranet du RSI.
- [956] La caisse nationale répond ainsi à l'inquiétude de la Cour des comptes²¹⁵ exprimée dès avril 2014 en ce sens. Cette inquiétude est d'autant plus partagée par la caisse nationale que toute reprise d'acompte dans ASUR contribue à dégrader l'indicateur portant sur les taux de liquidation dans les délais et qu'elle souhaite éviter des biais de performance à cet égard.
- [957] Enfin, pour la caisse nationale, il est impératif que le régime ait atteint son niveau de stock frictionnel lorsqu'il s'agira de mettre en œuvre la liquidation unique.
- [958] A la suite de ces différentes actions, une très réelle amélioration de la productivité des services de liquidation doit être constatée.
- [959] Le RSI dénombrait 20 498 dossiers en stock au national au 31 mars 2015 contre 27 447 fin 2013. 7 000 dossiers ont ainsi été déstockés en 2014.
- [960] En 2014, la production des liquidations de droits propres est en forte croissance : +24 % par rapport à 2013 (92 916 liquidations de pensions de droit propre en 2014 contre 75 000 en 2012 et 2013).
- [961] L'évolution de la productivité par ETP concernant la liquidation des pensions à cet égard doit être soulignée avec une hausse d'environ 26 % là encore entre 2014 et 2013.

Tableau 6 : Productivité moyenne pour le processus « liquider la pension de retraite personnel et l'ASPA »

Année	Nombre de dossiers de droits propres traités par ETP
2012	123 ²¹⁶
2013	131
2014	165

Source : RSI CAPCEA

- [962] La caisse nationale considère à juste titre que c'est ce pilotage sur les stocks qui participe de la faiblesse du redressement des indicateurs COG en 2014.

²¹⁵ Relevé d'observations provisoires, « Les retraites des indépendants (commerçants et artisans), avril 2014

²¹⁶ A noter que la caisse nationale a indiqué à la mission que ce chiffre ne pouvait être considéré comme valide compte tenu du déploiement en cours à l'époque du dispositif de comptabilité analytique

3.3.2 Une réduction des écarts de performance des caisses régionales sur l'activité retraite indispensable

[963] L'objectif de réduction des stocks du RSI n'est pas exempt de difficultés.

- La DPSA à la caisse nationale indique ne pas avoir donné de consignes aux caisses régionales pour déterminer les dossiers à traiter en priorité dans les stocks. Dans les services de liquidation, interrogés par la mission, les personnes en charge des liquidations ont tendance à considérer qu'elles réagissent notamment pour les pensions de réversion en fonction des réclamations des assurés. Sur ce point, une instruction serait sans doute souhaitable.

Recommandation n°73 : Engager une réflexion sur la manière de fixer des priorités dans le traitement des stocks de dossier à liquider

- La résorption des stocks à un niveau frictionnel suppose d'augmenter encore la cadence par rapport à 2014. Si les améliorations apportées à ADAU et à ASUR et une meilleure appropriation de l'outil devraient participer de cette possibilité, le retard pris par certaines caisses sur des actions qu'elles ont décalées dans le temps pour traiter leurs stocks (Ex : campagne sur les MICO) laisse penser que cet objectif sera difficile à atteindre.
- Enfin, au delà des résultats globaux, la disparité entre caisses des résultats et de leurs pratiques en termes d'organisation et de procédures notamment doit être soulignée car cela reste un frein à l'amélioration de la productivité.

[964] Comme il a été rappelé au point 2.2.2 de la présente annexe, l'indicateur relatif à la réduction des écarts de performance des caisses régionales concernant le processus retraite s'est fortement dégradé pendant la COG avec une augmentation de plus de dix points entre 2014 et 2012.

[965] Il doit être noté qu'en mai 2015, le DPSA reconnaissait ne pas suivre cet indicateur au titre du pilotage d'activité de gestion de la retraite.

[966] Au 30 avril 2015, la caisse affichant la meilleure performance au sein du RSI liquidait au titre des quatre premiers mois de l'année 86,22 % des dossiers de droits propres dans les délais alors que la caisse la plus en difficulté (hors DOM et Corse) affichait un taux de 25,97 %, artisans/commerçants confondus. L'annexe 4 relative au projet Trajectoire en son point 2.2.3.1 décrit plus précisément les écarts et la dispersion ainsi observés tant sur les droits propres que sur les droits dérivés.

[967] Au-delà de la question de la taille critique de certaines équipes dont la productivité peut être fortement affectée par des mouvements de personnels, ces écarts de performance sont très certainement liés à des organisations et pratiques qui restent très hétérogènes. L'annexe 4 sus mentionnée décrit en son point 2.2.3.3 cette diversité qui a été observée par la mission dans l'ensemble des caisses rencontrées²¹⁷ et qui concerne tant :

- l'utilisation à des degrés très diversifiés de la GED-GDT ;
- la gestion des « corbeilles » de dossiers à traiter par les liquidateurs et la répartition des tâches par les responsables de services ;
- la concentration des équipes sur un ou plusieurs sites avec une spécialisation ou non de leurs tâches ;
- la spécialisation ou non de liquidateurs sur la reconstitution des droits acquis notamment en cas d'anomalie entre les données de SCR et celles issues d'ADAU ;
- la gestion ou non par le service retraite de cette vérification des droits acquis ;

²¹⁷ L'un des objectifs de la COG portait sur le renforcement de la polyvalence des liquidateurs retraite. Sur ce point, la mission n'a pas été en mesure, fautes d'éléments de comparaison avec la situation qui prévalait précédemment, d'évaluer si cet objectif a été rempli.

- la formation et le positionnement des nouveaux arrivants dans les équipes de liquidation ;
- les méthodes de vérification (utilisation du portail ISU privilégiée dans certains services) ;
- les relations avec les caisses des autres régimes (utilisation ou non d'outils de type sharepoint) ;
- les relations avec le service comptable (une caisse par exemple a mis à disposition de ce service deux liquidateurs pour gagner en expertise sur les contrôles).

[968] Dans la ligne de la précédente COG et en cohérence avec le projet Trajectoire, l'objectif de réduction des écarts de performance doit être maintenu dans la nouvelle COG et doit devenir un réel outil de pilotage pour la DPSA dans un objectif d'amélioration de la productivité et de la qualité du service rendu des caisses.

[969] Un tel pilotage serait cohérent avec le fait que la caisse nationale souhaite (*cf.* séminaire des cadres de direction de juin 2015) qu'un principe de solidarité dans la gestion des stocks de retraite pour l'ensemble du groupe fusion (c'est-à-dire les caisses destinées à fusionner dans le cadre de Trajectoire) soit respecté. Un tel objectif suppose une réflexion sur les méthodes de travail des caisses du groupe fusion et sur les moyens de limiter les risques de démotivation relayés par les caisses les plus performantes qui auraient à intervenir pour suppléer les caisses les moins performantes.

Recommandation n°74 : Transformer l'indicateur de réduction des écarts de performance sur le processus retraite en un objectif à part entière de la DPSA.

3.4 Un droit à l'information normalisé

[971] Dans le cadre du droit à l'information retraite (DAI), outre un accès sur demande à des informations relevant de leur carrière et de leurs droits, les assurés se voient remettre tous les cinq ans des documents les informant de leur situation au regard des droits à la retraite : un relevé individuel de situation (RIS) à partir de 35 ans et une estimation individuelle globale (EIG) à partir de 55 ans. Les assurés peuvent également bénéficier d'un entretien information retraite qui leur est proposé à partir de 45 ans.

[972] Les perturbations que l'ISU a engendrées en ce qui concerne les données de carrière ont eu un impact sensible sur le droit à l'information au sein du régime qui, comme le soulignait la Cour des comptes dans son rapport d'avril 2014, a dû mettre en place des solutions dégradées (envois aux assurés de documents en précisant aux assurés que les données pouvaient ne pas correspondre à la réalité).

[973] Le régime a mis en place les démarches attendues concernant le droit à l'information conformément à son objectif COG. Dans son bilan présenté à la DSS, le RSI met en exergue :

- l'élargissement du panel des assurés indépendants concernés par la campagne en 2014, les auto-entrepreneurs notamment n'étant plus exclus des cohortes ; les ressortissants du RSI visés par le GIP info retraite en 2015 sont estimés à 757 137 ;
- la promotion de l'entretien à 45 ans qui a été menée auprès du réseau conduisant au développement de ces entretiens dans des proportions mais qui restent toutefois très limitées. Le RSI considère cependant que c'est une méconnaissance de l'outil de recensement des actions DAI qui en limite la visibilité ;

Tableau 7 : Les entretiens à 45 ans

	Nombre de demandes	Nombre d'entretiens réalisés
2012	5	5
2013	1918	824
2014	2952	2346

Source : RSI

- le fait d'avoir participé aux travaux de développement de l'EIG électronique qui se sont poursuivis dans la perspective du déploiement en inter-régimes d'une première version V0 en novembre 2015 ;
- en matière de formation, la refonte en un seul des deux modules de formation au vu de l'expérience de 2013. Ce module présente le droit à l'information et met l'accent d'une part sur l'intérêt de l'entretien à partir de 45 ans (perspective de liquidation unique), et de la nécessité d'utiliser le portail du GIP info retraite pour tracer les actions d'entretiens et en assurer le suivi dans l'inter-régimes (échanges dématérialisés avec les régimes partenaires). Le nombre de sessions a augmenté en 2014.

[974] En ce qui concerne les campagnes de rachat de droits auprès des assurés, spécifiques au RSI, une campagne d'information auprès des assurés actifs ou radiés a été menée en 2013. Les travaux en cours sur les carrières ISU, qui ont abouti en 2014, n'ont pas permis de mener des actions sur les rachats Madelin sur l'année 2014. La campagne de rachat Madelin a été relancée en 2015 en ciblant dans un premier temps la génération 1955.

[975] Ces campagnes ont abouti aux résultats suivants :

- 185 943 envois ;
- 38 744 demandes de rachats soit 21 % de taux de retour ;
- 11 599 trimestres rachetés pour un montant total de 7 376 964 €.

4 L'IMPACT DE LA LIQUIDATION UNIQUE ET DU REPERTOIRE DE GESTION DES CARRIERES UNIQUE PRESENTE DES RISQUES CERTAINS

[976] La liquidation unique est un projet structurant pour les régimes alignés en ce qu'il présente – au-delà des économies attendues - de forts enjeux de simplification et de renforcement de l'égalité de traitement entre les assurés.

[977] La liquidation unique qui doit être mise en œuvre est issue de l'article 43 de la loi n°2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. Pour un assuré poly affilié des régimes alignés, la loi pose le principe selon lequel un seul régime liquidateur totalisera les cotisations, périodes d'assurance et trimestres acquis dans les trois régimes concernés puis calculera et servira la pension comme si l'assuré n'avait relevé que de lui.

[978] Aux termes de la loi, sont concernées par la liquidation unique les pensions de droit propre liquidées à compter du 1^{er} janvier 2017. La loi renvoie à un décret la détermination de la règle de compétence du régime liquidateur.

[979] Les attendus de la réforme sont importants.

[980] Pour les régimes alignés, la mesure devrait réduire le nombre de liquidations de pensions de base parmi les assurés poly-affiliés estimés par la DSS entre 130 000 à 170 000 par an dans les années à venir. Cette réduction n'est cependant pas homogène pour tous les régimes.

[981] La DSS estime sur la base d'effectifs 2012 fournis par la CNAVTS que les régimes enregistreraient sur le champ des poly-pensionnés des baisses significatives de liquidation de **35 %** pour la CNAVTS, **57 %** pour le RSI et **80 %** pour la MSA. Ces éléments ne tiennent cependant pas compte des dérogations aux règles de compétence envisagées (voir ci-dessous) qui majoreront le nombre d'assurés liquidés notamment par la MSA et le RSI.

Tableau 8 : Estimations de l'impact de la liquidation unique sur le nombre de dossiers liquidés par les différents régimes alignés

		Dernier régime d'affiliation							Total
		RG	MSA	RSI	RG ou MSA	RG ou RSI	MSA ou RSI	n.s.	
carrière	RG+MSA	43 181	12 048	0	1 064	0	0	8	56 661
	RG+RSI	35 239	0	28 159	743	743	0	0	64 141
	RG+MSA+RSI	5 319	935	3 455	106	106	18	1	9 915
	Total	83 739	13 343	31 614	1 145	849	18	9	130 717
	%	64,06	10,21	24,19	0,88	0,65	0,01	0,01	100

Source : DSS. Lecture : sur un flux de 130 000 polypensionnés liquidant leur pension sur une année, 64 % sont liquidés par le RG.

- [982] Pour les assurés, la simplification attendue en termes de procédure est déterminante. Elle se traduit aussi par un renforcement de l'égalité de traitement au sens où la liquidation unique modifie les paramètres de calcul de la pension.
- [983] Le projet de liquidation unique a été très tôt identifié comme une priorité majeure pour le DPSA par le Directeur général du RSI.
- [984] La crainte de revivre un nouvel épisode de type ISU si le régime s'avérait ne pas être prêt à l'échéance est exprimée de manière constante et très vive au sein de la caisse nationale, mais également du réseau, les agents au sein des caisses régionales n'ayant par ailleurs qu'une faible connaissance des travaux en cours pilotés par la caisse nationale en inter-régimes.
- [985] Cette crainte est d'autant plus forte que le RSI connaît une proportion de poly-pensionnés beaucoup plus forte qu'au RG par exemple et qu'une part très prépondérante des liquidations qu'il aura à gérer ou pour lesquelles il interviendra à partir du 1^{er} janvier 2017 se situeront dans le cadre de la liquidation unique (cf. point 1.3).

4.1 Une conduite de projet dynamique menée en inter-régimes par les trois régimes alignés

- [986] Dans un courrier adressé à la DSS dès le 13 mars 2014, les directeurs et directeurs généraux des trois régimes alignés concernés ont très rapidement sollicité la tutelle pour :
- valider les principes structurants du projet et notamment la conduite de projet ;
 - proposer une règle de détermination du régime compétent (en vue de sa transposition par voie réglementaire) ;
 - proposer la planification, dès 2014, d'actions relatives à la gestion des carrières pour sécuriser les carrières des assurés pouvant potentiellement partir à la retraite à partir du 1^{er} janvier 2017.
- [987] L'organisation de la conduite de projet en inter-régimes repose sur un schéma classique :
- un comité de pilotage stratégique réunit les trois directeurs et directeurs généraux ainsi que leurs coordonnateurs chefs de projets et directeurs des SI. Il a pour mission de réaliser les arbitrages liés au projet et de s'assurer du bon avancement du projet. Une première réunion de ce comité s'est tenue dès le 16 janvier 2014 ;
 - le groupe de coordination est composé des trois chefs de projet. Il a pour mission d'assurer le pilotage et le suivi général du projet, de veiller au respect des orientations stratégiques et de coordonner les différents chantiers ;
 - le comité de pilotage opérationnel est composé du groupe de coordination, des chefs de projet SI et de leurs directeurs SI, des pilotes de chacun des chantiers. Il a pour mission de

définir les orientations et les travaux confiés aux groupes en charge de chacun des chantiers identifiés.

[988] La DSS ne participe pas aux comités de pilotage stratégiques.

4.1.1 Un projet aux multiples aspects articulé autour de six chantiers principaux

[989] Les travaux présentés dans ces différents comités et groupes de coordination sont organisés en six chantiers. L'ensemble des enjeux liés à la mise en place de la liquidation unique sont couverts dans ces différents groupes de travail et leur séquençage en inter-régimes et au sein de chaque régime est planifié.

[990] Ces travaux s'appuient sur une modélisation du processus de liquidation en inter-régimes à décliner ensuite dans chaque régime qui a été validée dès juillet 2014.

4.1.1.1 Un premier chantier autour des questions juridiques

[991] Les régimes alignés ont des règles relativement proches concernant la liquidation des retraites, mais qui ne sont pas complètement identiques. Ils ont donc mené un travail approfondi pour identifier les questions juridiques à trancher ayant trait :

- au champ d'application de la liquidation unique ;
- aux critères de compétence ;
- ou encore aux moyens permettant d'harmoniser les règles de calcul.

[992] Dans un courrier du 15 décembre 2014, la DSS a validé sur le principe :

- concernant la détermination du régime compétent, la règle fondée sur le dernier régime d'affiliation de l'assuré à l'un des trois régimes ;
- l'inclusion des pensions de réversion dans le champ de la liquidation unique dès lors que la pension initiale aura elle-même bénéficié d'une liquidation unique. Sur ce point, il convient de noter que la DSS s'appuie sur une interprétation de l'intention du législateur et qu'une modification législative pour le préciser pourrait être envisagée.

[993] La règle de compétence fondée sur le dernier régime d'affiliation de l'assuré est apparue à la DSS notamment comme la plus cohérente et lisible pour les assurés. Elle s'accompagne toutefois d'un certain nombre d'aménagements :

- la MSA conservera la liquidation des pensions de base des salariés agricoles dès lors que ceux-ci ont également une retraite d'exploitant agricole (9 700 personnes/an selon la DSS) ;
- le RSI maintient la liquidation des pensions d'assurés bénéficiant de dispositifs spécifiques à ce régime (régime en point pour les carrières avant 1973 notamment qui concerne environ 5000 à 10 000 assurés)
- le RG et la MSA conserveront la liquidation des pensions de retraite anticipée pour incapacité permanente (issue de la loi retraite de 2010) ;
- en cas de dernière affiliation dans deux régimes, le régime compétent sera celui qui sert les prestations en nature de l'assurance maladie.

[994] 21 questions ont ainsi été portées à l'arbitrage du Gouvernement en précisant à chaque fois la position du comité de pilotage stratégique, les systèmes d'information concernés et les points bloquants pour les cahiers des charges.

[995] Le consensus obtenu en comité de pilotage stratégique sur l'ensemble des points à traiter et les solutions à apporter mérite à cet égard d'être relevé.

[996] Certaines mesures d'harmonisation nécessitent une modification des textes. C'est le cas par exemple des questions liées à l'annualisation du SAM et du RAM (salaire et revenu annuel moyen) ou à la sélection des années retenues pour le SAM et le RAM. D'autres relèvent d'une interprétation juridique harmonisée des textes.

4.1.1.2 Un deuxième chantier autour de la maîtrise des risques

[997] Il a pour objectif de décliner les règles de gestion, les risques liés et les dispositifs de maîtrise associés. C'est à ce titre notamment que les régimes alignés souhaitent que soit éclaircie la question de la détermination de la responsabilité du régime liquidateur au regard des autres régimes qui conservent leur responsabilité concernant leurs propres éléments de carrière.

4.1.1.3 Le chantier statistique

[998] Il vise à définir les besoins (schéma d'alimentation et de restitution des informations, liste des données requises) en vue de mettre en place un système d'information statistique de liquidation unique (SISLU).

4.1.1.4 Un quatrième chantier consacré aux relations avec les assurés

[999] Il s'agit notamment d'étudier les impacts de la liquidation unique sur le parcours de demande de retraite et l'information des assurés (courriers édités par les différents régimes et les imprimés cerfa de demandes de retraite) et de faire le lien avec le chantier communication .

4.1.1.5 Un cinquième chantier sur les reconstitutions de carrière et communication

[1000] Aujourd'hui, chaque régime identifie ses périodes lacunaires et a sa propre procédure pour y remédier. L'objectif des travaux est de mener de manière coordonnée ces campagnes notamment pour éviter que l'assuré ne soit obligé de répondre plusieurs fois à des régimes différents. Le RSI indique à cet égard que 20 % des personnes interrogées par la CNAVTS le sont également par le RSI.

[1001] En juillet 2015, des travaux ont été menés sur les requêtes à réaliser pour les reconstitutions de carrière ciblées sur des personnes nées en 1956 (2015 étant consacrée à la génération 1955).

[1002] Ces cinq chantiers sont menés concomitamment avec un sixième chantier consacré aux systèmes d'information.

4.1.2 Un projet très conséquent en termes de systèmes d'information tant en inter-régimes qu'au sein de chaque régime aligné

[1003] La mise en œuvre de la liquidation unique nécessite des évolutions lourdes des systèmes d'information tant en inter-régimes que pour chacun des régimes concernés.

[1004] **Dix** chantiers en inter-régimes d'importance et complexité inégale ont été identifiés et priorisés.

Tableau 9 : Synthèse des chantiers SI inter régimes prioritaires

Les échanges carrière et « top carrière vérifié »	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ce chantier vise à faire évoluer le référentiel carrière de la CNAVTS (SNGC) pour compléter les données sur les trimestres qui y figurent aujourd'hui par les données sur les salaires/revenus de la MSA et du RSI (SNGC +) ✓ Il vise également à faire figurer un « top carrière vérifié » qui permettra à chaque régime d'indiquer quand la partie de carrière le concernant a fait l'objet d'une instruction définitive. ✓ Le peuplement du SNGC+ avec les données de salaires/revenus est prévu pour juin 2016. Il s'agit d'une opération très conséquente qui peut avoir un impact sur les outils de liquidation du RG si elle s'avère trop lourde.
La valorisation de la carrière et le calcul de la durée d'assurance en liquidation unique ²¹⁸	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Il s'agit d'un module développé par la CNAVTS en lien avec les données du SNGC
La consultation de la carrière de l'assuré (EOPPS)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un travail en inter-régimes est mené pour modifier l'affichage de la carrière et la faire apparaître sous une forme adaptée à la liquidation unique
La création d'un module permettant de déterminer le régime liquidateur	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'information sera disponible dans le répertoire des demandes qui sera interrogé à cette fin par les différents régimes
La création d'un répertoire des demandes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les régimes alignés devront mettre à jour un répertoire des demandes en temps réel pour indiquer le suivi d'une demande : la délivrance du formulaire de demande lors d'une première manifestation, demande reçue, demande de retraite prise en charge, demande clôturée (suite à notification du droit attribué ou rejet de la demande). ✓ Les régimes alignés en seront informés (pour éviter notamment des procédures effectuées en parallèle au sein de deux régimes).
L'organisation des échanges avec les régimes complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les régimes complémentaires doivent être informés dès la mise en place de la liquidation unique des demandes de retraite prises en charge et de la notification des droits attribués. ✓ Il faut donc analyser avec les complémentaires (AGIRC ARRCO) notamment comment organiser les flux de signalements.
La création d'outils d'échanges entre régimes alignés	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un processus a été validé en inter-régimes sur ce point. Un signalement de « demande de retraite prise en charge » du régime liquidateur devra déclencher de manière automatisée une demande de vérification de carrière dans les régimes gestionnaires. ✓ Des engagements de délai seront à fixer entre régimes par convention ✓ Le besoin d'échanges existe également pour relancer le régime qui n'a pas vérifié sa carrière bien qu'il ait reçu le signalement de dépôt d'une demande. Compte tenu des délais, et aucun autre outil ne pouvant être prêt pour le démarrage de la liquidation unique, ces échanges pourraient être organisés dans un premier temps dans le cadre d'une application régionale, un sharepoint, dénommé LIO, qui serait déployée au niveau national.

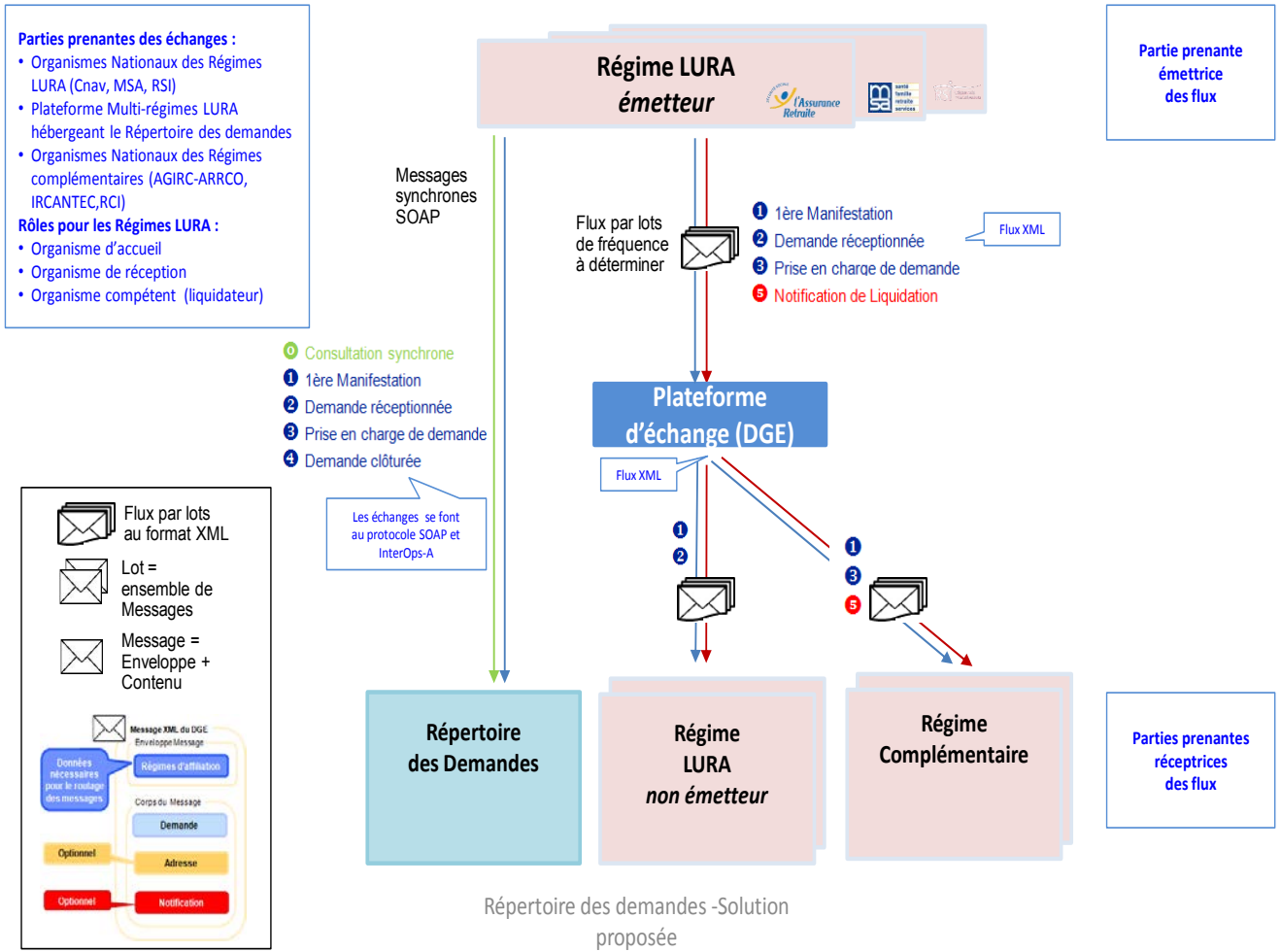
²¹⁸ N.B. : cette durée d'assurance en liquidation unique n'est pas identique à la durée d'assurance totale

Les échanges avec les autres systèmes d'information	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Des travaux sont engagés pour s'assurer des échanges avec le répertoire des échanges électroniques (EIRR) qui permet l'instruction des prestations nécessitant de prendre en compte l'ensemble des pensions de retraites perçues par un assuré (majoration de la pension de réversion, minimum vieillesse ...) ainsi que des opérations de contrôle de ressources. ✓ Il en va de même avec le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS).
Droit à l'information	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dans le cadre des campagnes du droit à l'information, les relevés individuels de situation (RIS) décomptant les trimestres donnant des droits à retraite envoyés aux assurés de plus de 35 ans, puis, à partir de 55 ans, les estimations indicatives globales (EIG) doivent être modifiés pour tenir compte de la LURA. ✓ Une terminologie propre à la liquidation unique doit également être définie.
Recettes et déploiements des SI	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'objectif est de lister les actions à mener en vue des campagnes de qualification technique et de recette fonctionnelle en inter regimes (établissement des conventions ; définition des environnements de tests à mettre en place, ...) ✓ Les modalités de déploiement opérationnel des SI devront également être définies (établissement des conventions, conditions et date du peuplement initial, synchronisation des différents SI, synchronisation des échanges ...)

Source : *Comités de pilotage stratégique*

[1005] Ces différents chantiers sur les systèmes d'information s'articulent autour de l'architecture suivante.

Schéma 2 : Architecture applicative et technique retenue pour la liquidation unique



Source : Supports de la réunion DSS régimes alignés du 21 juillet 2015

[1006] Enfin, le comité de pilotage stratégique inter-régimes suit également le niveau d'avancement des chantiers en termes de systèmes d'information dans chaque régime et il devrait prochainement commencer à travailler sur les conditions de déploiement de la liquidation unique dans les caisses régionales de chaque régime.

4.2 Un projet sous tension qui bouleverse certains processus mis en place ces dernières années au RSI avec notamment le développement d'ASUR

4.2.1 En inter régimes, un projet qui présente des risques dans une perspective de mise en œuvre au 1^{er} janvier 2017

[1007] Les éléments de conduite de projet présentés ci-dessus sont révélateurs de l'ampleur des actions à mener pour que la mise en place de la liquidation unique se déroule dans des conditions satisfaisantes malgré l'implication de la DSS et des différents régimes concernés dans son pilotage.

4.2.1.1 Au niveau juridique, plusieurs textes d'application nécessaires dans un calendrier qui devra être compatible avec les évolutions à apporter aux systèmes d'information des différents régimes et notamment du RSI

[1008] Comme indiqué précédemment, plusieurs questions ayant trait à la liquidation unique relèvent du niveau législatif (extension du champ de la liquidation unique aux pensions de réversion mentionnée précédemment, exclusion des générations nées avant 1953 notamment).

[1009] Par ailleurs, plusieurs textes d'application sont en cours d'élaboration par la DSS :

- un premier projet de décret sur la règle de compétence est prévu pour la fin 2015 ;
- un deuxième décret balai pourrait intervenir en 2016 ;
- la loi prévoit également un décret concernant la compensation financière entre les régimes dont l'utilité est en cours d'examen.

[1010] Les règles d'interprétation concernant les écarts entre les différents régimes doivent également faire l'objet d'arbitrages du Gouvernement.

4.2.1.2 Une appréciation du niveau de réalisation des jalons en termes de système d'information, qui illustre la difficulté du projet

[1011] Concernant les systèmes d'information, chacun des différents chantiers est expertisé en identifiant son niveau (conforme, en vigilance ou en alerte) par rapport au rétro planning global du projet et aux jalons essentiels.

- Au 21 juillet 2015, **cinq chantiers** concernant les systèmes d'information en inter-régimes parmi les dix décrits dans le tableau n° 7 (hors chantier liée au DAI) étaient considérés par le comité de pilotage stratégique **comme étant conformes aux jalons posés dans le rétro planning du projet.**
- **Deux chantiers majeurs sont considérés comme étant en niveau d'alerte.**
 - Il s'agit premièrement du répertoire des demandes.

[1012] L'élaboration du cahier des charges a pris six semaines de retard avec un début de développement en septembre. Par ailleurs, si les données à échanger ont été définies, le format du flux généré reste à déterminer.

- [1013] Le comité de pilotage stratégique souligne les risques financiers liés à un traitement de demandes déposées en double, ainsi que le risque d'image de la liquidation unique pour les agents des régimes et les assurés susceptibles de remettre en cause le bon fonctionnement du dispositif au démarrage.
- [1014] Sachant que cet outil est jugé indispensable à la maîtrise des risques et de la relation assuré, il est envisagé un report de sa disponibilité du 1^{er} juillet 2016 au 1^{er} septembre 2016. Cela suppose que les assurés soient incités à déposer leur demande de retraite quatre mois avant l'entrée en jouissance pour ne pas avoir à stocker trop longtemps les demandes et retarder leur enregistrement dans les SI.
- [1015] Si les trois régimes estiment qu'il est encore possible de respecter le calendrier ainsi déterminé, le moindre nouveau retard risquerait de rendre le déploiement du répertoire des demandes dans les délais impossible à respecter.
- Le deuxième chantier en alerte concerne les échanges avec les régimes complémentaires.
- [1016] Le cahier des charges et la description des flux disponibles ont été finalisés avec six semaines de retard. Les impacts de la liquidation unique et la capacité à faire étaient en cours en juillet.
- **Enfin, deux chantiers sont en vigilance.**
 - Le chantier des outils d'échange entre régimes.
- [1017] Comme indiqué précédemment, l'outil collaboratif de type sharepoint envisagé pour servir de support à ces échanges est une application régionale et il reste à voir la correspondance entre caisses au niveau des régions notamment.
- [1018] Là encore, c'est un sujet sur lequel le RSI marque une inquiétude particulière largement issue du traumatisme de l'ISU.
- [1019] De nombreux interlocuteurs internes insistent sur l'importance de ces outils en inter-régimes pour faciliter les échanges et la compréhension entre équipes de liquidation des différentes caisses surtout dans un contexte, cf point 4.2.2.2 ci-dessous, où le niveau de connaissance entre les différentes équipes au niveau local semble à la mission, au regard des échanges qu'elle a pu avoir avec les équipes locales, très disparate.
- Le chantier organisant le processus de recette en inter-régimes.
- [1020] Les SI des régimes doivent être prêts en janvier 2016 pour une recette dite de « bout en bout ».
- ## 4.2.2 Malgré les efforts du régime, une activité de gestion retraite du RSI fragilisée par la mise en place de la liquidation unique
- ### 4.2.2.1 Des changements importants pour les systèmes d'information du RSI
- [1021] Plusieurs applications seront en effet modifiées pour tenir compte de ce nouveau système (cf schéma 1 : cartographie des applications dans le domaine retraite) aux différentes étapes de la liquidation.

➤ **Concernant le processus carrière.**

- [1022] L'activité retraite du RSI est aujourd'hui réalisée dans le cadre de deux régimes obligatoires de base qui ont conduit le RSI à disposer de deux applications carrière : SCR artisans (SCR A) et SCR commerçants (SCR C).
- [1023] Le RSI souhaitait rénover ses applications carrières (SCR) en créant un référentiel de carrière unique pour les artisans et les commerçants dit RCU dans la logique de la fusion des régimes obligatoires de base envisagée comme perspective dans la COG.
- [1024] Compte tenu des exigences de délai imposés par la mise en place de la liquidation unique, le RSI a été obligé de réfléchir à une solution transitoire dégradée par rapport à l'idée initiale. Le RCU ne se substituera pas à SCR artisans et commerçants et SCR (A et C) continuera de gérer les carrières RSI.
- [1025] Le RCU devra par ailleurs comporter les données issues d'un échange d'information avec le système national de gestion des carrières (SNGC) de la CNAVTS portant sur les revenus et salaires des autres régimes alignés.
- [1026] Le projet de liquidation unique revient donc à créer une application supplémentaire et à générer des flux supplémentaires au sein du RSI entre SCR et RCU, ce qui suppose nécessairement des problèmes de gestion de flux (comme constaté par exemple entre ADAU et SCR).

➤ **Concernant le processus d'instruction des dossiers.**

- [1027] L'application instances communes (IC) qui permet de suivre au sein du régime l'ensemble du déroulement du suivi d'un dossier de retraite devra être modifiée.
- [1028] En tant que régime émetteur de demandes comme récepteur concernant les régimes complémentaires, le RSI considère que le retard pris sur la solution retenue en termes de plateforme d'échanges avec les complémentaires constitue un sujet d'alerte majeur.
- [1029] En effet, contrairement à la MSA qui avait déjà un flux de données avec l'AGIRC ARRCO, le RSI n'a aucun système d'information qui lui permettrait de pallier une difficulté dans le déploiement de ce chantier.

➤ **Concernant le processus de liquidation.**

- [1030] Trois applications (IC, ASUR et RCU) sont impactées par la mise en place de la liquidation unique.
- [1031] En particulier, ASUR doit évoluer :
- du fait de la nécessité de séparer dans le workflow actuel ce qui relèvera de la liquidation de base dans ASUR et ce qui relèvera d'ASUR en tant qu'application de liquidation du régime complémentaire indépendant (quand le RSI interviendra uniquement pour la liquidation du régime complémentaire obligatoire) ;
 - pour tenir compte des modifications juridiques emportées par la liquidation unique. Il s'agit de la prise en compte des modifications de règles de calcul comme l'harmonisation envisagée des règles de calcul relatives au SAM et au RAM ou l'avancement de la liquidation de deux mois avant la date d'arrêt du compte (cf. point 4.3.2 de la présente annexe) qui est souhaité par le régime dans le cadre du PLFSS.
- [1032] Ainsi, alors même qu'ASUR est encore en train de monter en charge au sein du RSI en 2015, la liquidation unique conduit à revenir sur le principe même d'une liquidation unique de la base et de la complémentaire pour une part importante des nouveaux retraités qui seront liquidés par le régime général.

[1033] De plus, en fonction des arbitrages qui seront réalisés sur les aspects juridiques, les modifications qui devront être apportées à ASUR devront pouvoir être déclinées dans cette application à temps pour la mise en place de la liquidation unique. Le régime estime à ce jour qu'il faut compter environ douze mois pour adapter ASUR afin de permettre une liquidation ante date d'arrêt des comptes.

4.2.2.2 Les autres points de vigilance dans le cadre spécifique du RSI

[1034] Au-delà de ces questions liées au déploiement des systèmes d'information devant permettre la mise en place de la liquidation unique dans des conditions satisfaisantes, plusieurs points de vigilance doivent également être relevés.

- **Les difficultés actuelles du RSI concernant la liquidation sont sans doute sous estimées par les autres régimes alignés** tant en ce qui concerne la reconstitution des droits acquis (avec l'impact que cela peut avoir sur les informations communiquées en inter-régimes) qu'en ce qui concerne la gestion des stocks.

[1035] Comme indiqué précédemment, il faudrait que le RSI ait réussi à atteindre un niveau de stock frictionnel pour pouvoir arriver à gérer le déploiement de la liquidation unique dans des conditions satisfaisantes.

- **Au-delà des risques pesant sur la montée en charge des systèmes d'information, le RSI, après l'accident ISU, met à juste titre l'accent sur le changement des pratiques que suppose la mise en œuvre et l'appropriation d'une réforme aussi structurante que l'est la liquidation unique.**

[1036] Le déploiement dans les caisses de la liquidation unique qui aura un impact sur les outils, les règles de droit, les pratiques et les échanges inter-régimes au sein des caisses régionales suppose dans l'ensemble des régimes alignés un effort de formation et un temps d'appropriation conséquent.

[1037] Or, dans le cas du RSI, les efforts de productivité sont largement consacrés à l'effort de résorption des stocks et à des actions reportées compte tenu de cette priorité.

- **L'implication inégale des caisses régionales constatée par la mission sur le terrain ne va pas faciliter ce travail d'appropriation et l'harmonisation des pratiques inter-régimes.**

[1038] Lors de ses déplacements en caisse, la mission a pu constater que le degré d'appropriation et de réflexion inter-régimes en vue de la liquidation unique était très divers, malgré la convention signée au niveau national entre les régimes alignés.

[1039] Certaines caisses n'avaient pas du tout commencé à travailler sur le sujet, tandis que d'autres avaient d'ores et déjà bien avancé dans la connaissance réciproque de leurs pratiques en établissant des tableaux de comparaison et en échangeant sur les processus.

[1040] Cette disparité se retrouve dans l'utilisation de l'outil collaboratif de type sharepoint LIO qui a été développée par le RG. Certaines caisses du RSI l'utilisent alors que d'autres maintiennent leurs échanges, concernant notamment le suivi de certains dossiers de retraite, par l'intermédiaire de la messagerie et des relations téléphoniques.

- **Le RSI s'inquiète également de l'impact de la liquidation unique sur sa relation avec les assurés dans le cadre de la mise en œuvre du droit à l'information.**

- [1041] La DSS et les régimes alignés sont bien conscients que la campagne du droit à l'information de 2015 et 2016 ne pourra anticiper, dans les estimations de montant de pensions qu'elle délivrera, les conséquences de la liquidation unique en termes de montant de pension. Or, il est acquis que dans un certain nombre de cas les montants figurant dans les EIG pour la campagne 2015 comme 2016 pourraient dans une proportion significative être plus élevés que les montants qui seront notifiés aux assurés lors de la liquidation de leur pension.
- [1042] Les régimes alignés se sont très tôt inquiétés des risques qui pourront être générés qu'il s'agisse :
- de la gestion des réclamations des assurés au moment de la liquidation ;
 - de la contestation de la qualité du droit à l'information, ce qui fragiliserait la première campagne du nouveau GIP Union retraite ;
 - du risque de contestation des effets de la liquidation unique.
- [1043] Pour le RSI, ce risque de contestation complémentaire, dans le contexte actuel de relation avec ses assurés, est perçu comme un point particulièrement important et difficile à vivre pour les salariés du régime.
- [1044] Il est d'autant plus sensible que, comme rappelé précédemment, du fait de l'incident ISU, la mise en application du droit à l'information retraite a été très dégradée pendant la précédente COG.
- [1045] En conclusion, compte tenu de l'ambition de cette réforme, le déploiement de la liquidation unique à calendrier inchangé présente des risques réels en inter-régimes qui sont plus importants encore au RSI au regard du contexte actuel de son activité de gestion des retraites.

4.3 Une liquidation unique des retraites qui devrait permettre de réaliser des gains réels en ETP en fin de COG mais présente des risques certains

- [1046] Pour mémoire, la DSS estime sur la base d'effectifs 2012 fournis par la CNAVTS que les régimes enregistreraient sur le champ des poly-pensionnés des baisses significatives de liquidation de 35 % pour la CNAVTS, 57 % pour le RSI et 80 % pour la MSA (*cf.* point 4 ci-dessus).
- [1047] Conformément à la lettre de mission ministérielle, la mission s'est attachée à chiffrer l'impact de cette baisse d'activité la liquidation unique sur les effectifs du régime actuellement affectés à l'activité de gestion de retraites.

4.3.1 Une charge constituée par les dossiers ne relevant plus de la liquidation du RSI, qui représente, compte tenu notamment de la retraite complémentaire obligatoire, 47 % de la charge actuelle

- [1048] Cinq processus constitutifs du domaine retraite sont décomposés dans l'outil de comptabilité analytique CAPCEA du RSI :
- D2. Liquider et réviser une pension de retraite personnelle et l'ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées)
 - D3. Liquider une pension de réversion
 - C3. Traiter une demande de rachat
 - D1. Liquider la pension d'invalidité-IDD
 - D4. Attribuer un capital décès

- [1049] Sous réserve de confirmation par un vecteur législatif, la liquidation unique ne concernera que les seules pensions de réversion dont la pension initiale aura elle-même bénéficié d'une liquidation unique. En conséquence, les travaux de la mission et du RSI se sont concentrés sur le processus D2. Liquidation d'une pension de base retraite. Le processus D3 ne devrait en effet n'être concerné – tout le moins pendant la prochaine COG – que de manière limitée.
- [1050] Le RSI ne dispose pas d'un outil de suivi de l'activité et de comptabilité analytique permettant de distinguer le poids, en termes d'activité, de ces différentes étapes. Surtout, il ne dispose pas non plus d'une mesure des activités afférentes à la liquidation de base ou à la retraite complémentaire. De nombreuses actions sont par ailleurs aujourd'hui communes à la liquidation unique des deux pensions.
- [1051] Pour chercher à quantifier cette charge en termes d'activité, une enquête a été réalisée à la demande de la mission par la caisse nationale au début du mois de juillet 2015 auprès de douze caisses régionales (Alpes, Alsace, Aquitaine, Basse-Normandie, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Côte-d'Azur, IDF-Centre, IDF-Est, Languedoc-Roussillon, Rhône). Dix caisses ont répondu.
- [1052] Dans cette enquête, il a été demandé aux caisses de travailler à dire d'experts pour faire un état de la situation actuelle. A cette fin, les douze étapes du processus D2 ont été décomposées ou regroupées pour permettre aux caisses d'identifier les temps y afférents, l'ensemble devant permettre d'obtenir un total de 100 %.
- [1053] Cette enquête a permis d'obtenir le tableau de structure des charges suivant.

Tableau 10 : Structure de charge d'activité en vue de la liquidation des pensions de base et complémentaire

Etapes du processus	% de temps passé commun pour le régime de base et le RCI	% de temps passé propre au régime de base	% de temps passé propre au régime complémentaire
Gestion des dossiers de pensions de retraite avant instruction (examen recevabilité, envoi aux régimes partenaires, relances, classements sans suite)	8.97 %		
Reconstitution des carrières RSI (y compris périodes ISU) avec validation par l'agence comptable	12.87 %		
Reconstitution des carrières autres régimes	7.51 %		
Instruction des conditions d'ouverture des droits y compris les conditions d'ouverture des demandes de retraite anticipée		13.52 %	3.18 %
Liquidation, édition et envoi des notifications		13.50 %	3.25 %
Contrôles par l'ordonnateur et la direction comptable et financière		7.35 %	2.52 %
Contrôle des conditions de service liées à l'octroi d'un droit sous condition de ressources ou à une condition d'activité (cumul emploi retraite, ASPA...)	3.48 %		
Révision (chgt de la date d'effet suite à une décision de CRA, arrêt du cumul emploi retraite, attribution du MICO ...)	4.4 %		
Allocation de l'ASPA		4.58 %	
Gestion des prorata décès et des indus	5.79 %		
Gestion administrative du retraité (RIB, adresse)	6.57 %		
Archivage et numérisation	2.53 %		
Total	52.11 %	38.94 %	8.95 %

Source : Enquête RSI 2015 (consolidation échantillon sur 10 caisses du RSI)

[1054] Même pour un dossier qui ne sera plus liquidé par le RSI, un certain nombre de tâches resteront du ressort de ce régime. Il s'agit de :

- la reconstitution de carrière pour les périodes relevant du RSI en vue d'émettre le « top vérifié » qui permettra au régime liquidateur d'avoir la garantie de la fiabilisation des périodes considérées ;
- l'activité de gestion d'un dossier de retraité : gestion des dossiers de pension avant instruction, contrôle des conditions de service y compris dans le cadre de la lutte contre la fraude, gestion administrative du retraité et gestion des prorata décès ;
- mais surtout de la liquidation de la pension complémentaire obligatoire à dire d'experts, et au regard des informations disponibles concernant le fonctionnement inter-régimes de la liquidation unique, le RSI évalue dans ces conditions le temps restant à la charge du régime pour les dossiers qu'il ne liquidera plus à hauteur de **47,64 %**.

Tableau 11 : Structure de charge d'activité pour une liquidation de pension de retraite de base ne relevant pas de la liquidation unique

Etapes du processus	% de temps passé restant à la charge du RSI
Gestion des dossiers de pensions de retraite avant instruction (examen recevabilité, envoi aux régimes partenaires, relances, classements sans suite)	0,90 %
Reconstitution des carrières RSI (y compris périodes ISU) avec validation par l'agence comptable	12,87 %
Reconstitution des carrières autres régimes	0 %
Instruction des conditions d'ouverture des droits y compris les conditions d'ouverture des demandes de retraite anticipée	4,53 %
Liquidation, édition et envoi des notifications pour le RCI	4,6 %
Contrôles par l'ordonnateur et la direction comptable et financière	3,25 %
Contrôle des conditions de service liées à l'octroi d'un droit sous condition de ressources ou à une condition d'activité (cumul emploi retraite, ASPA...)	3,48 %
Révision (chgt de la date d'effet suite à une décision de CRA, arrêt du cumul emploi retraite, attribution du MICO ...)	4,4 %
Allocation de l'ASPA	0 %
Gestion des prorata décès et des indus	5,79 %
Gestion administrative du retraité (RIB, adresse)	6,57 %
Archivage et numérisation	1,26 %
Total	47,64 %

[1056] Il convient de noter que concernant les étapes relatives à l'instruction, la liquidation et le contrôle de la retraite complémentaire, le RSI a considéré qu'il fallait inclure au périmètre de la charge actuelle (qui représente 8,95 % du temps) une quote-part attribuable au RCI mais actuellement difficile à identifier au sein du temps commun consacré à la retraite de base et à la complémentaire. Cette quote-part est évaluée par le régime à 3,43 %.

4.3.2 Un impact sur les ETP qui pourrait être relativement limité en début de COG

[1057] Pour calculer l'impact sur les ETP concernés par le processus de liquidation d'une retraite de base, le RSI a retenu plusieurs hypothèses tenant à sa productivité sur le processus retraite, aux projections concernant le nombre de départs en retraite ces prochaines années et aux charges supplémentaires induites par la liquidation unique sur le régime.

- **La productivité moyenne, issue de CAPCEA, sur les années 2012, 2013 et 2014 est évaluée à 140 pensions de base liquidées annuellement par ETP.**

[1058] Une telle moyenne est retenue comme base de calcul par le RSI afin de :

- lisser les aspects conjoncturels des récentes années ;
- prendre en compte les dossiers instruits non aboutis et les classements sans suite qui ne sont pas pris en compte dans la productivité issue de CAPCEA.

[1059] Pour la mission, il apparaît effectivement cohérent que la productivité des agents soit, au moins la première année, plus faible que ce qu'elle aurait pu être à procédure inchangée compte tenu du temps d'appropriation du processus. Compte tenu de l'ampleur des changements prévisibles, une productivité légèrement supérieure à celle de 2013 (135 dossiers par ETP) peut effectivement paraître comme une hypothèse raisonnable.

[1060] La hausse de la productivité observée en 2014 (165 dossiers par ETP) devrait également être affectée négativement par des actions reportées par les caisses du fait de l'effort réalisé pour le traitement des stocks créés lors du déploiement d'ASUR.

[1061] De même, le RSI fait valoir qu'un surcroît d'activité (équivalent à deux mois de liquidation soit environ 14 000 dossiers) sera nécessaire en amont de la mise en place de la liquidation unique si le Gouvernement accède à sa demande portée en PLFSS de permettre une liquidation des pensions deux mois avant la date d'arrêt du compte. Pour mémoire, le RSI estime cette évolution indispensable pour permettre la liquidation des pensions dans des délais comparables à ce qui peut être fait pour les salariés.

[1062] Néanmoins, au regard des efforts déployés par le RSI pour continuer d'améliorer ASUR et ADAU et des efforts souhaités en termes d'harmonisation des pratiques dans les caisses, une productivité à hauteur au minimum de celle de 2014 pourrait aussi paraître réaliste au moins dès 2018. Pour mémoire, en 2011, la productivité des caisses régionales était de 189 dossiers liquidés par ETP annuellement.

- Pour évaluer le nombre de pensions de retraite en droits propres de personnes ayant au moins une partie de leur carrière au RSI, **le régime a retenu comme référence 86 853 demandes de pension.**

[1063] Il s'agit de la moyenne des projections de départ en retraite prévus entre 2017 et 2019. Cette projection est fondée sur l'hypothèse ambitieuse du régime qu'il n'aura plus aucun stock de liquidation au titre des années antérieures début 2017.

[1064] Sachant que le RSI ne liquiderait plus environ 57 % des demandes de pension, mais qu'il conserverait environ 47 % de la charge actuelle concernant les dossiers de pensions non concernés par la LURA, le RSI en déduit que le total des ETP théoriques pour le processus retraite en droits propres en 2017 serait de 427 contre 562 en 2014 (soit un gain de 135 ETP).

[1065] Un autre mode de calcul pourrait consister à raisonner de manière différenciée pour les années 2017 et 2018 en partant de l'hypothèse que le RSI retrouvera une productivité au moins équivalente à celle de 2014 en 2018.

[1066] Dans cette hypothèse - qui ne recueille pas l'accord du RSI - et en retenant des perspectives de 85 501 dossiers de pension en droits propres en 2017 et 86 903 en 2018 avec une productivité de 140 dossiers par ETP en 2017 et 165 dossiers/ETP en 2018, les ETP théoriques pour le processus retraite seraient de 419 en 2017 (avec un gain de 143 ETP par rapport à 2014) et de 360 en 2018 (soit un gain de 202 ETP par rapport à 2014). En prenant par ailleurs pour hypothèse qu'en 2019, la productivité pourrait avoir augmenté de 10 % par rapport à 2018, le gain en ETP serait de 228 ETP fin 2019 par rapport à 2014.

[1067] Le RSI fait cependant valoir que le passage à la liquidation unique aura structurellement un impact majorant la charge du régime au titre des actions suivantes :

- le régime deviendrait compétent pour le calcul et le versement de l'ASPA pour l'ensemble des retraités dont il aura assuré la liquidation. Aujourd'hui, cette allocation n'est versée par le RSI que dans 14 % des cas pour les retraités de l'artisanat et 20 % des cas pour les commerçants (le principe actuel est que le régime qui comptabilise le plus grand nombre de trimestres gère cette allocation). Le RSI évalue que la charge serait multipliée par trois par rapport à aujourd'hui avec un besoin en ETP supplémentaires de 23 ETP ;
- la réglementation restreint les possibilités de révision au RSI. Le régime relève cependant que la mise en place de la liquidation unique conduira à augmenter le nombre de révisions des pensions suite à modification de carrières salariées (traitement de la demande en lien avec le régime général). De même, pour le régime, le décret du 19 août 2015 relatif au délai de versement d'une pension retraite conduira à liquider en l'état un certain nombre de dossiers qu'il conviendra de réviser ensuite. Le RSI estime le besoin en ETP supplémentaires à 19 ;
- en 2015, le régime considère que la campagne de reconstitution de carrière menée pour la génération 1955 a induit une hausse de la charge d'activité de 15 %. L'objectif d'amélioration du taux de retour le conduit à considérer qu'en 2017, l'augmentation de charge pourrait être de 30 %. A cet effet, le besoin en ETP supplémentaires serait de 16 ETP.

[1068] Ces 58 ETP minoreraient les gains en ETP estimés qui seraient ainsi, par rapport aux effectifs de 2014, de **77 ETP** en moyenne sur la période 2017-2019 dans les hypothèses retenues par le RSI et de **85 ETP** en 2017 dans les hypothèses de la mission. Des gains supplémentaires de **59 ETP** en 2018 et **26 ETP** en 2019 pourraient également être envisagés si des hypothèses plus ambitieuses en termes de productivité sont retenues.

[1069] En conclusion, il apparaît que les efforts de productivité du régime en 2016 doivent être consacrés à la réduction des stocks issus du déploiement d'ASUR dans un contexte de hausse du nombre de demandes de pension, de préparation du déploiement de la liquidation unique (avec ce que cela implique en termes de formation) et de gestion d'actions sur les retraites décalées par les caisses sur la présente COG du fait de leurs difficultés.

Recommandation n°75 : Concentrer en 2016 tous les efforts de productivité du métier retraite sur la réduction des stocks de dossiers à traiter et la préparation de la liquidation unique

[1070] En 2017, à calendrier de déploiement de la liquidation unique inchangé, la productivité devrait être affectée négativement par ce nouveau processus. Les gains en ETP qui devront résulter du passage à la liquidation unique pourraient être relativement limités de l'ordre de 77 à 90 ETP cette première année de mise en place.

[1071] Ce n'est qu'à partir de 2018, en supposant le processus correctement approprié et décliné dans le système d'information et l'absence de stocks à gérer hérité de 2017, que les gains en ETP pourraient devenir plus substantiels (de l'ordre de 144 ETP par rapport à 2014).

[1072] Enfin, il convient de noter que le RSI considère toutefois pour sa part que 100 ETP supplémentaires lui seraient nécessaires en amont de la mise en place de la liquidation unique si une éventuelle modification de la liquidation par rapport à la date d'arrêt du compte devait être retenue.

4.4 Le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU), un projet avec peu de moyens affectés par le RSI au regard de la priorité que constitue la liquidation unique

- [1073] La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites modifiée par la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a institué auprès de la CNAVTS un répertoire de gestion des carrières unique à vocation inter-régimes.
- [1074] L'article L. 161-17-1-2 du code de la sécurité sociale prévoit ainsi désormais qu'il est créé « un répertoire de gestion des carrières unique pour lequel les régimes de retraite de base et complémentaires légalement obligatoires et les services de l'État chargés de la liquidation des pensions adressent de manière régulière à la caisse nationale [la CNAVTS] l'ensemble des informations concernant la carrière de leurs assurés. »
- [1075] Les bénéfices attendus de ce répertoire sont nombreux. Dans un contexte dans lequel les carrières sont de plus en plus diversifiées, il s'agit :
- d'améliorer la qualité de service à l'assuré (amélioration de la qualité et des délais de liquidation sur la base de carrières consolidées et fiabilisées ; droit à l'information facilité en vue de l'établissement des RIS et pour la simulation des pensions) ;
 - de gagner en efficacité sur les processus métiers et les systèmes d'information (mutualisation des développements tant en investissement que concernant la maintenance) tout en améliorant la maîtrise des risques.
- [1076] A terme le RGCU doit devenir l'outil unique de gestion des carrières pour l'ensemble des régimes de retraite. Il vise à apporter une vision complète, à jour, transversale et unifiée de la carrière, tous régimes confondus et quel que soit l'âge de l'assuré. Outre les données carrière, le RGCU contiendra des données relatives aux périodes assimilées (chômage, maladie, maternité ...) et toute information permettant de calculer les durées d'assurance et les points pour les régimes qui utilisent la valorisation en points.
- [1077] Destiné à remplacer le système national de gestion des carrières (SNGC) de la CNAVTS, il devra comporter des données « élémentaires » (notamment les salaires), alors que le SNGC contient des données déjà calculées (trimestres) pour les régimes autres que le régime général.
- [1078] Pour piloter ce projet majeur, la direction de la sécurité sociale (DSS) préside un comité de pilotage stratégique composé des directeurs et directeurs généraux des régimes de retraite (base et complémentaire), du GIP union retraite, du projet données sociales nominatives (DSN) et des autres contributeurs (CNAMTS²¹⁹, CNAF²²⁰, Pôle emploi, ACOSS). Ses travaux sont préparés et suivis par un comité de pilotage opérationnel composé des mêmes acteurs et animé par le GIP Union retraite²²¹. La CNAVTS assure la maîtrise d'ouvrage opérationnelle et la maîtrise d'œuvre du projet.
- [1079] En juillet 2015, les grandes orientations cibles sur la manière de déterminer la montée en charge de ce projet étaient en cours d'étude.
- [1080] L'objectif cible (dite vision 3 dans les études d'expressions réalisées) à terme consiste en ce que les régimes n'aient plus de base carrière en propre, le RGCU s'y substituant.

²¹⁹ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

²²⁰ Caisse nationale des allocations familiales

²²¹ La loi de 2014 a confié au GIP Union retraite le pilotage stratégique de l'ensemble des projets de coordination, de simplification et de mutualisation ayant pour objet de rendre plus simple et plus compréhensible le système de retraites pour nos concitoyens.

- [1081] Pour le RSI, cela signifie qu'il n'aurait plus d'application SCR ou, dans la perspective de la liquidation unique, d'application RCU, les données d'ADAU seraient directement déversées dans le RGPU.
- [1082] Dans la perspective de cette cible (vision 3), il est envisagé différents scénarios permettant de l'atteindre dans lesquels, selon les options, les régimes conservent une base carrière qui leur est propre.
- [1083] A ce jour, le RSI consacre au sein de son pôle retraite de la maîtrise d'ouvrage de la DPSA (cf. point 1.4) une seule personne au suivi du projet RGPU. Le régime fait le choix de consacrer prioritairement ses moyens au projet de liquidation unique au regard des enjeux mentionnés précédemment. Le RSI souligne qu'il apporte cependant sa contribution au projet RGPU selon trois axes :
- assurer la validation des documents de chanteurs au cœur du dispositif afin de ne pas retarder les travaux inter-régimes et de garantir une bonne intégration à terme du régime dans le RGPU ;
 - contribuer aux réflexions et travaux ayant un impact direct sur l'utilisation future de l'architecture et des solutions fonctionnelles RGPU (priorisation des chantiers) ;
 - préparer les accrochages du RSI en vision 2 à l'automne 2019 puis en vision 3 en 2021.
- [1084] Il paraît cependant indispensable que le régime identifie les ETP nécessaires pour participer dans de bonnes conditions au déploiement du RGPU et que ces ETP soient affectés par redéploiement.

Recommandation n°76 : Identifier les ETP nécessaires pour participer dans de bonnes conditions au déploiement du RGPU et les affecter par redéploiement

Recommandation n°77 : A l'issue de la mise en place de la liquidation unique et du RGPU, fusionner les deux régimes vieillesse de base des artisans et des commerçants

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Redonner à l'indicateur portant sur le taux de mise en paiement dans les délais requis des droits dérivés son statut d'indicateur de résultat	DSS-CNRSI	Fin 2015
2	Enlever son statut d'indicateur de résultats à l'indicateur portant sur la qualité des dossiers validés	DSS-CNRSI	Fin 2015
3	Supprimer l'indicateur portant sur le taux de régularisation de compte des actifs et des radiés pour le remplacer par un indicateur plus incitatif	DSS-CNRSI	Fin 2015
4	Créer, sans qu'il s'agisse d'un indicateur COG, un indicateur des délais de liquidation des pensions, lorsque cette liquidation se fait sous forme d'acompte	CNRSI	2016
5	Adopter un nouvel indicateur relatif à la mise en place de la liquidation unique avec indication du délai dans lequel chaque régime donne son « top vérifié » dans le cadre de la reconstitution des carrières	DSS-CNRSI	Fin 2015
6	Harmoniser la définition inter-régimes au sein des régimes alignés de l'indicateur portant sur le taux de mise en paiement dans les délais requis des droits propres et dérivés	DSS	2016
7	Renforcer le dialogue avec les caisses régionales lors des journées des référents métiers en vue d'un allègement effectif des procédures de contrôle lors du contrôle des droits acquis	CNRSI	2016
8	Engager une réflexion sur la manière de fixer des priorités dans le traitement des stocks à liquider	CNRSI	Début 2016
9	Transformer l'indicateur de réduction des écarts de performance sur le processus retraite en un objectif à part entière de la DPSA	CNRSI	Début 2016
10	Concentrer en 2016 tous les efforts de productivité du métier retraite sur la réduction des stocks de dossiers à traiter et la préparation de la liquidation unique	CNRSI	2016
11	Identifier les ETP nécessaires pour participer dans de bonnes conditions au déploiement du RGCU et les affecter par redéploiement	CNRSI	Début 2016
12	A l'issue de la mise en place de la liquidation unique et du RGCU, fusionner les deux régimes vieillesse de base des artisans et des commerçants	DSS	2019

ANNEXE 7 :

L'INTERLOCUTEUR SOCIAL UNIQUE (ISU)

INTRODUCTION	267
1 L'ISU, CREE EN 2008 POUR SIMPLIFIER LE RECOUVREMENT DES COTISATIONS DES ARTISANS ET DES COMMERÇANTS, OPERE DANS UN CONTEXTE PARTICULIEREMENT DEGRADE	268
1.1 Une ambitieuse réforme de simplification et de modernisation qui s'est avéré désastreuse	268
1.1.1 Une ambitieuse réforme de simplification et de modernisation	268
1.1.2 Des vices de conception combinés à des erreurs de gestion de projet	269
1.1.3 Des conséquences désastreuses et durables.....	271
1.2 Le premier collecteur des cotisations sociales des travailleurs indépendants non-agricoles.....	271
1.2.1 Le premier, mais non l'unique, collecteur des cotisations des travailleurs indépendants non-agricoles.....	271
1.2.2 Près de 2 900 ETP affectés dans les caisses de base du RSI et les URSSAF au recouvrement sur le champ ISU.....	273
1.3 Un recouvrement complexe en raison de plusieurs facteurs	275
1.3.1 Des cotisants aux caractéristiques sociodémographiques et économiques particulières.....	275
1.3.2 Des cotisations et contributions sociales spécifiques.....	279
1.3.3 Des modifications législatives et réglementaires incessantes	280
1.3.4 Une hausse du prélèvement social sur les revenus les plus élevés	281
1.3.5 Les contrecoups de la crise économique de 2008-2009 ?.....	282
2 LES OBJECTIFS FIXES DANS LE DOMAINE DU RECOUVREMENT N'ONT GLOBALEMENT PAS ETE ATTEINTS	283
2.1 Des objectifs et des engagements ambitieux mais pas suffisamment précis et qui ont été révisés en cours de COG.....	283
2.1.1 L'amélioration de l'ISU, objectif prioritaire d'une convention insuffisamment claire.....	283
2.1.2 Des objectifs conventionnels révisés ou précisés substantiellement par deux textes extra-conventionnels	284
2.2 Des indicateurs conventionnels soulevant plusieurs problèmes	287
2.2.1 Des problèmes de définition	287
2.2.2 Des problèmes d'articulation	289
2.3 Un bilan en demi-teinte des objectifs conventionnels.....	290
2.3.1 Un objectif de résultat ISU non atteint	290
2.3.2 Des engagements conventionnels dont l'atteinte doit être relativisée.....	290
3 LES PERFORMANCES DE L'ISU SONT ENCORE TROP DEGRADEES	291
3.1 Un suivi encore insuffisant des performances de l'ISU.....	291
3.2 Une croissance différenciée des cotisations liquidées et des encaissements	293
3.3 Des restes à recouvrer et un stock des créances anormalement élevés.....	294
3.3.1 Un manque à gagner important dû au niveau toujours très élevé de restes à recouvrer.....	295
3.3.2 Un stock de créances très élevé et qui poursuit sa progression.....	296
3.3.3 Un niveau extrêmement élevé de taxations d'office.....	297
3.3.4 Des progrès réguliers mais qui semblent ralentir.....	299
3.4 Une très forte dispersion des restes à recouvrer entre régions et entre cotisants	301
3.4.1 Une très forte dispersion inter-régionale.....	301
3.4.2 Une très forte dispersion par type de cotisants.....	304

3.5	Une efficacité relative du recouvrement très peu mesurée	306
4	LES LIMITES PERSISTANTES DU SYSTEME D'INFORMATION FONT OBSTACLE A UNE NORMALISATION DU RECOUVREMENT	307
4.1	L'arrêt de SCDP, un revirement qui a été considéré comme la moins mauvaise solution possible.....	307
4.2	Des problèmes multiples d'environnement et d'architecture du système d'information ainsi que d'applicatifs et de bases de données.....	309
5	L'ORGANISATION COMMUNE EST UN PROGRES QUI DEMEURE AU MILIEU DU GUE	312
5.1	Une évolution significative qui a exigé de nombreux efforts	312
5.1.1	Une genèse déjà ancienne et des objectifs fondés	312
5.1.2	Des modalités fixées par une convention nationale et des conventions régionales.....	313
5.2	Un déploiement sur dix-huit mois selon un modèle d'organisation variable entre régions.....	316
5.2.1	Un déploiement en régions en trois phases et étalé sur dix-huit mois.....	316
5.2.2	Des moyens importants mais variables selon les régions.....	316
5.2.3	Une diversité des modèles mis en œuvre.....	317
5.3	Un progrès dans la gestion du recouvrement qui comporte des limites.....	323
5.3.1	Un progrès dans la gestion du recouvrement.....	323
5.3.2	Une réponse insuffisante aux problèmes de l'ISU	324
5.4	Un approfondissement souhaitable de l'organisation commune.....	325
6	DES PROGRES SONT ENCORE NECESSAIRES DANS LA CHAINE DU RECOUVREMENT	327
6.1	Une stratégie de gestion du risque et une politique d'animation de la politique de recouvrement encore incomplètes.....	327
6.2	Une amélioration indispensable de la fiabilisation de la collecte des revenus.....	328
6.2.1	Un processus de collecte mieux organisé mais qui peut encore progresser grâce à la généralisation de la télé-déclaration	329
6.2.2	Des échanges de données insuffisants avec la DGFIP.....	330
6.2.3	Vers un alignement de l'assiette sociale et fiscale des travailleurs indépendants ?	331
6.3	Des progrès importants dans le calcul et l'appel des cotisations qu'il convient d'évaluer et de prolonger.....	332
6.3.1	Des avancées récentes qu'il convient d'évaluer.....	332
6.3.2	Des problèmes qui demeurent.....	333
6.4	Un paiement, un encaissement des cotisations et des remboursements qui sont perfectibles...	335
6.4.1	Des évolutions réelles en matière de paiement, d'encaissement et de remboursements.....	335
6.4.2	Des progrès souhaitables dans plusieurs domaines.....	336
6.5	Un recouvrement amiable qui doit encore s'améliorer.....	337
6.5.1	Un redémarrage des opérations de recouvrement amiable	338
6.5.2	Des améliorations nécessaires en réponse aux problèmes existants.....	338
6.6	Un recouvrement forcé qui doit se moderniser.....	341
6.6.1	Des évolutions positives en cours.....	341
6.6.2	De nombreux problèmes qui demeurent dans le processus du recouvrement forcé	342
6.6.3	Un encadrement imparfait de l'action des huissiers	343
6.7	Une activité de contrôle en sommeil qu'il convient de relancer	343
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	345

INTRODUCTION

- [1085] La présente annexe du rapport d'évaluation de la COG 2012-2015 du RSI porte sur le recouvrement des cotisations et des contributions sociales des travailleurs indépendants non-agricoles dans le cadre de l'Interlocuteur Social Unique (ISU), qui est l'une des principales fonctions du Régime social des indépendants (RSI) avec le versement des prestations retraite et des prestations maladie ainsi que l'action sanitaire et sociale.
- [1086] La lettre de mission demande à l'IGAS « [d']émettr[e] des préconisations sur l'organisation des processus de recouvrement et de gestion des contentieux ».
- [1087] Les cotisants relevant du champ de l'ISU sont les artisans et les commerçants pour l'ensemble de leurs cotisations sociales et de leurs contributions sociales (CSG et CRDS).
- [1088] Sont exclues du champ de l'ISU, et donc des analyses contenues dans la présente annexe²²², les activités de recouvrement du RSI qui ne relèvent pas de l'ISU :
- le recouvrement des cotisations maladie des professions libérales qui est délégué par le RSI à quatre organismes conventionnés (la RAM et trois mutuelles) ;
 - le recouvrement des cotisations vieillesse des professions libérales, qui est effectué par les dix sections professionnelles de la CNAVPL ;
 - le recouvrement de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S), qui est effectuée par le RSI mais qui relève d'une problématique différente, et en raison des projets du Gouvernement d'extinction progressive de cette contribution²²³ ;
 - le recouvrement de la contribution à la formation professionnelle (CFP), qui est appelée et recouvrée pour les commerçants par le RSI et pour les artisans par le Trésor Public²²⁴.
- [1089] Les questions relatives au « front office » sont principalement traitées dans l'annexe sur les relations avec les usagers. L'annexe se concentre essentiellement sur la période 2012-2015 qui est celle de l'actuelle COG, même si l'origine de la crise de l'ISU est bien antérieure et si beaucoup a été fait également avant 2012.
- [1090] Après avoir rappelé le contexte très difficile dans lequel l'ISU opère (1), la présente annexe souligne que le RSI n'est à nouveau pas parvenu à atteindre ses objectifs conventionnels en matière de recouvrement par l'ISU (2) et évalue les performances très dégradées de ce dernier (3). Elle analyse brièvement les failles du système d'information du recouvrement (4) puis retrace également le bilan positif, mais encore partiel, de l'organisation commune (5). Elle éclaire enfin le défaut de véritable stratégie de gestion du risque et les problèmes qui demeurent en matière de processus du recouvrement amiable et forcé (6).

²²² Sauf lorsque des données portant également sur les professions libérales sont seules disponibles.

²²³ Voir l'annexe 4.

²²⁴ Le rapport des deux parlementaires en mission, Mme Bulteau et M. Verdier, suggère une mesure de simplification législative du code du travail qui confierait le recouvrement de la contribution à la formation professionnelle à un seul opérateur : la DGFIP.

1 L'ISU, CREE EN 2008 POUR SIMPLIFIER LE RECOUVREMENT DES COTISATIONS DES ARTISANS ET DES COMMERÇANTS, OPERE DANS UN CONTEXTE PARTICULIEREMENT DEGRADE

1.1 Une ambitieuse réforme de simplification et de modernisation qui s'est avéré désastreuse

[1091] La création de l'ISU en 2008, dix-huit mois après celle du RSI, qui a consisté à fusionner au début du mois de juillet 2006 les deux régimes de retraite des artisans et commerçants institués en 1948 et le régime d'assurance-maladie des professions artisanales, commerciales et libérales créées en 1966, devait être une réforme historique de la sécurité sociale et un progrès considérable pour les travailleurs indépendants non-agricoles. Elle s'est avéré être un désastre pour les artisans et les commerçants comme pour le RSI et les URSSAF dont les conséquences ont été particulièrement graves.

1.1.1 Une ambitieuse réforme de simplification et de modernisation

[1092] L'idée d'interlocuteur social unique remonte aux années 1990 avec, après la mise en œuvre d'une déclaration unique des revenus (DCR) en 1990, une initiative en 1997 de la CANAM, en lien avec l'ACOSS. Le Gouvernement, qui avait évoqué la mise en place d'un «recouvrement intégré pour chaque usager», s'en est tenu en définitive à des mesures beaucoup moins ambitieuses traduites notamment dans une loi de décembre 2001. Après les élections présidentielles et législatives, il est revenu au nouveau secrétaire d'Etat chargé de l'artisanat et du commerce, de relancer le projet en novembre 2002. Celui-ci a débouché sur le vote de la loi d'habilitation du 9 décembre 2004 de simplification du droit et sur deux ordonnances du 8 décembre 2005 dont la première créant le RSI et la seconde consacrée uniquement à l'interlocuteur social unique, prises sur son fondement.

[1093] L'instauration d'un interlocuteur social unique pour le recouvrement des cotisations et des contributions sociales personnelles des artisans et des commerçants était présentée comme une réforme de simplification et de modernisation, ambitieuse et légitime. Il s'agissait de parachever la création du RSI sur le volet du recouvrement et de simplifier de façon significative les formalités imposées aux travailleurs indépendants pour payer leurs charges sociales. La création d'un guichet social unique devait remplacer les quatre collecteurs préexistants (URSSAF, ORGANIC, CANCAVA, CANAM). Il s'agissait enfin d'harmoniser les règles existantes des procédures amiables et forcées et de paiement, très différentes d'un régime à l'autre, dans le domaine du recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants non-agricoles, une population structurellement rétive aux prélèvements obligatoires.

[1094] La création de l'ISU est intervenue en définitive au 1^{er} janvier 2008, après un report d'un an décidé par un décret de décembre 2006, peu avant la date prévue initialement de mise en œuvre opérationnelle.

[1095] L'ISU étant conçu comme le guichet unique des cotisations et contributions sociales personnelles des artisans et des commerçants, mais pas des professions libérales qui tenaient à leurs organismes conventionnés (assurances et mutuelles), hérités de la CANAM, le recouvrement des cotisations a été confié aux caisses de bases, régionales donc, du RSI. L'ordonnance du 8 décembre 2005, précisée par un décret en Conseil d'Etat du 3 mai 2007, a prévu néanmoins que le RSI délèguerait obligatoirement aux URSSAF certaines fonctions liées aux missions du recouvrement aux URSSAF. Cette délégation devait être transparente pour le travailleur indépendant qui ne devait connaître que le RSI, les URSSAF et les CGSS intervenant pour le compte et sous l'appellation de ce dernier.

[1096] En pratique, la décision fut que les URSSAF participeraient à l'accueil et à l'information des cotisants, calculeraient les cotisations, gèreraient les encaissements, assureraient tout ou partie du recouvrement amiable des cotisations et contributions sociales jusqu'au trentième jour suivant la date d'exigibilité et seraient enfin délégués des opérations de contrôle sur place.

[1097] La répartition théoriquement équilibrée des tâches entre les deux réseaux devait permettre, selon le communiqué de presse du Conseil des Ministres de décembre 2005, « de répondre à la fois aux préoccupations de simplification et aux exigences d'efficacité du recouvrement et de bonne gestion des caisses ».

1.1.2 Des vices de conception combinés à des erreurs de gestion de projet

[1098] Le projet d'ISU a malheureusement souffert d'importants vices de conception et de nombreuses erreurs dans la conduite de projet, dont il suffit de rappeler les plus importants.

[1099] Le regroupement même de trois petits collecteurs indépendants (ORGANIC, CANCAVA et CANAM), recouvrant chacun des cotisations d'un montant relativement faible, en un seul collecteur appelant, par construction, des montants de cotisations beaucoup plus élevés a eu un impact sur les artisans et commerçants. En effet, la réforme a supprimé les comportements d'optimisation des cotisants qui, pour certains, n'avaient déclaré leur existence qu'à deux des trois collecteurs – d'où la découverte d'un nombre significatif de « singletons » -, ou séquençaient le paiement de leurs cotisations aux trois collecteurs en fonction de la disponibilité de leur trésorerie. La création de l'ISU a mis un terme à ce type de pratique que permettaient l'ORGANIC, la CANCAVA et la CANAM et a fait apparaître frontalement le poids des charges sociales sur les travailleurs indépendants.

[1100] En outre, la genèse de l'ISU, tel que défini par l'ordonnance de décembre 2005 et le décret de mai 2007, n'a pas été le fruit d'un compromis rationnel techniquement et consensuel mais le résultat de nombreux rebondissements administratifs et parlementaires qui ont privilégié rapports de force et contraintes institutionnelles.

[1101] Le format final de l'ISU a certes permis d'éviter deux scénarios repoussoirs et très déstabilisateurs :

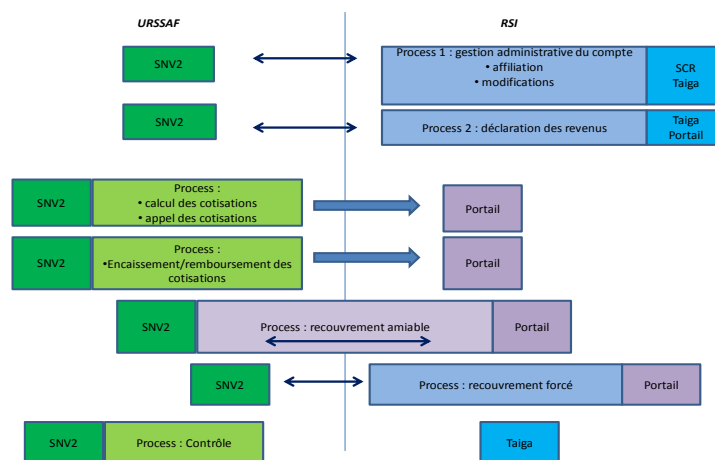
- le « libre choix » de leur collecteur par les cotisants, qui avait été proposé par un rapport IGF-IGIC-IGAS de mars 2003 et retenu dans la loi d'habilitation de juillet 2003, qui aurait introduit une concurrence inédite et déstabilisante entre collecteurs ;
- le transfert de tout le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants des URSSAF vers le RSI, qui aurait entraîné des risques sociaux significatifs pour des milliers d'emplois dans les URSSAF et des menaces pour le recouvrement des cotisations du régime général.

[1102] Mais la répartition des rôles retenue en définitive entre les caisses du RSI et les URSSAF est très complexe. Elle a fait fi de l'unicité et de la continuité du processus du recouvrement depuis l'affiliation du cotisant jusqu'au paiement de la créance, le cas échéant après une procédure de recouvrement amiable puis forcé.

[1103] Le découpage aux contours tourmentés qui a été choisi, pour reprendre les termes du rapport IGAS de 2011, oblige des millions de dossiers et de créances à faire des allers-et-retours entre deux collecteurs distincts (RSI et URSSAF) et hostiles, ou à tout le moins méfiants l'un envers l'autre.

[1104] Plusieurs rapports d'inspection et des missions d'appui successives que le Gouvernement et l'administration avaient commanditées afin d'y voir plus clair et de trancher entre les parties prenantes n'ont pas permis de remettre le projet convenablement sur les rails ni de le stopper avant qu'il ne soit trop tard.

Graphique 1 : Répartition des compétences entre RSI et URSSAF et applications associées



Source : URSSAF Rhône-Alpes

- [1105] Le projet d'ISU a été porté par le secrétaire d'Etat en charge de l'artisanat et du commerce et pas par les deux ministères en charge de la sécurité sociale (santé, famille et personnes handicapées ; travail, emploi, formation professionnelle). Or le secrétaire d'Etat n'a cherché le consensus ni avec la direction de la sécurité sociale ni avec les opérateurs en place ni avec les ministères sociaux et s'est inscrit dans le cadre d'un véhicule législatif de simplification du droit. Le projet d'ISU a donné lieu à des années de très fortes rivalités entre cabinets et administrations des différents ministères, entre les caisses de travailleurs indépendants elles-mêmes (caisse vieillesse d'une part et caisses retraites d'autre part) et entre les caisses de travailleurs indépendants et l'ACOSS et les URSSAF. Ces fortes rivalités ont pollué toute la réforme.
- [1106] De façon générale, comme le souligne le rapport de l'IGAS de 2011, « la complexité de mise en place de l'ISU a été sous-estimée ».
- [1107] Après l'adoption de la loi d'habilitation de décembre 2004 et de l'ordonnance de décembre 2005, le travail d'élaboration technique et opérationnelle de l'ISU a été bâclé. Des préalables essentiels évoqués notamment par le rapport IGF-IGIC-IGAS précité, mais également par le rapport de l'ordonnance du 8 décembre 2005, comme la nécessité d'un dispositif informatique commun et performant, ont été omis. La question de la qualité des fichiers et l'inexistence d'identifiants communs des cotisants ont été sous-estimées.
- [1108] Les précautions et les garanties indispensables à la conduite d'une réforme sans précédent et d'une telle ampleur n'ont pas été prises, contrairement à ce qui a été fait ultérieurement lors du transfert récent du recouvrement des cotisations chômage aux URSSAF. En particulier, il n'y a pas eu de test grandeur nature ; aucun phasage n'a été prévu dans la mise en œuvre ; et l'écrasement des fichiers, sans réalisation de sauvegardes, qui est intervenu dans des conditions opaques en novembre 2007, n'a laissé aucune possibilité de retour en arrière ni de vérification postérieure de leur qualité.
- [1109] Le report de la réforme au-delà du 1^{er} janvier 2008, qui aurait dû être envisagé sérieusement alors compte tenu de l'impréparation du projet, n'a été, semble-t-il, ni proposé ni décidé par la direction de la sécurité sociale ni par quiconque d'autre.

- [1110] Après la mise en œuvre de la réforme au 1^{er} janvier 2008, (cf. infra 1.1.3), un travail conjoint et sérieux entre l'ACOSS, les URSSAF et le RSI a été très tardif et ne date en réalité que de 2011-2012 avec l'arrivée du nouveau directeur général du RSI.

1.1.3 Des conséquences désastreuses et durables

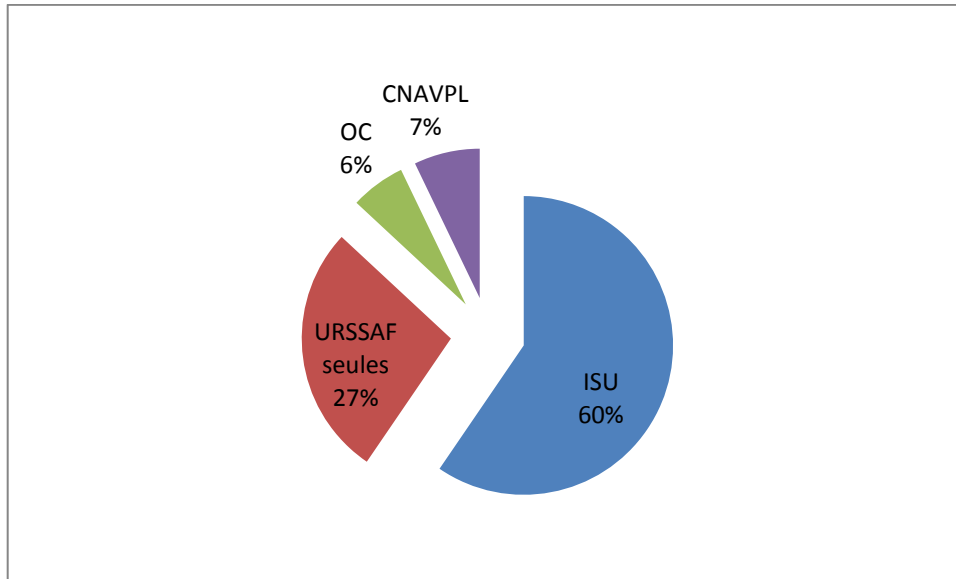
- [1111] Cette impéritie a suscité un véritable désastre qui a frappé au-delà de la fonction recouvrement et dont les conséquences ont été amplement décrites par de nombreux rapports.
- [1112] La totalité de la fonction recouvrement a été bloquée pendant trois semaines au début 2008, à l'issue de l'envoi des premiers appels de cotisations ISU en décembre 2007. L'ISU est ensuite entré dans une phase de crise aigue qui a duré plusieurs semestres, suivi d'une phase de dysfonctionnements majeurs. Avec la mise en place de l'ISU, le stock des créances des travailleurs indépendants a ainsi doublé dans l'année, passant de 2,7 Mds€ à fin 2007 à 5,4 Mds€ à fin 2008 (puis à 8,7 Mds€ fin 2009).
- [1113] Les conséquences de ce désastre ont été graves pour les finances publiques, en raison de pertes sèches de recettes (prescriptions de créances...) et d'une détérioration structurelle du taux de recouvrement. Elles l'ont été également pour les artisans et les commerçants : accueils physiques et téléphoniques surchargés et inaccessibles, explosion du nombre d'emails et de courriers, recouvrements à tort ou partiellement erronés mais aussi impossibilités, retards ou erreurs de versement des prestations retraite et maladie (IJ) en raison des dysfonctionnements – ou de l'inexistence - des flux informatiques « retour » du SNV2 vers le système d'information du RSI, stocks de dossiers s'accumulant en back-office recouvrement à tort, création de comptes partiels ou doublonnés... Elles l'ont été aussi pour le RSI : son image a été gravement écornée, la relation de confiance avec ses ressortissants a été ébranlée et l'environnement de travail de ses personnels a été fortement détérioré.
- [1114] Il y a eu également des dégâts collatéraux importants pour les URSSAF. En 2012, une étude de l'ACOSS, reprise par le rapport IGAS d'évaluation de la COG 2010-2013 de cette branche, estimait le poids des dysfonctionnements de l'ISU à plus de 400 ETP dans les URSSAF. Le processus de production des URSSAF a été gravement perturbé ; cela a conduit à la constitution de stocks importants de dossiers en instance. Fin 2014, les créances ISU représentaient 7 414 millions € (France entière), soit 27,3 % du total des créances des URSSAF.

1.2 Le premier collecteur des cotisations sociales des travailleurs indépendants non-agricoles

1.2.1 Le premier, mais non l'unique, collecteur des cotisations des travailleurs indépendants non-agricoles

- [1115] Avec 17 044 M € de cotisations liquidées, l'ISU représente environ 60 % du total des cotisations des travailleurs indépendants non-agricoles liquidées en 2014 en métropole, qui se montent à 28 628 M€.
- [1116] L'ISU est, sur ce segment, un collecteur environ quatre fois plus important que la MSA (4,7 milliards € en 2013 pour les seuls non-salariés agricoles, y compris CSG, CRDS et cotisations de retraite complémentaire). L'ISU ne représente toutefois que 5,1 % seulement du total des cotisations et contributions liquidées par les URSSAF (334 milliards € en France entière en 2014).

Graphique 2 : Répartition des cotisations liquidées des travailleurs indépendants non-agricoles en 2014



Source : ISU, OC, CNAVPL

- [1117] L'ISU a permis, pour les cotisations et contributions affectées aux régimes de base de sécurité sociale, de limiter à un seul le nombre d'interlocuteur des artisans et des commerçants sans salariés, et à deux (ISU et URSSAF) celui des artisans et commerçants qui ont des salariés. Les professions libérales ont toujours trois interlocuteurs (leur URSSAF, les organismes conventionnés et l'une des sections professionnelles de la CNAVPL)²²⁵.
- [1118] L'ISU n'a pas modifié le nombre total d'organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions sociales personnelles des travailleurs indépendants non-agricoles. La collecte demeure toujours de la compétence de quatre opérateurs et de près de 150 organismes juridiquement distincts : les caisses du RSI (ISU), les URSSAF (ISU et collecte propre), quatre organismes conventionnés et dix sections professionnelles de la CNAVPL.

²²⁵ Une disposition du PLFSS 2016 prévoit de transférer le recouvrement des cotisations maladie des professions libérales des organismes conventionnés aux URSSAF. La mission n'a pas analysé cette mesure qui n'était pas prévue au moment de la rédaction de la lettre de mission et de la note de cadrage.

Tableau 1 : L'ISU et les collecteurs des travailleurs indépendants non-agricoles (hors CNBF)

Collecteur	ISU	URSSAF seules	Organismes conventionnés (4)	Sections professionnelles (10) de la CNAVPL
Cotisants	Artisans et commerçants	<ul style="list-style-type: none"> • Professions libérales • Artisans, commerçants et PL employeurs de salariés 	Professions libérales	Professions libérales
Cotisations et contributions sociales concernées	CSG, CRDS, cotisations famille, maladie, vieillesse base et complémentaire, invalidité, décès	<ul style="list-style-type: none"> • CSG, CRDS, cotisations AF • Toutes cotisations des salariés 	Cotisations maladie	Cotisations vieillesse, invalidité-décès
Total des cotisations et charges sociales liquidées en 2014 = 28 628 M€	17 044 M€	7 839 M€	1 701M€	2 044M€

Source : Mission IGAS, ACOSS, OC, CNAVPL

1.2.2 Près de 2 900 ETP affectés dans les caisses de base du RSI et les URSSAF au recouvrement sur le champ ISU

[1119] Les 17 milliards € de cotisations liquidées sur le champ ISU sont recouvrées par 1 500 ETP environ des caisses de base RSI et 1 300 ETP environ des URSSAF. Il faut y ajouter les agents travaillant aux sièges nationaux de l'ACOSS²²⁶ et de la caisse nationale du RSI ainsi que dans ses plateformes nationales (102 ETP hors C3S en 2014).

1.2.2.1 1 533 ETP dans les caisses de base du RSI

[1120] Selon les chiffres fournis par le RSI²²⁷, celui-ci employait en 2014 un effectif ETP de 1 533 agents dédiés au recouvrement dans les caisses de base, dont 460 ETP environ pour l'affiliation et 940 ETP environ pour le recouvrement proprement dit, contre 1 392 ETP en 2012. En deux ans, on constate une hausse de 140 ETP des effectifs affectés au recouvrement, et un effet de ciseau entre les effectifs affectés à l'affiliation en forte baisse et ceux affectés au recouvrement proprement dit, en forte hausse, notamment en lien avec le transfert des SICC vers les caisses locales à partir du 1^{er} juin 2013.

²²⁶ Chiffre non disponible au jour du bouclage de la présente annexe.

²²⁷ Source : CAPCEA 2014 - direction du réseau.

[1121] La comparaison avec les chiffres retenus par la précédente mission d'évaluation de l'IGAS est difficile sur un plan méthodologique. En effet, les effectifs publiés dans le rapport IGAS de juillet 2011 sont issus de l'enquête RH nommée « enquête RH par domaines » abandonnée en 2012 à la suite de la mise en place de l'outil analytique CAPCEA. L'enquête RH se fondait sur des données déclaratives par les caisses et uniquement sur les effectifs budgétaires permanents alors que CAPCEA prend en compte tous les effectifs en CDI et en CDD. De même, le périmètre retenu est approximatif, notamment car les processus du bloc « contestations » comprennent l'intégralité des ETP dédiés aux recours amiables alors que le recouvrement n'est qu'un type de dossiers parmi ceux traités en commission de recours amiable.

Tableau 2 : Effectifs affectés au recouvrement dans les caisses locales du RSI

	2010 (pour mémoire)	2012	2013	2014
Total recouvrement	1 222	1 392	1 617	1 534
Dont affiliation	332	540	505	462
Dont recouvrement	nd	747	991	942
Dont contestations	nd	104	120	129

1.2.2.2 1 326 ETP dans les URSSAF

[1122] Selon les chiffres fournis par l'ACOSS, les URSSAF affectaient 1 326 ETP en 2013 au recouvrement sur le champ ISU, dont 1 034 à la gestion des comptes proprement dit. La même année, les URSSAF employaient un nombre équivalent de personnels (1 325 ETP) au recouvrement des travailleurs indépendants hors champ ISU.

[1123] On relève plusieurs faits à l'étude de ces chiffres, qui sont néanmoins à prendre avec prudence :

- depuis 2008, les URSSAF ont diminué de 50 ETP le nombre d'agents affectés au recouvrement sur le champ ISU alors qu'elles ont alloué 380 ETP de plus au recouvrement des ETI hors champ ISU. Cette évolution en ciseaux a néanmoins été très ralentie depuis 2011 (respectivement -11 et +24 ETP)
- le nombre d'agents URSSAF affectés à l'accueil des cotisants ISU (113 ETP en 2013) est en baisse continue depuis 2009 (229 ETP). Selon l'ACOSS, les réclamations et les dossiers complexes sont traités dans les services de back office et le temps qui y est consacré est retracé dans l'activité « gestion de comptes » qui a augmenté, et la baisse de ces effectifs se concentre sur l'activité téléphonique qui est elle-même largement retracée ailleurs (plateforme externalisée et numéros généralistes URSSAF) ;
- le nombre d'agents affecté au contrôle (15 ETP en 2013) est dérisoire.

[1124] Au sein des gestionnaires de comptes, l'ACOSS distingue entre :

- la gestion des déclarations (516 ETP en 2013), c'est-à-dire l'ensemble des activités liées au traitement des débits des cotisants (relance des revenus, saisie des revenus définitifs, des revenus estimés, recouvrement amiable jusqu'au 30^{ème} jour) ;
- la gestion des paiements (319 ETP en 2013), c'est-à-dire l'ensemble des activités liées au traitement des crédits des cotisants (affectation des chèques, gestion des crédits, remboursements) ;
- l'immatriculation et les radiations (200 ETP), c'est-à-dire l'ensemble des activités liées au traitement administratif du compte qui seraient restées nombreuses en URSSAF : transfert de comptes, enregistrement des données de paiement, gestion des données de contact (adresse de correspondance, numéro de téléphone..).

Tableau 3 : Effectifs des URSSAF sur le champ ISU entre 2008 et 2013 (en ETP)

	2008	2011	2012	2013
Accueil	202	141	130	113
Recouvrement amiable	59	36	39	34
Recouvrement forcé	78	1	2	0
Contrôle	15	17	16	17
Gestion des comptes	866	1 003	1 089	1 034
Comptabilité/trésorerie	155	139	149	127
Total général	1 375	1 337	1 425	1 326

Source : ACOSS-DAS, comptabilité analytique. Les données incluent les activités mutualisées entre URSSAF

1.3 Un recouvrement complexe en raison de plusieurs facteurs

1.3.1 Des cotisants aux caractéristiques sociodémographiques et économiques particulières

- 2/3 de purs travailleurs indépendants et un tiers (37 %) d'employeurs.

Ces derniers doivent traiter avec les URSSAF pour payer leurs cotisations et ont un compte « régime général ». On verra *infra* qu'il s'agit là d'une différence très importante entre cotisants ISU en matière de recouvrement spontané et de respect des obligations sociales.

- Autant de commerçants que d'artisans

[1125] Les 2,1 millions de cotisants relevant de l'ISU se répartissent par moitié environ entre commerçants (1,08 million) et artisans (1,01 million)²²⁸.

Tableau 4 : Les cotisants relevant de l'ISU au 30 juin 2015

	Commerçants	Artisans	Ensemble
Cotisants ISU	1 084 164	1 013 452	2 097 616
Dont auto-entrepreneurs	331 868 (30,6 %)	426 398 (42,1 %)	758 266 (36,1 %)
Dont conjoints collaborateurs	30 376	15 809	46 185

Source : RSI. Champ France entière

²²⁸ Une proportion non négligeable des artisans et des commerçants, ainsi que des professions libérales, a opté pour un statut de salarié de leur entreprise, en tant que président ou directeur de société anonyme, de société par actions simplifiées ou de gérants minoritaires de société. Ces artisans et commerçants sont affiliés au régime général.

➤ Des changements rapides dans la sociologie des cotisants

[1126] Les auto-entrepreneurs, dont le statut a été créé en 2009, représentent aujourd’hui plus d’un tiers des cotisants relevant de l’ISU (0,76 million). Leur intégration au RSI et à l’ISU a modifié les équilibres du régime. Ils sont les mieux représentés parmi les artisans (42 % du total contre 30 % chez les commerçants). C’est une population complexe à gérer, plus jeune, très distincte des artisans et commerçants traditionnels dont les représentants peuplent les conseils d’administration du RSI. Elle regroupe beaucoup de poly-actifs (un tiers des auto-entrepreneurs exerce une activité salariée en parallèle de leur activité non-salariée contre 10 % des non-salariés classiques). Et une fraction importante n’a aucun revenu professionnel ou un revenu très faible.

[1127] L’ISU est également le collecteur des cotisations de la nouvelle économie des travailleurs « free lance », qui travaillent grâce aux plateformes collaboratives, de plus en plus nombreux et dont les caractéristiques économiques et sociologiques, tout en étant des travailleurs indépendants, sont bien différentes des artisans et commerçants traditionnels.

➤ Une évolution différenciée des effectifs de cotisants

[1128] L’évolution des effectifs de cotisants à l’ISU est très hétérogène selon les groupes professionnels. Le dynamisme soutenu des auto-entrepreneurs²²⁹ compense globalement la baisse des effectifs cotisants non auto-entrepreneurs.

Encadré – Gestion des auto-entrepreneurs au sein de l’ISU

Les processus de gestion des auto-entrepreneurs sont, sauf exceptions, identiques aux processus de gestion des TI dits classiques (non AE). La population auto-entrepreneur est pleinement intégrée dans les processus de gestion de l’ISU. Les plans d’action nationaux intègrent cette population.

Les formalités sont allégées pour la création d’entreprise par la dispense d’immatriculation au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers (jusqu’à fin 2015). Le créateur d’entreprise peut déclarer sa création d’activité de manière immédiate sur www.autoentrepreneur.fr ou auprès du CFE compétent. La suite du processus d’affiliation est la même que pour les TI classiques.

La déclaration du chiffre d’affaires et le paiement peuvent être réalisés sur un rythme trimestriel ou mensuel. La taxation d’office des AE n’est pas appliquée en pratique.

Le calcul des cotisations et contributions sociales est simplifié par l’application d’un taux forfaitaire, applicable à une assiette simplifiée (chiffre d’affaires) et avec un paiement libératoire (pas de régularisation).

Les AE sont intégrés sans distinction dans les parcours de recouvrement de l’ISU et les processus de gestion sont les mêmes que ceux des TI classiques. La seule distinction est l’existence d’une relance amiable spécifique pour le recouvrement des dettes constituées de pénalités seules pour absence de déclaration du CA. Les dettes constituées de cotisations et de pénalités pour absence de déclaration de CA sont recouvrées selon les mêmes modalités que celles des TI classiques.

La sortie du dispositif AE est imposée dans deux cas : soit en cas de dépassement d’un seuil de CA annuel fixé à 82 200 € pour les activités de vente et d’hébergement, et de 32 900 € pour les prestations de service, soit en cas de déclaration d’un CA nul pendant 24 mois

[1129] Si l’on inclut les auto-entrepreneurs dans le décompte, au cours des dernières années, la population d’artisans croît de façon plus rapide que celle des commerçants qui a désormais une tendance à décroître. Hors auto-entrepreneurs, on note une baisse du nombre d’artisans de 3,9 % en 2014 et de 4,2 % du nombre des commerçants la même année.

²²⁹ Depuis 2009, la moitié des créations d’entreprises se fait en utilisant ce statut.

Tableau 5 : Nombre des commerçants et des artisans, y compris auto-entrepreneurs et hors conjoints collaborateurs (1990-2014)

	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014
Commerçants	661 000	639 000	956 000	1 044 000	1 062 000	1 066 000	1 062 000
Artisans	556 000	509 000	783 000	898 000	940 000	964 000	985 000
Ensemble	1 217 000	1 148 000	1 739 000	1 942 000	2 002 000	2 030 000	2 047 000

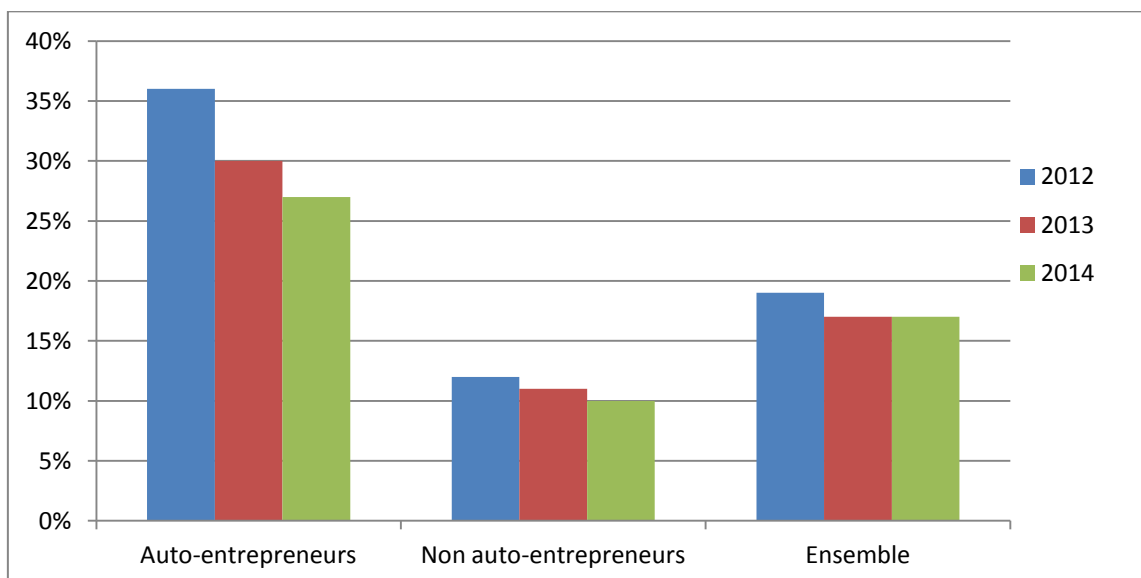
Source : RSI

► Une faible durée d'activité moyenne et un fort turn-over

[1130] L'âge moyen des artisans est de 43 ans et demi et celui des commerçants de 45 ans et 9 mois environ (contre moins de 40 ans pour les salariés). C'est notamment lié au fait qu'ils débutent souvent dans la vie active comme travailleurs salariés avant de s'installer à leur compte. De façon plus générale, les artisans et commerçants qui relèvent de l'ISU y sont à titre généralement transitoires entre deux emplois de salariés. La durée moyenne d'activité est de 11 ans et 4 mois pour les artisans et 10 ans et 4 mois pour les commerçants, hors auto-entrepreneurs et hors créateurs en première année. Seuls 43 % des artisans et 40 % des commerçants (non auto-entrepreneurs) ont une durée d'activité de 10 ans ou plus.

[1131] De ce fait, le RSI est caractérisé par une forte rotation de son fichier de ressortissants par rapport à celle du régime général et plus encore du régime agricole. Il y a eu en moyenne 382 000 affiliations et 371 000 radiations par an d'artisans et de commerçants entre 2012 et 2014. Toutes catégories confondus, y compris professions libérales donc, le taux de turn-over s'établit en moyenne à 18 % sur la même période, avec une rotation des auto-entrepreneurs (31 %) trois fois plus forte que celle des artisans, commerçants et professions libérales non auto-entrepreneurs (11 %). Ce taux est toutefois en légère baisse sur la même période, en particulier pour les auto-entrepreneurs (cf. graphique 3).

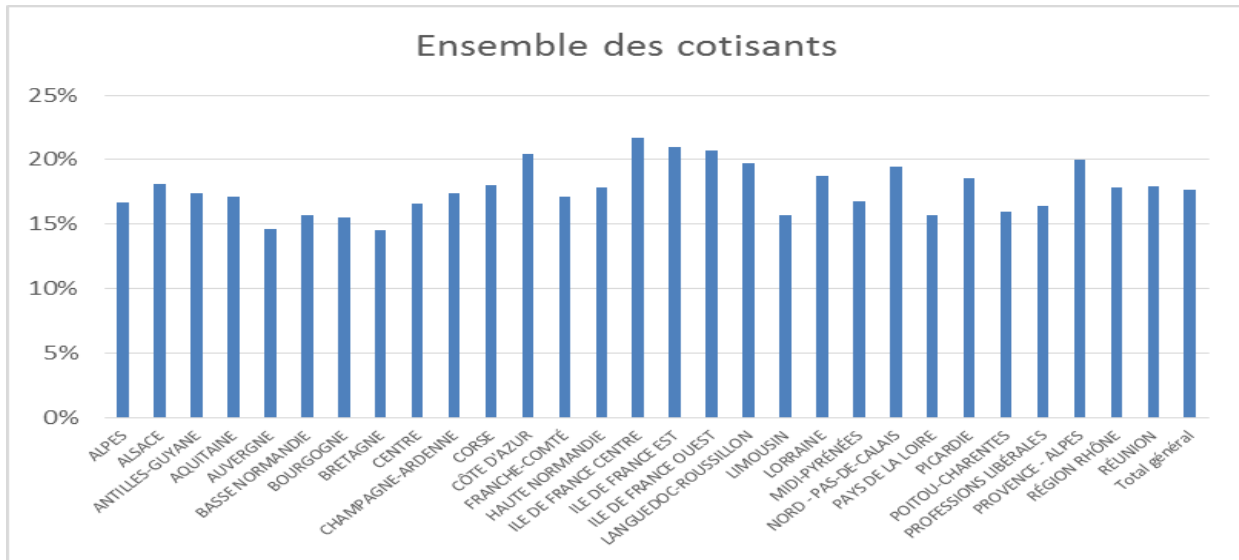
Graphique 3 : Taux de rotation du fichier des cotisants RSI (id est artisans, commerçants et professions libérales), auto-entrepreneurs et non auto-entrepreneurs – 2012-2014



Source : RSI

[1132] Il est globalement plutôt homogène d'une région à l'autre de la France, les caisses de la région Ile-de-France et des régions du Sud de la France étant en tête du classement (20-22 %) et celles de la région Bretagne et de l'Auvergne en queue (15 %).

Tableau 6 : Turn-over moyen sur la période 2012-2014 des artisans, commerçants et professions libérales



Source : RSI

[1133] Si on assiste à une féminisation de la population des cotisants de l'ISU depuis la création du statut d'auto-entrepreneur, la population des artisans et des commerçants est très majoritairement une population masculine.

➤ Des revenus faibles en moyenne et qui fluctuent

[1134] Enfin, les artisans et les commerçants ont des revenus dont les caractéristiques les fragilisent face au prélèvement social (et fiscal). Leur revenu moyen²³⁰, qui était de 23,5 K€ pour les artisans et de 22 K€ pour les commerçants en 2013, est très inférieur à celui des professions libérales (50 K€ environ). Près de 85 % des artisans et commerçants ont des revenus inférieurs au plafond de la sécurité sociale (37 500 €), contre 55 % des professions libérales.

Tableau 7 : Répartition cumulée des actifs hors auto-entrepreneurs selon les revenus en 2012

	Artisans		Commerçants	
Revenus nuls ou déficitaires	66 087	11 %	43 114	10 %
5 000	125 140	21 %	79 529	19 %
10 000	197 770	32 %	109 153	27 %
20 000	357 617	59 %	163 787	40 %
40 000	527 235	87 %	243 423	59 %
100 000	600 663	99 %	348 562	85 %
200 000	607 740	100 %	391 223	95 %

Source : RSI

[1135] Alors qu'ils déclarent des horaires de travail élevés (plus de 55 heures par semaine en moyenne pour les travailleurs indépendants qui travaillent à temps complet), le revenu des artisans et des commerçants fluctue sensiblement d'un exercice à l'autre. En 2013, dernière année dont les revenus sont connus, le revenu moyen des travailleurs indépendants a été en forte progression, portée par le dynamisme des revenus moyens des artisans (+ 8 %) et des commerçants (+ 10 %).

²³⁰ La lisibilité de l'évolution du revenu moyen est perturbée par l'apparition des auto-entrepreneurs dont les revenus sont beaucoup plus faibles, et pour un bon nombre, nuls.

[1136] Les revenus des auto-entrepreneurs sont beaucoup plus faibles que ceux des travailleurs indépendants non auto-entrepreneurs par définition car les chiffres d'affaires sont limités selon les activités à 81 500€ ou 32 600€. Un tiers des auto-entrepreneurs a un revenu nul et environ 70-75 % des auto-entrepreneurs artisans et des commerçants ont un revenu annuel inférieur à 5 000 €.

Tableau 8 : Répartition cumulée des autoentrepreneurs selon les revenus 2012

	Artisans		Commerçants	
Revenus nuls	118 614	32 %	116 823	29 %
5 000	283 837	76 %	259 566	71 %
10 000	336 567	90 %	286 713	85 %
20 000	370 784	99 %	301 385	97 %

Source : RSI

[1137] Enfin, les artisans et les commerçants ont démontré à plusieurs reprises dans leur histoire²³¹ qu'ils étaient plus réfractaires que d'autres groupes socioprofessionnels, en particulier les salariés mais également les professions libérales, aux prélèvements sociaux et fiscaux.

1.3.2 Des cotisations et contributions sociales spécifiques

[1138] Le calcul des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants est plus complexe que celui des régimes de salariés. L'assiette est annuelle, déterminé par retraitement de l'assiette fiscale, nette des cotisations déductibles fiscalement pour les cotisations et brute pour les contributions ; certaines cotisations sont calculées sur des assiettes minimales et/ou des assiettes plafonnées. Les taux sont plus fractionnés que dans les autres régimes : maladie (hors IJ), maternité, IJ maladie, vieillesse de base, vieillesse complémentaire, invalidité-décès. Les modes de calcul sont également plus compliqués, y compris après la réforme dite du « 3 en 1 » (*cf. infra*).

[1139] Il existe en parallèle, on l'a vu *supra*, des règles propres aux autoentrepreneurs, dont les assiettes, les taux et les modalités de déclaration et de recouvrement diffèrent de celles des travailleurs indépendants classiques.

[1140] S'agissant du recouvrement des cotisations et contributions sociales, la complexité est également plus importante. La déclaration des revenus, éloignée du fait générateur, est annuelle, alors qu'elle se fait sur un rythme mensuel ou trimestriel au régime général, sauf pour les autoentrepreneurs, via la Déclaration Sociale des Indépendants (DSI).

[1141] Un avis d'appel est envoyé aux cotisants tous les ans, par opposition aux règles d'auto-liquidation en vigueur au régime général.

[1142] Enfin, il faut avoir en mémoire le lien qui demeure encore, certes de façon moindre qu'à l'origine du régime des travailleurs indépendants dans les années 1960, entre le paiement effectif des cotisations et le versement des prestations. Ce lien subsiste de double façon : les droits à retraite calculés dépendent des cotisations effectivement versées au moment de la liquidation de la pension ; les droits aux prestations en espèces ne sont ouverts que si les cotisations ont été effectivement payées.

²³¹ Cf. par exemple les manifestations et les mouvements organisés par le CID-UNATI puis par le CDCA, et aujourd'hui par « Sauvons nos Entreprises » ou « Les Pendus » notamment.

1.3.3 Des modifications législatives et réglementaires incessantes

- [1143] Le précédent rapport d'évaluation de l'IGAS a souligné, pour la déplorer, la multiplication des chocs législatifs et réglementaires qui ont frappé le RSI, et notamment la mise en œuvre de l'auto-entrepreneur. Cette succession de changements législatifs et réglementaires a fortement compliqué la mise en œuvre de l'ISU, qui n'avait pas besoin de cela.
- [1144] Le maelstrom législatif et réglementaire n'a pas cessé lors de l'actuelle convention d'objectifs et de gestion en matière de prélèvement social des travailleurs indépendants. On peut citer les décisions suivantes :
- en 2012 : rapprochement de l'assiette sociale et fiscale ; unification de l'indice de référence utilisé pour définir les cotisations minimales et de début d'activité sur un indice unique ; mise en place d'un dispositif facultatif d'ajustement des cotisations provisionnelles de l'année en cours sur la base du dernier revenu connu ou du revenu estimé de l'année ; augmentation progressive de la cotisation vieillesse plafonnée des travailleurs indépendants ;
 - en 2013 : déplafonnement de la cotisation d'assurance maladie-maternité ; réduction de la cotisation minimale d'assurance maladie-maternité ; réintégration de la déduction forfaitaire des frais professionnels de 10 % pour les chefs d'entreprise imposés à l'IR dans la catégorie des traitements et salaires ; réintégration des dividendes pour les artisans et les commerçants par extension du dispositif déjà applicable aux professionnels libéraux ;
 - en 2014 : réforme « Grandguillaume » qui remplace au plus tard le 1^{er} janvier 2016 le dispositif facultatif de l'auto-entrepreneur par un nouveau régime micro-social obligatoire pour l'ensemble des travailleurs indépendants assujettis à l'IR sous les régimes micro-BIC et micro-BNC ; baisse des cotisations minimales des travailleurs indépendants et des futurs micro-entrepreneurs à compter du 1^{er} janvier 2015 ; suppression de l'exonération partielle de la cotisation minimale maladie-maternité appliquée depuis 2013 (cf. supra) et de l'exonération totale de cotisations d'AF et de CSG-CRDS des indépendants ayant un revenu inférieur à 4 945€ ; baisse de la cotisation d'allocations familiales de 0,15 points ; généralisation au 1^{er} janvier 2015 des dispositifs d'ajustement des cotisations provisionnelles de l'année en cours sur la base du dernier revenu connu et de régularisation anticipée des cotisations de la dernière année écoulée dès connaissance du revenu de cette année (le « 3 en 1 ») ;
 - en 2015 : dans le cadre du pacte de responsabilité, réduction de 3,1 points appliquée au taux de la cotisation d'allocations familiales pour les travailleurs indépendants dont le revenu est inférieur à 41 844€.
- [1145] Pris un à un, les changements législatifs et réglementaires visant le prélèvement social des travailleurs indépendants ont pu paraître justifiés à leurs promoteurs et aux représentants des professionnels. Leur succession rapide a été néanmoins un facteur important de complexité et de risque pour la gestion du régime.
- [1146] La situation de fragilité de l'ISU et du système d'information du recouvrement²³² est encore telle aujourd'hui qu'une pause sur les grandes réformes du prélèvement social des travailleurs indépendants paraît nécessaire pour la période conventionnelle à venir.

Recommandation n°78 : Instaurer un moratoire normatif en matière de prélèvement social des artisans et commerçants sur la période 2016-2019, en limitant les changements à ceux susceptibles d'être mis en œuvre après analyse technique avec des délais de mise en œuvre crédibles

²³² Voir infra chapitre 4.

[1147] Il faut également tenir compte des coûts imposés aux cotisants par ces changements législatifs et réglementaires. Les travailleurs indépendants y sont particulièrement sensibles en raison de la taille très réduite de leurs unités économiques et de leur aversion pour les formalités administratives. S'inspirant de ce que fait l'administration américaine depuis de nombreuses années, et d'une méthodologie bien établie par l'OCDE²³³, l'ISU gagnerait à chiffrer désormais chaque année le coût pour ses cotisants des formalités qu'il lui impose et s'efforcer au maximum de limiter ce coût (par exemple – 20 % jusqu'en 2019).

Recommandation n°79 : Chiffrer annuellement le fardeau imposé aux cotisants ISU par les formalités et obligations législatives et réglementaires et leurs changements, et fixer un objectif de réduction de 20 % sur la période conventionnelle

1.3.4 Une hausse du prélèvement social sur les revenus les plus élevés

[1148] La couverture sociale des travailleurs indépendants non-agricoles a été créée avec un temps de retard sur le régime général en raison du refus, en 1946, des artisans, des commerçants et des professions libérales d'être noyés au milieu des salariés et de payer des charges sociales, y compris l'équivalent de la part patronale, d'un niveau équivalent.

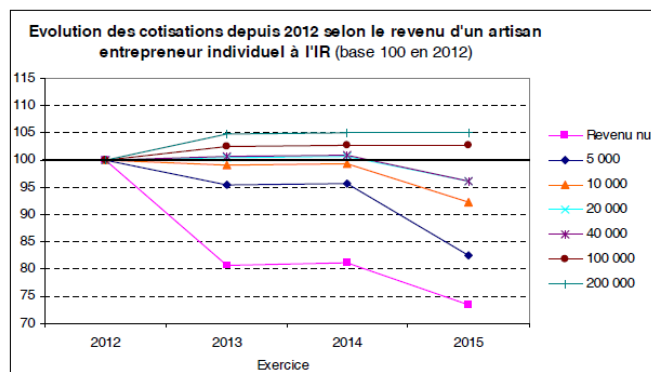
[1149] Depuis les années 1970-1980, un mouvement profond d'alignement de la couverture sociale des travailleurs indépendants a néanmoins été engagé, l'évolution la plus récente étant la création d'une couverture retraite complémentaire. Ce processus d'alignement des prestations sur celles du régime général a suscité en parallèle une augmentation structurelle du taux de prélèvement social pesant sur ces professions, qui demeure toutefois moins élevé (en particulier les cotisations d'assurance maladie).

[1150] A plus court terme, on pourrait penser que les conséquences du désastre de l'ISU sur les artisans et les commerçants ont été amplifiées par une hausse générale du prélèvement social sur la période conventionnelle, en particulier à la suite de la LFSS 2013.

[1151] En réalité, selon une étude réalisée par le RSI, l'évolution qui a eu lieu est plus différenciée : si globalement le produit des cotisations a bien augmenté à la suite de la LFSS 2013, cette augmentation a frappé principalement les hauts revenus tandis que les cotisations des travailleurs indépendants aux plus faibles revenus ont, au contraire, diminué. C'est ce qui ressort du graphique ci-dessous sur la base d'un cas type très représentatif.

²³³ Voir notamment OECD, Cutting red tape : comparing administrative burdens across countries, 2003 <http://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/cuttingredtapecomparingadministrativeburdensacrosscountries.htm> (en anglais avec un résumé en français : <http://www.oecd.org/fr/gov/politique-reglementaire/39416898.pdf>)

Graphique 4 : Evolution des cotisations depuis 2012 selon le revenu d'un artisan entrepreneur individuel à l'IR (base 100 en 2012)



Source : RSI

[1152] Il semblerait que le poids des évolutions fiscales ait davantage pesé au cours de la période mais le RSI ne suit pas ces aspects fiscaux et la mission n'a pas pu documenter cela auprès de l'administration des impôts.

Recommandation n°80 : Mettre en place et publier un suivi annuel de l'évolution du niveau du prélèvement social et fiscal qui pèse sur les travailleurs indépendants non-agricoles

1.3.5 Les contrecoûts de la crise économique de 2008-2009 ?

[1153] Les performances de l'ISU ont souffert de la concomitance de sa mise en œuvre en 2008 avec la crise économique majeure qui a déferlé après la faillite de Lehman Brothers. Il est certain qu'une partie, non chiffrée à ce jour, de la baisse du taux de recouvrement et de la hausse du stock de créances entre 2008 et 2011 est due à ce contexte économique très détérioré : les travailleurs indépendants, y compris les professions libérales, n'ont globalement retrouvé le niveau de revenu atteint en 2007 à la veille de la crise économique qu'en 2011.

[1154] Il est néanmoins très improbable que l'impact du choc économique de 2008-2009 continue à peser sur les performances de l'ISU aujourd'hui.

[1155] Le RSI ne dispose malheureusement pas de données à jour et suffisamment fines sur l'évolution des revenus des commerçants et des artisans au cours de la période conventionnelle sous revue (2012-2015). Mais il ne semble pas qu'il y ait eu alors une évolution sensible des revenus moyens à la baisse qui pourraient expliquer d'éventuelles difficultés spécifiques de l'activité de recouvrement. On en veut notamment pour preuve, a contrario, la croissance très forte des revenus des commerçants et des artisans en 2013.

[1156] Ce sont principalement des facteurs endogènes qui expliquent les évolutions de ses performances au cours des dernières années.

2 LES OBJECTIFS FIXES DANS LE DOMAINE DU RECOUVREMENT N'ONT GLOBALEMENT PAS ETE ATTEINTS

2.1 Des objectifs et des engagements ambitieux mais pas suffisamment précis et qui ont été révisés en cours de COG

2.1.1 L'amélioration de l'ISU, objectif prioritaire d'une convention insuffisamment claire

2.1.1.1 Les objectifs conventionnels

[1157] La COG fixe une série d'objectifs en matière de recouvrement, et plus particulièrement d'interlocuteur social unique, principalement dans le cadre du programme 8 mais également dans le programme 11 et dans le texte du préambule. L'articulation de ces différents extraits de la convention n'est néanmoins pas très claire.

[1158] Ainsi, à la première page du préambule, l'amélioration de l'ISU figure parmi les deux engagements majeurs de la COG. Ce choix paraît tout à fait fondé au regard de la situation désastreuse qui prévalait en 2011.

[1159] La politique de recouvrement (hors C3S) constitue l'un des sous-objectifs de l'axe conventionnel intitulé « gérer les risques en cohérence avec les politiques publiques » de la COG²³⁴. Toujours selon le texte du préambule, la période conventionnelle vise trois objectifs qualifiés d'ambitieux :

- la fiabilisation et l'optimisation de l'ensemble des processus ISU de l'affiliation au recouvrement forcé, avec un double objectif de stabilisation dès 2012 du fonctionnement de l'ISU et de reprise du recouvrement amiable et forcé dans le respect des droits des cotisants ;
- les adaptations de la réglementation nécessaires à l'optimisation des services rendus aux cotisants ;
- la construction en partenariat avec l'ACOSS d'un système commun dédié et partagé de gestion informatisée de l'ISU devant à partir de 2014 remplacer l'outil de gestion initialement utilisé.

[1160] On trouve ensuite dans le texte du programme 8, intitulé « améliorer le niveau et la qualité du recouvrement », deux objectifs distincts de ceux listés dans le préambule :

- développer une politique active de recouvrement amiable et de maîtrise du recouvrement forcé conduisant à réduire le niveau des restes à recouvrer ;
- moderniser le processus de connaissance des revenus afin de réduire notamment le nombre de taxations d'office.

[1161] Par ailleurs, le même programme 8 contient deux « enjeux », dont la différence avec des objectifs n'est pas évidente :

- faire progresser le taux de recouvrement tout en rétablissant la confiance ;
- personnaliser la relation avec les assurés en situation de non-paiement en privilégiant le recouvrement amiable.

[1162] Le programme 11 « déployer une politique de prévention, de contrôle et de lutte contre les fraudes, fautes et abus sur l'ensemble des risques gérés » contient également des dispositions qui ont trait au recouvrement, et notamment :

²³⁴ L'annexe 1 souligne le choix malheureux de cet intitulé, vague et imprécis.

- un objectif de « développer les outils et les moyens de contrôle dans les domaines [] cotisations..» ;
- un enjeu de « mettre en place, en lien avec l'ACOSS dans le cadre de l'ISU, la gestion des suites des contrôles ».

2.1.1.2 Les engagements conventionnels

[1163] Le programme 8 comprend six engagements du RSI et deux engagements de l'Etat. Alors que certains engagements sont extrêmement détaillés, d'autres sont rédigés dans des termes insuffisamment précis pour qu'on puisse juger sans ambiguïté de leur respect²³⁵.

[1164] Les engagements du RSI portent sur les points suivants :

- « travailler avec les URSSAF pour fiabiliser en amont les comptes des assurés et mettre en œuvre les plans d'action nationaux ». Cet engagement est rédigé en des termes trop vagues ;
- « fiabiliser l'exactitude de la créance et la situation du compte avant le déclenchement de la démarche contentieuse ». Même remarque ;
- « définir, avant la fin du 1er semestre 2012, en vue d'une mise en œuvre au second trimestre 2012, un processus de recouvrement amiable actif, s'appuyant sur une approche par type de débiteurs tenant compte notamment de leur comportement connu, pour le choix des modalités de contact, mis en œuvre de façon homogène dans le cadre d'un plan de relance de recouvrement amiable ». Cet engagement est très précis ;
- « maîtriser le passage en recouvrement forcé par le traitement dans les délais des informations dont celles en provenance des assurés ayant un effet sur le compte et l'état de la dette, la mise en œuvre d'un processus sécurisé avant l'envoi de la contrainte permettant de s'assurer que la mise en demeure a été remise au débiteur, une meilleure articulation opérationnelle des services intercaisses du contentieux (SICC) et des caisses et une priorisation des actions en fonction de la valeur des créances ». Même remarque ;
- « admettre en non-valeur comptable les créances dès que les conditions réglementaires sont remplies ». Même remarque ;
- « améliorer la collecte des revenus, en améliorant l'efficacité de la récupération des revenus avant les opérations de calcul, en contrôlant les cotisants taxés d'office non débiteurs et en procédant à la radiation administrative des cotisants taxés d'office multi-récidivistes ». Même remarque.

[1165] Les deux engagements de l'Etat portent sur leur part sur les aspects suivants :

- garantir la mise à disposition du RSI des données de revenus professionnels déclarés auprès des services fiscaux
- adapter le cadre réglementaire pour permettre une adaptation du montant individuel des taxations d'office en fonction de la situation propre des cotisants

2.1.2 Des objectifs conventionnels révisés ou précisés substantiellement par deux textes extra-conventionnels

[1166] Le texte de la convention d'objectifs et de gestion ne forme en réalité plus vraiment la feuille de route de l'ISU. En effet, depuis la signature de la COG, sont intervenus deux textes qui précisent les objectifs des deux réseaux RSI et ACOSS en infléchissant ou précisant notablement ce qui figure dans la COG initiale. Or celle-ci n'a fait à la différence de la précédente convention l'objet d'aucun avenant et a perdu de ce fait son rôle stratégique clé.

²³⁵ Voir le chapitre 2.3.2. *infra* et l'annexe 1 qui traite de ce problème plus général.

2.1.2.1 La convention nationale ISU du 31 juillet 2013

- [1167] Le préambule de la COG Etat-RSI précisait qu'une convention serait signée avec l'ACOSS avant fin 2012 afin d'actualiser les engagements réciproques des parties en matière d'ISU.
- [1168] En pratique, les principes d'une nouvelle politique commune des deux réseaux RSI et ACOSS ont été actés en septembre 2011 entre l'ACOSS et le RSI sur la base d'un premier programme d'action comprenant :
- sept engagements sur des thèmes fondamentaux tels que la relation client (téléphonie, réclamations), la gestion administrative (affiliations, radiations, singletons, droits acquis) et le recouvrement (diminution des restes à recouvrer) ;
 - des objectifs clairs et chiffrés à atteindre, associés à un calendrier précis, et aboutissant à des reportings réguliers à la direction de la sécurité sociale et aux pouvoirs publics ;
 - une organisation régionale avec des cellules mixtes dans chaque région modifiant les règles de partage initial de compétence entre les deux réseaux ;
 - une organisation nationale partagée : plateau projet commun installé à l'ACOSS, cellule nationale, gouvernance dédiée, instances de pilotage.
- [1169] Puis, sans viser la COG, mais sur la base d'un décret du 8 juillet 2013 « modifiant les modalités de fonctionnement de l'interlocuteur social unique et d'organisation du régime social des indépendants », une convention nationale de l'ISU a été conclue le 31 juillet 2013 entre les présidents et directeurs du RSI et de l'ACOSS pour une période allant jusqu'au 31 décembre 2017, période qui déborde largement la période conventionnelle Etat-RSI mais correspond à la COG Etat-ACOSS.
- [1170] Partant du constat optimiste qu'à la date de sa signature, « les plus graves dysfonctionnements ont été résolus et qu'ils restent des dysfonctionnements à corriger », elle dispose que « les objectifs recherchés par l'institution de l'ISU sont la simplification des formalités du travailleur indépendant et l'efficacité des opérations conduites par les organismes gestionnaires par l'existence d'une seule créance qui couvre l'ensemble des contributions et cotisations personnelles, un seul circuit de calcul, d'émission, de paiement et de recouvrement amiable et forcé des cotisations, un seul interlocuteur pour l'ensemble de ses cotisations et contributions personnelles ». Selon la convention, « la priorité est désormais de concrétiser les objectifs de simplification et d'efficacité de gestion par l'organisation d'une meilleure cohérence des processus et des échanges d'informations entre le RSI et la branche recouvrement ».
- [1171] Dans la continuité du report sine die de la construction avec l'ACOSS d'un système commun, dédié et partagé (SCDP) du recouvrement, intervenu à l'été 2012 (*cf. infra* chapitre 4), la convention nationale ISU témoigne d'une réorientation profonde des objectifs des deux réseaux débouchant sur la mise en œuvre d'une « organisation commune » qui n'était pas prévue par la COG²³⁶.

Recommandation n°81: Amender par avenant la convention d'objectifs et de gestion lors que des évolutions stratégiques clé interviennent en cours de période conventionnelle

²³⁶ Voir *infra* chapitre 5 sur une évaluation de l'organisation commune.

2.1.2.2 La convention d'objectifs et de gestion Etat-ACOSS 2014-2017

[1172] La COG qui lie l'Etat et l'ACOSS sur les années 2014 à 2017, et qui a donc été conclue à mi-parcours de la COG Etat-RSI, comporte de nombreux engagements précis sur l'ISU ainsi qu'une liste d'actions. Ces engagements, qui constituent une feuille de route claire même si elle n'est pas très ambitieuse, n'ont pas donné lieu à la rédaction d'un avenant de la COG Etat-RSI. Il ne semble pas au demeurant que les dirigeants de la CNRSI aient même été formellement associés à leur rédaction.

[1173] La fiche 12 sur l'interlocuteur social unique (« franchir une étape supplémentaire et d'atteindre un fonctionnement optimal de l'ISU ») les détaille autour de deux axes : « garantir un fonctionnement optimal de l'ISU » et « renforcer la qualité du service rendu aux cotisants ».

[1174] Beaucoup de ces engagements concernent directement le RSI autant que l'ACOSS, et notamment :

- généraliser l'organisation régionale ;
- mettre en œuvre le socle du recouvrement forcé ;
- déployer des plans de maîtrise des risques communs pluriannuels ;
- améliorer le portail ISU ;
- rendre accessible en GED 100 % des documents entrants et sortants aux agents des deux réseaux ;
- mener des travaux sur les conditions d'échange de données du recouvrement issues du décisionnel ;
- réaliser une étude sur l'optimisation des circuits de récupération des revenus des travailleurs indépendants (qui est de la compétence propre du RSI) ;
- mieux synchroniser les opérations de régularisation, de remboursement et d'échéancier ;
- mener une étude sur les délais de remboursement et mettre en œuvre les pistes d'amélioration ;
- poursuivre la formation des agents au traitement des réclamations ;
- simplifier et optimiser les outils de gestion de pilotage des réclamations ;
- offrir de nouveaux services en ligne ;
- promouvoir le prélèvement et le télépaiement.

[1175] Cinq engagements concernent l'Etat et deux indicateurs, dont l'un est commun avec la COG Etat-RSI, sont également précisés.

[1176] Quelques autres engagements concernant le RSI et l'ISU figurent également dans d'autres fiches que la fiche 12, et notamment :

- fiche 2 (gestion des cotisants) : objectif d'interfaçage avec l'outil de la gestion des relations des cotisants du RSI en 2016 ;
- fiche 6 (contrôle) : développer des actions de contrôle sur les travailleurs indépendants ;
- fiche 7 (lutte contre la fraude) : intégrer de manière maîtrisée le contrôle des travailleurs indépendants dans les plans de contrôle LCTI ;
- fiche 10 (statistique) : développer les études et analyses des cotisations acquittées notamment par les travailleurs indépendants ; poursuivre l'amélioration des prévisions des encaissements des travailleurs indépendants.

Recommandation n°82 : Conclure une convention RSI-ACOSS-Etat révisable tous les deux ans (2016-2017 puis 2018-2019) et annexée aux COG du RSI et de l'ACOSS

- [1177] Néanmoins, les engagements figurant dans la COG Etat-ACOSS qui portent sur les travailleurs indépendants et l'ISU sont globalement assez peu ambitieux, et sont concentrés sur les années 2014 et 2015.
- [1178] En-dehors des questions liées à l'organisation commune, ils ne portent pas sur la question, pourtant importante, de l'organisation spécifique des URSSAF. En particulier, ils n'évoquent pas le problème posé, et les solutions à apporter, par la fréquente dualité, au sein des URSSAF régionales, des gestionnaires de comptes cotisants pour les travailleurs indépendants qui sont employeurs.
- [1179] Deux indicateurs sont associés à la fiche 10. Le premier est le taux de dématérialisation des paiements en nombre de comptes, avec un objectif de 80 % en 2017. Le second est le taux de couverture TI (pour les contrôles), qu'il s'agit de construire en 2015.

2.2 Des indicateurs conventionnels soulevant plusieurs problèmes

2.2.1 Des problèmes de définition

- [1180] La COG Etat-RSI associe au programme 8 (« améliorer le niveau et la qualité du recouvrement ») sept indicateurs, dont deux indicateurs de résultat et cinq indicateurs de pilotage. Pour ce qui concerne l'ISU stricto sensu, la convention prévoit un indicateur de résultat et quatre indicateurs de pilotage, le dernier indicateur de pilotage portant sur le champ ISU comme sur le champ professions libérales.
- [1181] Plusieurs problèmes, parfois sérieux, apparaissent à l'analyse des indicateurs conventionnels.
- [1182] Le nombre d'indicateurs de résultat retenus (deux) est limité alors que celui d'indicateurs de pilotage (cinq) est beaucoup plus important. Comme le souligne l'annexe sur les objectifs et les indicateurs, il serait souhaitable d'adopter un nombre plus élevé d'indicateurs de résultat afin de pouvoir réellement évaluer les performances du régime sur la base d'un spectre plus large et un nombre inférieur d'indicateurs de pilotage.
- [1183] Il n'est pas cohérent de retenir un taux de restes à recouvrer hors taxations d'office pour l'ISU et y compris taxations d'office pour les professions libérales. Il serait préférable de retenir comme indicateur de résultat ISU le taux de restes à recouvrer y compris taxation d'office, qui n'est pour l'instant qu'un indicateur de pilotage, et qui serait également cohérent avec l'indicateur retenu pour les cotisants du régime général dans le cadre de la COG Etat-ACOSS.

Recommandation n°83 : Retenir comme indicateur de résultat le taux de restes à recouvrer y compris taxation d'office

- [1184] Les taxations d'office des cotisants artisans et commerçants²³⁷ étant particulièrement répandues, il serait opportun d'en suivre, mais en parallèle, l'évolution en nombre et en montant, en retenant un objectif de résorption graduelle sur la période conventionnelle.

Recommandation n°84 : Retenir comme indicateur de suivi l'évolution en nombre et en montant des taxations d'office

²³⁷ Voir infra chapitre 3.

Tableau 9 : Indicateurs de résultat et de pilotage associés au programme 8

	Identification	Définition	Commentaires
Indicateurs de résultat	Taux de RAR de l'exercice en cours, hors TO (ISU) – FP 8111	Part des restes à recouvrer sur les cotisations exigibles des artisans et commerçants de l'exercice n et observée en mars n+1, hors taxations d'office, hors procédure collective, hors ANV, hors accessoires	Changement de définition en cours de COG, par exclusion des régularisations post-radiations
	<i>Taux de RAR de l'exercice en cours, y compris TO (PL) – FP 8102</i>	Part des restes à recouvrer, y compris régularisations, sur les cotisations exigibles des professions libérales de l'exercice n et observée en mars n+1, hors procédure collective, hors ANV et hors accessoires	
Indicateurs de pilotage	Taux de RAR de l'exercice en cours y compris TO (ISU) – FP 8101	Idem FP 8101 y compris taxations d'office	Définition inchangée en cours de COG ISU et PL
	Taux de RAR des exercices antérieurs (ISU) – FP 8400	Part des restes à recouvrer, y compris régularisations, sur les cotisations obligatoires des exercices N-1, N-2, N-3, hors accessoires et hors procédures collectives	
	<i>Taux de taxation d'office des cotisants (en nombre) – FP 8250</i>	Part des cotisants appelés sur taxation d'office	
	<i>Taux d'efficacité de la démarche amiable (ISU) – FP 8300</i>	Taux des procédures amiables dans la période d'un an au plus tard, avant la contrainte, donnant lieu à un paiement du débiteur dans les 30 jours suivant l'engagement et avant le passage à la procédure suivante	
	Taux de dématérialisation des paiements en nombre (ISU) – FP 8800	Part des cotisants ayant adhéré au prélèvement automatique quel que soit sa périodicité	

Source : COG RSI - Retraitement par la mission

[1185] Il manque parmi les indicateurs actuels de résultat des indicateurs permettant de mesurer d'une part l'efficacité du recouvrement amiable, et d'autre part celle du recouvrement forcé. Seul existe un indicateur de pilotage qui mesure le taux d'efficacité de la démarche amiable à 30 jours. Le régime général mesure pour sa part cette efficacité au travers de deux indicateurs, dont le calcul est possible et souhaitable pour l'ISU : le taux de récupération des créances (y compris TO) à 100 jours et le taux de récupération des créances (y compris TO) à 300 jours. Il serait également possible de suivre un indicateur de recouvrement spontané.

Recommandation n°85 : Adopter un indicateur de taux de récupération des créances à 100 jours et un indicateur de taux de récupération des créances à 300 jours

[1186] Un indicateur qui mesure la productivité de la fonction recouvrement, comme le montant de cotisations collectées par agent affecté au recouvrement, fait également défaut.

Recommandation n°86 : Adopter un indicateur de productivité de la fonction recouvrement (coût de l'euro collecté)

[1187] L'indicateur de résultat FP 8 111, qui est actuellement l'indicateur de résultat fondamental de l'ISU, a fait l'objet, à l'initiative de la caisse nationale du RSI, d'un changement de définition en cours de période conventionnelle (2013). Le RSI a en effet décidé d'enlever des restes à recouvrer de l'indicateur FP 8 111 ceux correspondant à la période 66, c'est-à-dire aux régularisations postérieures à la radiation des cotisants. Ce type de changement en cours de période conventionnelle, qui permet d'améliorer les résultats obtenus, est d'autant moins opportun que l'objectif conventionnel chiffré n'a pas été recalé en parallèle.

Recommandation n°87 : Ne modifier aucun indicateur de résultat en cours de période conventionnelle

[1188] Les cibles choisies pour les indicateurs de résultat, en particulier celle de l'indicateur FP 8 111, l'ont été de façon parfois trop volontariste ou au contraire trop souple :

- partant d'un taux de restes à recouvrer de l'exercice en cours hors taxations d'office (FP 8111) de 11,36 % en 2011, il n'était pas réaliste dans le contexte de crise de l'ISU qui prévalait au moment de la conclusion de la COG de viser un taux de 5,5 % en 2015. Cela a conduit à démotiver les caisses régionales – ainsi que les URSSAF - qui ont eu également des objectifs irréalistes dans leurs CPG ;
- *a contrario*, la cible choisie pour le taux de restes à recouvrer des professions libérales a été trop souple.

2.2.2 Des problèmes d'articulation

[1189] Plusieurs problèmes d'articulation se posent entre les indicateurs et les cibles de la COG et les indicateurs et cibles suivis par le RSI et par l'ACOSS.

[1190] Hormis l'exclusion du taux de restes à recouvrer des professions libérales, qui est du ressort des organismes conventionnés, il n'y a pas de logique évidente entre les indicateurs conventionnels d'une part, et les indicateurs inclus dans les CPG et dans le tableau de bord du programme ISU d'autre part.

Tableau 10 : Indicateurs « recouvrement » de la COG, des CPG et du tableau de bord du programme ISU

	COG	CPG	Tableau de bord ISU
Taux de restes à recouvrer ISU hors TO	Oui (résultat)	Oui	Oui
Taux de restes à recouvrer ISU yc TO	Oui (pilotage)	Oui	Non
Taux de restes à recouvrer PL yc TO	Oui (résultat)	Non	Non
Taux de restes à recouvrer des exercices antérieurs ISU	Oui (pilotage)	Oui	Non
Taux d'efficacité de la démarche amiable ISU	Oui (pilotage)	Oui	Oui
Taux de taxation d'office des cotisants (en nombre)	Oui (pilotage)	Non	Non
Taux de dématérialisation des paiements ISU (en nombre)	Oui (pilotage)	Oui	Non
Taux de sécurisation des créances risquant prescription	Non	Non	Oui
Taux de sécurisation des mises en demeure	Non	Non	Oui
Taux de sécurisation des contraintes	Non	Non	Oui
Taux de contraintes examinées	Non	Non	Oui
Taux de contraintes bloquées	Non	Non	Oui

Source : RSI, ACOSS

[1191] Il n'y a pas davantage de cohérence avec les indicateurs de la COG de l'ACOSS 2014-2017. Celle-ci retient seulement comme indicateur de résultat le taux de dématérialisation des paiements des TI en nombre de comptes, avec une cible de 80 % en 2017, et prévoit de construire un indicateur de suivi du taux de couverture (contrôle) du fichier des travailleurs indépendants.

2.3 Un bilan en demi-teinte des objectifs conventionnels

2.3.1 Un objectif de résultat ISU non atteint

[1192] Le seul objectif de résultat concernant l'ISU n'a pas été atteint pour l'instant, sauf en 2013 mais au prix d'un changement de définition de l'indicateur (cf. *supra*). Et la tendance constatée en 2014 ainsi que la cible retenue pour 2015 indiquent que cet objectif ne sera pas davantage atteint au terme de la période conventionnelle. En revanche, l'objectif de résultat concernant les organismes conventionnés a, pour sa part, été atteint au cours des trois premières années de la COG et peut raisonnablement l'être en 2015 également compte tenu de son niveau.

Tableau 11 : Bilan de l'atteinte des objectifs conventionnels de résultat sur la période 2012-2014

		2012	2013	2014	2015	Bilan
Taux de RAR ISU hors TO	Objectif	10 %	8,5 %	7 %	5,5 %	
	Résultat	10,24 %	8,26 %	8,33 %	Nd	Non atteint
Taux de RAR PL	Objectif	6,8 %	6,3 %	5,8 %		
	Résultat	5,86 %	4,42 %	5,44 %	Nd	Atteint

Source : RSI

2.3.2 Des engagements conventionnels dont l'atteinte doit être relativisée

[1193] Le programme 8 de la COG du RSI comprend six engagements. La plupart d'entre eux ont été, selon le RSI lui-même, correctement mis en œuvre. Ce bilan positif tient, en réalité, largement à la façon vague dont les engagements ont été rédigés, sans cible concrète ni précise, et il convient donc de le relativiser.

Tableau 12 : Degré d'atteinte des engagements pris par le RSI dans le cadre du programme 8

Engagements	Auto-évaluation par le RSI	Evaluation par la mission
Travailler avec les URSSAF pour fiabiliser en amont les comptes des assurés et mettre en œuvre les plans d'action nationaux	Oui	Atteinte partielle
Fiabiliser l'exactitude de la créance et la situation du compte avant déclenchement de la démarche contentieuse	Oui	Atteinte partielle
Définir avant fin juin 2012 en vue d'une mise en œuvre au 2 nd semestre 2012 un processus de recouvrement amiable actif	Oui	Atteinte partielle
Maîtriser le passage au recouvrement forcé	Oui	Atteinte partielle
Admettre en non-valeur comptable les créances dès que les conditions réglementaires sont remplies	Oui	Atteinte partielle
Améliorer la collecte des revenus	Oui partiellement	Atteinte partielle

Source : RSI et mission

[1194] L'Etat a également pris des engagements, également trop vagues, qui n'ont été en outre que partiellement respectés selon un avis convergent du RSI et de la DSS.

Tableau 13 : Degré d'atteinte des engagements pris par l'Etat dans le cadre du programme 8

Engagements	Evaluation par la mission	Observations
Garantir la mise à disposition du RSI des données de revenus professionnels déclarés auprès des services fiscaux	Partielle	
Adapter le cadre réglementaire pour permettre une adaptation du montant individuel des taxations d'office en fonction de la situation propre des cotisants	Partielle	L'article R. 242-14 CSS a été modifié par le décret n° 2012-1550 du 28/12/2012 et une proposition de modification pour plus de lisibilité a été faite dans le cadre d'un projet de décret à paraître d'ici la fin de l'année.

Source : RSI et mission

3 LES PERFORMANCES DE L'ISU SONT ENCORE TROP DEGRADEES

[1195] La période conventionnelle 2012-2015 a été marquée par des progrès significatifs dans le domaine du recouvrement. Après un plateau en 2014, ces progrès sembleraient se confirmer en 2015 (au 31 juillet).

[1196] Si on peut parler, comme le fait le RSI, de « normalisation » des processus du recouvrement par contraste avec la période de crise aigue qui a duré plusieurs années après 2008, il serait abusif de soutenir que les performances de la fonction recouvrement sont revenues à un niveau normal et acceptable.

[1197] En effet, les restes à recouvrer et le stock des créances sont toujours très élevés, la dispersion entre caisses et par types de cotisants demeure très forte et l'efficacité du recouvrement amiable et forcé, bien que mal mesurée, semble insuffisante.

3.1 Un suivi encore insuffisant des performances de l'ISU

[1198] Au cours des investigations de la mission, le suivi des performances de l'ISU est apparu encore trop limité. Il devrait être renforcé.

[1199] On a vu au chapitre précédent le nombre plutôt restreint d'indicateurs de résultat et de suivi de l'ISU.

[1200] Depuis sa création, la direction de programme ISU a certes développé une activité très importante de pilotage et de suivi très fin, caisse par caisse et mois par mois, de la production de l'ISU²³⁸. Les données produites, qui sont nombreuses, le sont essentiellement dans une logique de maîtrise des risques et de pilotage de la production.

[1201] Les directions des statistiques de la caisse nationale du RSI et de l'ACOSS n'ont pas investi de façon prioritaire dans le suivi des performances de l'ISU ni dans les sujets relatifs aux cotisations et charges sociales des artisans et des commerçants.

²³⁸ Voir *infra* une description de cette direction au chapitre 5 consacré à l'organisation commune.

[1202] La direction des études, des équilibres et des placements (DEEP) du RSI assure à la fois le pilotage financier des régimes, ce qui représente la majeure partie de son activité, et la production des statistiques pour l'ensemble des branches, confiée au département des statistiques (SARDE). La DEEP a, de son propre aveu, peu de données sur l'ISU et a moins investi le champ des cotisations que les autres domaines. Elle a un peu renforcé ses moyens depuis un an sur ce sujet et dispose désormais de 1,5 ETP environ pour les études sur les cotisations, ce qui ne paraît pas encore suffisant et à la mesure du niveau des restes à recouvrer. Ce faible investissement tient aussi au fait, selon son directeur, que la plupart des informations intéressantes émanent du système d'information de l'ACOSS (SNV2).

Recommandation n°88 : Doubler les moyens d'études de la DEEP affectés aux cotisations et à l'ISU (en ETP)

[1203] La direction de la statistique, des études et de la prévision (DISEP) de l'ACOSS dispose de moyens plus importants que la DEEP. Elle produit notamment le tableau de bord ISU chaque mois ainsi que des données fouillées chaque année sur les restes à recouvrer des travailleurs indépendants ISU et hors ISU. Elle a également produit, d'elle-même ou à la demande de la Cour des Comptes ou d'autres institutions, plusieurs études très intéressantes notamment sur le stock des créances ou le lien entre conjoncture et recettes dont les conclusions ont servi à la rédaction du présent rapport.

[1204] Cela dit, l'ISU ne figure pas parmi les priorités clés de la DISEP et celle-ci, de l'aveu de son directeur, n'y alloue pas énormément de moyens. Il conviendrait de faire évoluer cette situation au regard des difficultés rencontrées par l'ISU.

Recommandation n°89 : Intégrer davantage dans le programme de travail prioritaire de la DISEP les travaux sur le champ ISU, et plus généralement les travailleurs indépendants

[1205] Les deux directions, DEEP et DISEP, dont les moyens sont inégaux, ne semblent pas travailler étroitement entre elles. Une plus grande coopération serait pourtant utile et souhaitable sur le sujet de l'ISU.

Recommandation n°90 : Renforcer la coopération entre DEEP et DISEP autour de programmes d'études et de recherches concrets centrés sur la connaissance des cotisants et des performances du recouvrement

[1206] La direction de la sécurité sociale produit depuis une dizaine d'années un rapport annuel sur la performance du service public de la sécurité sociale, issu des travaux d'un groupe de travail « benchmarking », qui réunit plus de vingt organismes de protection sociale. Dans le dernier rapport disponible à la date de la rédaction de cette annexe (2013), cinq indicateurs du recouvrement concernant le RSI (et pas l'ISU stricto sensu) étaient disponibles et offraient des points de comparaison :

- le taux de restes à recouvrer y compris TO : indicateur qui n'est pas un indicateur de résultat pour l'ISU ;
- le taux de recouvrement spontané en montant : indicateur qui n'est pas suivi du tout par le RSI et pas prévu dans la COG ;
- le taux d'accords de délai : même remarque ;
- le taux de dématérialisation des paiements ;
- le taux de taxation d'office en montant.

[1207] Il serait utile d'étendre le nombre d'indicateurs du benchmark concernant le RSI et l'ISU. De même, une meilleure articulation entre les indicateurs COG et les indicateurs du benchmark serait logique.

[1208] La mission s'est enfin efforcée, sans succès, d'obtenir des données sur les performances comparées de la DGFIP et de l'ISU. Elle a également pris l'attache de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique), de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS) et de la Commission Européenne, ainsi que de plusieurs experts internationaux ayant écrit sur les questions de recouvrement social, afin d'obtenir des données de comparaison internationale. Il semble que rien de tel ne soit disponible, ce qui est regrettable.

Recommandation n°91: Développer les analyses de benchmark national et international sur les cotisations des travailleurs indépendants non agricoles dans le cadre de partenariats structurés

3.2 Une croissance différenciée des cotisations liquidées et des encaissements

[1209] Les cotisations liquidées et les encaissements ont crû depuis le début de la période de la COG. Les cotisations liquidées France entière ont atteint 17,4 Mds€ en 2014 contre 16,3 Mds€ en 2011 et les encaissements sont passés de 13,2 Mds€ en 2011 à 14,7 Mds€ en 2014.

[1210] Les émissions de cotisations ont progressé de 4,6 % en trois ans. La progression a été plus rapide chez les commerçants que chez les artisans. Le montant des cotisations liquidées chez les artisans a même diminué entre 2012 et 2014. C'est dû à la baisse de 53 700 du nombre d'artisans ayant des cotisations supérieures à 0 au titre de l'année et également à la diminution de la part des TO dans les cotisations dues, qui est passée de 8,2 % à 6,6 %.

[1211] Le montant des cotisations liquidées a plafonné chez les commerçants. Ce sont les cotisations liquidées des autoentrepreneurs qui ont tiré la croissance globale.

[1212] Les sommes encaissées par l'ISU ont progressé, pour leur part, de 11,5 % depuis 2011. Ce sont les sommes encaissées auprès des commerçants qui ont largement tiré cette croissance.

[1213] Les encaissements spontanés ont progressé trois fois plus rapidement que les cotisations liquidées, ce qui est un signe positif.

Tableau 14 : Cotisations liquidées, encaissements et encaissements spontanés sur le champ ISU entre 2011 et 2014

France entière, y compris procédures collectives – en M€	2011	2012	2013	2014	Evolution 2014-2011
Cotisations liquidées	16 656	17 135	17 390	17 419	+ 4,6 %
Hors période 66	15 382	16 504	16 505	16 816	+ 9,3 %
Dont artisans	7 270	7 489	7 355	7 376	+1,4 %
Dont commerçants	8 013	8 440	8 392	8 569	+6,9 %
Dont autoentrepreneurs	96	498	758	872	
Encaissements	13 180	13 733	14 334	14 691	+ 11,5 %
Hors période 66	12 547	13 543	14 056	14 433	+ 15 %
Dont artisans	6 096	6 225	6 276	6 314	+ 3,5 %
Dont commerçants	6 409	6 757	7 042	7 270	+ 13,4 %
Dont autoentrepreneurs	39	561	738	849	
Encaissements spontanés		12 179	12 668	13 048	Nd
Hors période 66	11 334	12 043	12 470	12 861	+ 13,5 %

Source : ACOSS/DEEP

[1214] Sur un plan sectoriel, 80 % des cotisations liquidées le sont dans cinq secteurs : le commerce, l'hébergement et la restauration (32,36 %), la construction (23,8 %), les « autres activités de services » (13,9 %), les activités scientifiques et techniques, soutien et services administratifs (5,9 %) et les activités immobilières (5,22 %). Par comparaison aux TPE de moins de cinq salariés, il existe une sur-représentation des cotisants ISU qui est très forte dans le secteur de la construction, et dans une moindre mesure dans les secteurs du commerce, hébergement et restauration.

3.3 Des restes à recouvrer et un stock des créances anormalement élevés

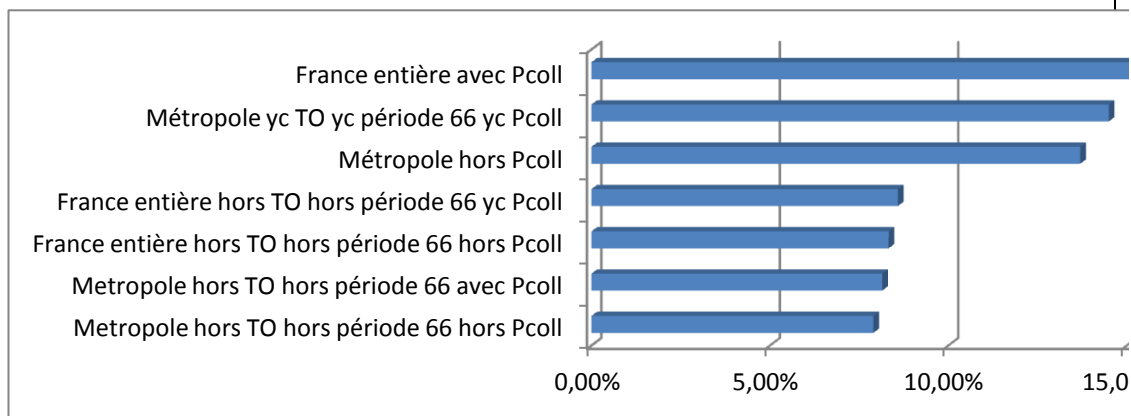
Encadré - Les différents concepts de restes à recouvrer

L'interprétation des performances absolues et relatives de l'ISU est compliquée par la multiplicité des taux de restes à recouvrer existants en fonction du champ géographique, de la nature des cotisants à l'ISU et du champ des cotisations considérées (y compris taxation d'office, procédures collectives et régularisations post-radiation ou non).

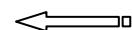
Le graphique ci-dessous en donne une rapide illustration, en montrant la gradation des taux de restes à recouvrer de l'exercice 2014 à fin mars 2015 selon la prise en compte du champ Métropole ou France entière et selon la prise en compte ou non des procédures collectives, des taxations d'office et de la période dite 66. Les résultats s'étalent ainsi de 7,90 % à 15,66 %, soit du simple au double.

La majeure partie de la différence tient à l'intégration ou non des taxations d'office, qui détériorent les performances du régime de plus de 6 points. L'intégration des mauvais résultats des DOM détériore pour sa part de 0,4 point à 1,2 point environ les performances de l'ISU ; l'intégration des procédures collectives y contribue pour environ 0,3 points, et les régularisations post-radiations (période 66) du même ordre (0,3 point).

Le taux qui correspond à la définition – restrictive – de restes à recouvrer retenue par la COG du RSI (France entière, hors procédures collectives, hors taxation d'office et hors période 66) au titre de son objectif principal de résultat apparaît en face de la flèche ci-dessous.



Source : Tableau de bord ISU

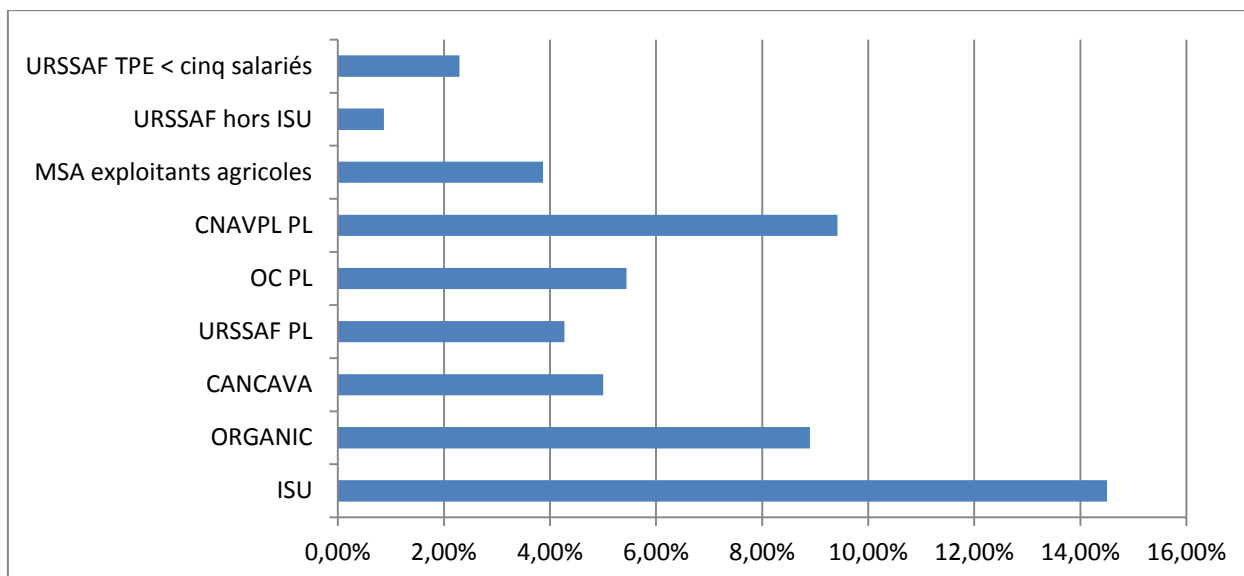


3.3.1 Un manque à gagner important dû au niveau toujours très élevé de restes à recouvrer

- [1215] Il est délicat, au regard de la stricte rigueur méthodologique, de comparer des taux de restes à recouvrer entre différents collecteurs une année donnée. En effet, les méthodes pour retracer les émissions peuvent être différentes (brutes ou nettes des exonérations par exemple), la fréquence des admissions en non-valeur également et les différences dans le calendrier d'appel des cotisations peuvent avoir un impact significatif. Il existe aussi des différences de champ qui ne sont pas toujours explicites dans les chiffres publiés ou communiqués.
- [1216] Toutefois, l'ordre de grandeur des écarts de taux de restes à recouvrer en défaveur de l'ISU est tel que l'on peut, sans crainte de se tromper, déplorer l'existence d'un sérieux et durable problème.
- [1217] Cet écart est massif tant au regard des taux qui prévalaient dans les caisses de travailleurs non salariés (CANAM, ORGANIC et CANCAVA) avant la création du RSI et de l'ISU, qu'au regard des performances actuelles des autres collecteurs de cotisations des travailleurs indépendants non-agricoles (URSSAF, OC et CNAVPL), ou de la MSA pour ce qui concerne la collecte des cotisations dues par les exploitants agricoles.
- [1218] Ainsi, sur le champ ISU, y compris procédures collectives, par rapport à un taux de référence de 14,5 % de restes à recouvrer en 2014 (métropole), les écarts apparents des performances, sous réserve de différences de méthodes et de champs, sont compris entre 5,1 et 13,5 points :
- Entre cinq et dix points avec les performances des collecteurs des cotisations des professions libérales (URSSAF, OC et CNAVPL) ;
 - Plus de dix points avec les performances de la MSA en matière de collecte des cotisations des exploitants agricoles ;
 - Plus de 13,5 points avec les performances des URSSAF tous cotisants hors ISU et plus de douze points concernant les TPE de moins de cinq salariés²³⁹.
- [1219] Si l'on essaie de comparer les performances de l'ISU avec celles antérieures à la création de l'ISU, l'écart est de l'ordre de 5 à 9,5 points.

²³⁹ On ne dispose des chiffres de restes à recouvrer que hors TO s'agissant de ces cotisants là. L'écart est donc plutôt de l'ordre de 6,2 points en réalité (ISU avec Pcoll : 8,48%).

Graphique 5 : Comparaison entre collecteurs des taux de restes à recouvrer en métropole (2014, y compris TO et y compris procédures collectives)



Source : RSI, ACOSS, MSA, CNAVPL

[1220] Dans l'hypothèse d'un taux de restes à recouvrer qui serait de l'ordre de 5 % (métropole, y compris TO et période 66, avec procédures collectives), et qui correspondrait à peu près aux performances moyennes des autres collecteurs des travailleurs indépendants non-agricoles, l'ISU aurait collecté 1,6 Mds€ de plus en 2014. C'est un ordre de grandeur du manque à gagner annuel qui découle des performances structurellement dégradées de l'ISU.

3.3.2 Un stock de créances très élevé et qui poursuit sa progression

[1221] Le stock des créances ISU s'élevait à la fin de l'année 2014 à 11,1 Mds€, hors « reprises santé » correspondant aux créances nées avant 2008 au titre du risque maladie qui sont d'un montant de 0,7 Mds€, et hors créances AF et CSG pour un montant de 0,8 Mds€.

[1222] Cela représente plus de 80 % du total des créances sur tous les travailleurs indépendants, qui s'élevaient fin 2014 à 13,8 Mds€, et qui intégraient également 2,0 Mds€ de créances au titre des professions libérales (tous exercices).

[1223] Surtout, le stock des créances ISU représente également trois trimestres d'encaissements de cotisations par l'ISU et plus de 40 % du stock total de créances de l'ACOSS.

Tableau 15 : Stock des créances des travailleurs indépendants de 2007 à 2014

Stock des créances des TI								
<i>en Milliards d'euros</i>	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble des TI (1)=(2)+(8)	2,7	5,4	8,7	11,6	12,7	14,1	13,6	13,8
nées après 2008 (2)=(3)+(6)+(7)		2,5	6,2	9,4	10,7	12,3	12,0	12,3
TI ISU (Artisans Commerçants) (3)=(4)+(5)		2,1	5,5	8,6	9,8	11,3	10,9	11,1
<i>dont risques Maladie-Vieillesse (4)</i>		1,3	3,1	4,8	5,8	6,6	6,5	6,7
<i>dont risques AF-CSG-CRDS-CFP (5)</i>		0,9	2,5	3,8	4,0	4,7	4,4	4,4
Professions Libérales (6)		0,2	0,6	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2
Indéterminé (7)		0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
nées avant 2008 (8)=(9)+(10)	2,7	2,9	2,5	2,2	2,0	1,9	1,6	1,5
reprises santé (9)	0,0	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7
AF-CSG* (10)=(11)+(12)+(13)	2,7	2,0	1,7	1,3	1,2	1,1	0,9	0,8
<i>dont Artisans Commerçants (11)</i>	0,8	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2
<i>dont Professions Libérales (12)</i>	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
<i>dont Indéterminé (13)</i>	1,5	1,2	1,0	0,8	0,7	0,7	0,6	0,5
TI ISU nées après 2008 + reprises santé (14)=(3)+(9)		3,1	6,4	9,5	10,6	12,1	11,6	11,8
<i>dont risques Maladie-Vieillesse</i>		2,2	3,9	5,7	6,6	7,4	7,2	7,4
Total TI ISU, y.c reprises santé (15)=(14)+(11)		3,6	6,9	9,8	10,9	12,4	11,8	12,0

Le groupe professionnel n'est pas toujours connu pour les créances nées avant ISU. Fin 2014, 95% du stock de créances dont le groupe professionnel n'est pas déterminée est relatif à des périodes antérieures à 2008. A noter que les créances dont le groupe professionnel n'est pas déterminé représente 24% du stock global des créances des TI fin 2008 et 4% fin 2014.

Source : ACOSS-DISEP

3.3.3 Un niveau extrêmement élevé de taxations d'office

[1224] Par défaut de déclaration de leurs revenus, un grand nombre d'artisans et de commerçants voit leurs cotisations calculées sur la base d'une taxation d'office (TO). La taxation d'office est une méthode définie par la loi de fixation à titre provisionnel du montant des cotisations, en fonction des versements effectués au titre des exercices antérieurs ou, à défaut, par tous autres moyens, lorsqu'une déclaration n'a pas été produite dans les délais prescrits.

Encadré – article R242-14 du code de la sécurité sociale sur la taxation d'office

I.-Lorsque le travailleur indépendant n'a pas souscrit la déclaration de revenu d'activité mentionnée à l'article R. 115-5, les cotisations sociales provisionnelles et définitives prévues à l'article L. 131-6-2 sont calculées provisoirement sur la base la plus élevée parmi :

- La moyenne des deux derniers revenus déclarés ou, en cas de début d'activité, le seul revenu déclaré ou celui ayant servi de base au calcul des cotisations l'année précédente ;*
- Les revenus d'activité déclarés à l'administration fiscale, lorsque l'organisme de sécurité sociale en dispose, augmentés de 30 % ;*
- 50 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle est notifiée la taxation.*

L'assiette retenue est majorée de 25 % dès la première année et pour chaque année consécutive non déclarée.

Les revenus retenus pour l'application du présent article sont considérés comme des revenus nuls lorsqu'ils sont déficitaires.

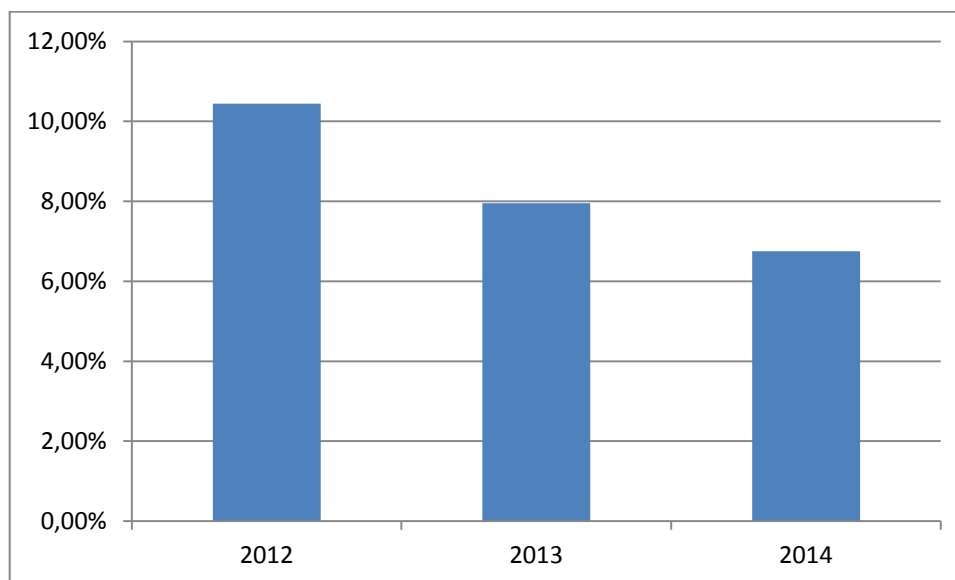
II.-Pour le calcul des cotisations sociales recouvrées par les organismes mentionnés aux articles [L. 642-1](#) et [L. 723-1](#), la base retenue en application du I peut être calculée sur une base supérieure à celles obtenue dans les conditions du a, b ou c dans la limite des plafonds applicables pour le calcul des cotisations dues à ces organismes.

III.-Les contributions sociales provisionnelles et définitives sont calculées sur la base retenue pour le calcul des cotisations majorée de celles-ci.

[1225] Le très haut niveau de taxations d'office dans le champ ISU est une particularité et une faille du dispositif.

[1226] Certes, la proportion de comptes en taxation d'office sur les trois derniers exercices par rapport aux comptes mouvementés une année donnée a, selon l'ACOSS, diminué de quelques points entre 2012 et 2014. C'est certainement une conséquence des plans « taxation d'office » successifs.

Graphique 6 : Proportion de comptes en taxation d'office par rapport au nombre de comptes mouvementés



Source : ACOSS

[1227] Pour autant, en raison d'une hausse du montant moyen des cotisations en taxation d'office, du fait du mécanisme de leur calcul, la part des taxations d'office dans les restes à recouvrer totaux est restée à un niveau très élevé de 50 %. C'est un niveau sans commune mesure avec les taux qui prévalent à la DGFIP (de l'ordre de 1 %) ou au régime général. Cette proportion est tout particulièrement élevée s'agissant des restes à recouvrer sur les régularisations post-radiations (période 66).

Tableau 16 : Part des taxations d'office dans les restes à recouvrer totaux entre 2010 et 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Part des TO dans les RAR totaux - hors période 66	58 %	45 %	46 %	42 %	42 %
Part des TO dans les RAR totaux - période 66	80 %	80 %	81 %	81 %	80 %
Part des TO dans les RAR totaux	60 %	50 %	51 %	49 %	49 %

Source : Matrice ACOSS/DISEP – Traitements RSI/DEEP. Le tableau de bord ISU fournit des chiffres légèrement différents mais du même ordre de grandeur.

[1228] Les taxations d'office, y compris pluriannuelles, détériorent fortement les performances du régime, de l'ordre de 5,5 à 6,7 points par rapport aux restes à recouvrer hors taxation d'office selon l'indicateur de restes à recouvrer choisi.

Tableau 17 : Comparaison des taux de restes à recouvrer France entière en 2014, avec et hors taxation d'office

TRAR exercice 2014 (à fin mars 2015)	Différence avec/hors taxation d'office	Avec taxation d'office	Hors taxation d'office
Total champ ISU yc procédures collectives	6,76 pts	15,66 %	8,90 %
Idem y compris procédures collectives hors période 66	5,58 pts	14,17 %	8,59 %
Idem hors procédures collectives hors période 66	5,38 pts	13,71 %	8,33 %

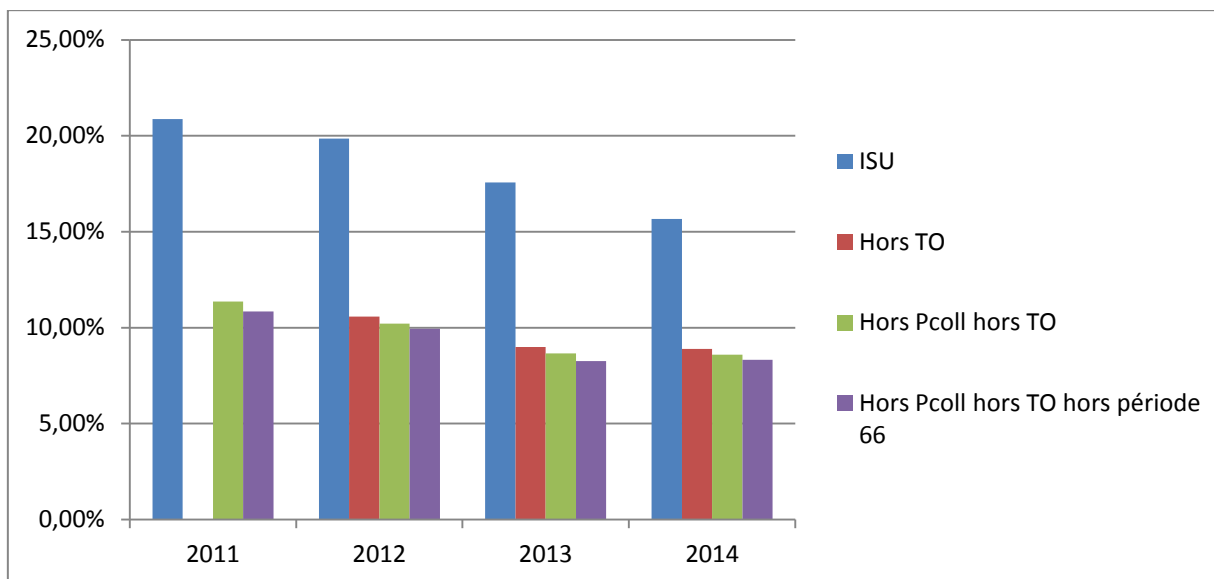
Source : Tableau de bord ISU

3.3.4 Des progrès réguliers mais qui semblent ralentir

[1229] Il est indéniable que les performances de l'ISU, mesurées en termes de taux d'encaissement spontané et de taux de restes à recouvrer, se sont améliorées depuis 2011.

[1230] Le graphique suivant en témoigne qui retrace différentes estimations des taux de restes à recouvrer en France entière. Ces taux sont en baisse : de l'ordre de 5 points pour le champ le plus large (de 20,87 % à 15,66 % environ) et de l'ordre de 2,5 points pour le champ le plus étroit (de 10,8 % à 8,33 %).

Graphique 7 : Evolution des taux de restes à recouvrer entre les exercices 2011 et 2014 – France entière

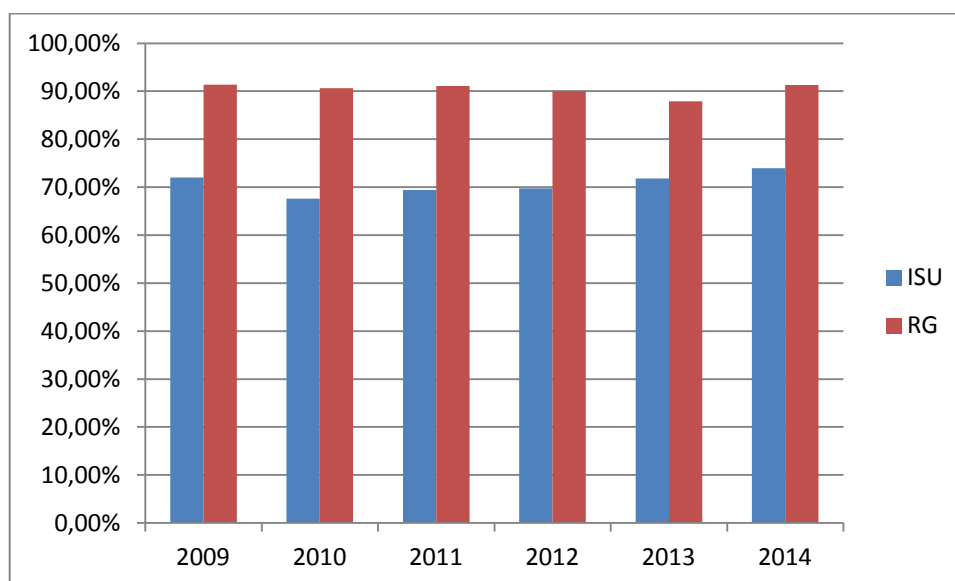


Source : ACOSS

[1231] L'ACOSS note au demeurant dans sa note annuelle sur l'analyse des restes à recouvrer à fin décembre 2014 que la poursuite de la baisse du taux de restes à recouvrer en 2014 a contribué à la baisse du taux d'impayés des URSSAF en métropole : « la baisse du taux d'impayés des cotisants relevant de l'ISU vient plus que compenser la hausse de taux observée pour les professions libérales à échéance trimestrielle, la catégorie « autres » et le secteur public ».

[1232] Le taux d'encaissement spontané est, pour sa part, en légère hausse depuis 2012, de 4 points environ. Il demeure néanmoins largement inférieur au niveau atteint au régime général (plus de 90 %) et a retrouvé son niveau de 2009 environ.

Graphique 8 : Evolution du taux d'encaissement spontané ISU et RG entre 2009 et 2014



Source : ACOSS

[1233] La dynamique de progrès entamée en début de période conventionnelle semble ralentir un peu toutefois. Ainsi, on constate notamment sur l'exercice 2014 une remontée, mineure certes, du taux de restes à recouvrer hors procédures collectives, hors taxation d'office et hors période 66, qui est l'indicateur de résultat retenu par la COG.

Tableau 18 : Evolution annuelle des taux de restes à recouvrer entre 2011 et 2014 et entre juillet 2014 et juillet 2015 (en points)

Evolution des taux de restes à recouvrer France entière	2012/2011	2013/2012	2014/2013	Juil. 2015/Juil 2014
Y compris procédures collectives, TO et période 66	-1,02	-1,28	-1,91	-0,52
Hors procédures collectives hors TO	-1,14	-1,56	-0,60	-0,56
Hors procédures collectives, TO et période 66	-0,89	-1,69	+0,07	-0,53

Source : ACOSS

[1234] De même, si la progression du stock de créances ISU a semblé inverser son sens en 2013, avec une baisse de 400 M€ environ cette année-là, elle a repris à la hausse en 2014²⁴⁰.

Tableau 19 : Stock de créances ISU au 31/12, y compris « reprises santé » (en M€)

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stock au 31/12	créances	3 091	6 406	9 456	10 596	12 091	11 604	11 809

Source : ACOSS

3.4 Une très forte dispersion des restes à recouvrer entre régions et entre cotisants

3.4.1 Une très forte dispersion inter-régionale

[1235] Les performances de l'ISU ne sont pas homogènes du tout sur le territoire. Si onze caisses ont respecté les objectifs de la COG en termes de restes à recouvrer (hors TO), les écarts de taux de restes à recouvrer entre caisses les plus performantes et les moins performantes (en métropole) sont considérables : ils atteignent entre onze et douze points sur la période 2012-2014 y compris taxation d'office, et entre sept et neuf points hors taxation d'office, avec une légère tendance à la réduction dû notamment à un effet de rattrapage des moins performantes.

²⁴⁰ La caisse nationale du RSI souligne que la progression du taux de restes à recouvrer semble reprendre en 2015. Ainsi, selon les derniers chiffres disponibles à la date de rédaction du rapport (juillet 2015), on constate une baisse du taux de restes à recouvrer de l'ordre d'un demi-point par rapport à juillet 2014. Ces résultats doivent néanmoins être interprétés avec prudence en raison de la mise en œuvre de la nouvelle procédure d'appel des cotisations dite « 3 en 1 » qui rend la comparaison d'une année sur l'autre délicate.

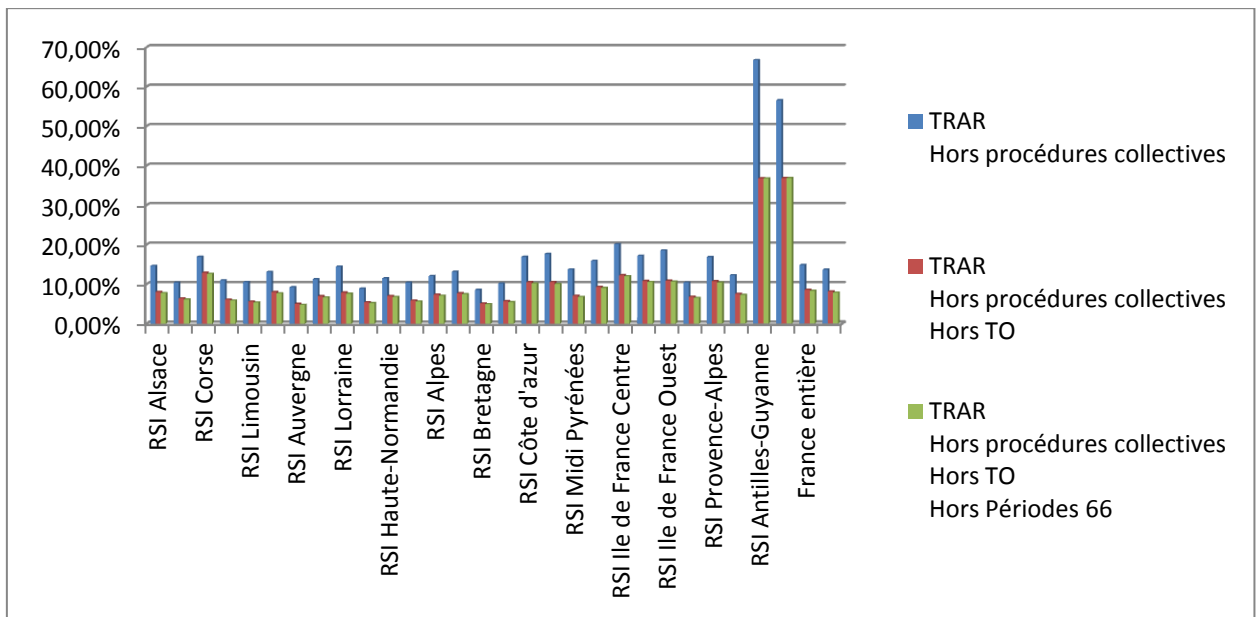
Tableau 20 : Indicateurs conventionnels de restes à recouvrer par caisse – 2012-2014

	Taux de RAR de l'exercice en cours y compris TO (ISU) (FP8 101)			Taux de RAR de l'exercice en cours hors TO hors période 66 (ISU) (FP8 111)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Alpes	14,64 %	12,77 %	12,08 %	8,55 %	6,62 %	7,09 %
Alsace	17,28 %	15,87 %	14,65 %	9,58 %	7,69 %	7,78 %
Antilles Guyane	82,40 %	74,27 %	66,74 %	42,81 %	37,52 %	36,80 %
Aquitaine	15,51 %	13,87 %	13,17 %	9,28 %	7,39 %	7,49 %
Auvergne	11,36 %	10,46 %	9,25 %	6,02 %	4,85 %	4,78 %
Basse Normandie	11,69 %	10,60 %	8,88 %	7,63 %	5,88 %	5,24 %
Bourgogne	12,01 %	11,52 %	11,27 %	7,82 %	6,32 %	6,68 %
Bretagne	10,52 %	9,92 %	8,58 %	6,33 %	5,08 %	4,95 %
Centre	12,06 %	11,79 %	10,20 %	7,26 %	5,98 %	5,46 %
Champagne-Ardenne	12,27 %	11,14 %	10,43 %	7,89 %	6,35 %	6,15 %
Corse	21,89 %	18,63 %	16,95 %	15,64 %	12,49 %	12,64 %
Côte d'Azur	18,91 %	16,97 %	16,94 %	12,00 %	9,79 %	10,19 %
Franche-Comté	13,87 %	12,94 %	11,00 %	7,40 %	6,00 %	5,87 %
Haute Normandie	15,23 %	12,90 %	11,52 %	9,15 %	6,67 %	6,78 %
IDF Centre	24,76 %	21,11 %	20,14 %	15,05 %	11,82 %	12,03 %
IDF Est	21,64 %	18,70 %	17,21 %	12,28 %	10,47 %	10,55 %
IDF Ouest	22,41 %	19,74 %	18,56 %	13,15 %	10,74 %	10,65 %
Languedoc-Roussillon	22,89 %	18,72 %	17,66 %	13,18 %	9,95 %	10,08 %
Limousin	12,70 %	12,45 %	10,55 %	6,94 %	5,67 %	5,37 %
Lorraine	20,36 %	16,97 %	14,46 %	10,26 %	8,17 %	7,61 %
Midi-Pyrénées	17,20 %	16,10 %	13,75 %	9,12 %	7,34 %	6,78 %
Nord Pas-de-Calais	19,65 %	17,55 %	15,94 %	10,42 %	8,55 %	9,07 %
Pays de la Loire	13,26 %	11,31 %	10,45 %	7,98 %	6,26 %	6,53 %
Picardie	15,39 %	14,92 %	13,12 %	10,18 %	7,89 %	7,69 %
Poitou Charentes	12,07 %	11,98 %	10,42 %	7,45 %	6,20 %	5,62 %
Provence-Alpes	20,56 %	17,69 %	16,89 %	12,45 %	9,95 %	10,42 %
Réunion	67,70 %	59,57 %	56,59 %	32,95 %	33,82 %	36,89 %
Rhône	15,18 %	13,69 %	12,29 %	9,05 %	6,95 %	7,30 %
Total Caisses RSI	18,89 %	16,43 %	14,85 %	10,24 %	8,26 %	8,33 %

Source : RSI. Légende : En rose : le taux de RAR le moins bon en métropole (hors Corse) ; en bleu : le taux de RAR correspondant au premier quintile (le meilleur) des caisses ; en vert : le meilleur taux de RAR.

[1236] Le graphique suivant permet de représenter les différences de taux de restes à recouvrer selon plusieurs périmètres.

Graphique 9 : Ecarts de taux de restes à recouvrer entre caisses régionales selon la définition



Source : ACOSS/DISEP

[1237] Certaines situations régionales sont totalement sinistrées. C'est le cas en particulier des caisses des DOM (Antilles Guyane et Réunion). En 2014, le taux de restes à recouvrer y dépasse largement 50 % y compris taxation d'office et 35 % hors taxation d'office. 37 % des comptes mouvementés sont en taxation d'office et la part des taxations d'office dans les restes à recouvrer atteint jusqu'à 72 % en Antilles-Guyane. Des progrès ont certes été réalisés depuis 2012. Mais des mesures d'urgence et un plan de remise en ordre structurel, incluant sans doute des adaptations réglementaires significatives et peut-être une fusion avec les CGSS, s'imposent dans ces deux régions dans le cadre de la future convention d'objectifs et de gestion.

Recommandation n°92 : Prévoir des mesures d'urgence et un plan de remise en ordre structurel dans les caisses Antilles-Guyane et Réunion

[1238] La situation qui prévaut dans la caisse Ile de France Centre et dans la caisse de Corse est également très préoccupante, ainsi que dans les caisses de Provence-Alpes et de Côte d'Azur. La caisse Ile de France Centre a des taux de restes à recouvrer hors taxation d'office et hors période 66 50 % supérieurs à ceux de la moyenne des caisses RSI et plus de deux fois moins bons que ceux de la caisse la plus performante (Bretagne y compris TO, et Poitou-Charentes hors TO). Elle a néanmoins fait quelques progrès relatifs entre 2012 et 2014. La caisse de Corse se situe en-dessous même des performances de la caisse Ile de France Centre s'agissant du taux de restes à recouvrer hors taxation d'office. Un problème de taille critique se pose certainement dans son cas. Les caisses de Provence-Alpes et de Côte d'Azur suivent de près dans le bas du classement des caisses régionales.

Recommandation n°93 : Mettre en œuvre un plan de redressement des caisses de Corse, d'Ile de France Centre, de Provinces-Alpes et de Côte d'Azur

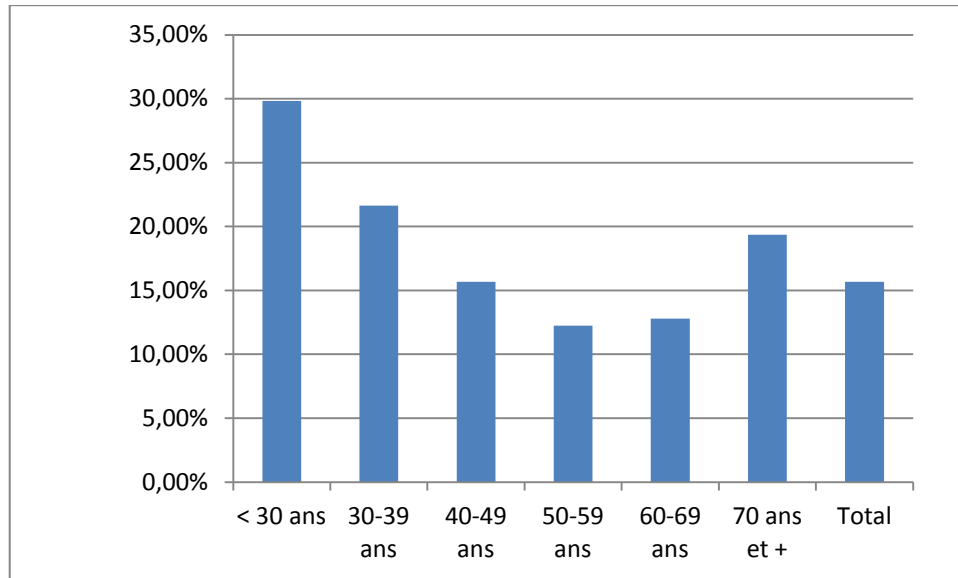
- [1239] La dispersion des performances entre les caisses, et surtout de leur évolution au cours des années sous revue, n'a pas d'explications exogènes totalement limpides²⁴¹. Le taux de rotation du fichier des cotisants n'est pas très différent et n'a pas fondamentalement évolué sur la période, comme on l'a vu. La caisse nationale du RSI ne dispose pas d'évolutions des revenus des cotisants sur la période au niveau de la région mais il semblerait qu'elles n'ont pas été très significatives.
- [1240] Les autres facteurs de dispersion des performances, qui demeure importante, certainement endogènes (qualité de l'organisation, qualité du management, formation du personnel...), ne peuvent pas être strictement quantifiés. Il serait pourtant intéressant et important pour l'amélioration des performances de l'ISU de les comprendre davantage.

3.4.2 Une très forte dispersion par type de cotisants

- [1241] Les études visant à segmenter le portefeuille de cotisants sont inexistantes au sein du RSI et rares au sein de l'ACOSS. Les éléments dont on dispose permettent toutefois de constater une très forte dispersion des comportements des cotisants au regard de leurs obligations de payer leurs cotisations à l'ISU.
- [1242] Un premier clivage oppose les artisans et commerçants qui sont radiés ou suspendus aux autres, ce qui semble évident. Ainsi les 420 000 cotisants ayant des comptes radiés ou suspendus avaient, fin décembre 2014, un taux de restes à recouvrer de 44,4 % contre un taux de 13,3 % pour les cotisants actifs (et une moyenne de 15,66 % à cette date, y compris TO).
- [1243] Un second clivage distingue les cotisants qui emploient des salariés à ceux qui n'en emploient pas et sont isolés. 37 % des 1,8 M de comptes ISU actifs au 31 décembre 2014 étaient employeurs, soit directement en leur nom propre, soit en tant que gérant de société. Ces cotisants ont un taux d'impayés de 10,3 % alors que les cotisants ISU actifs non-employeurs ont un taux de restes à recouvrer qui est du double environ (20,04 %). En métropole, le taux de restes à recouvrer hors taxation et hors période 66 des artisans et commerçants actifs et employeurs est de 6,79 % (à rapprocher du taux de 8,33 % qui est l'objectif COG).
- [1244] Les artisans et commerçants qui emploient des salariés ont un compte au régime général à ce titre, géré par des personnels URSSAF différents de ceux qui gèrent leur compte ISU dans le cadre de l'organisation commune. Ils ont un comportement assez proche de ceux des TPE de moins de 5 salariés. Après correction des différences de structure des cotisations dues par secteur d'activité, il y a effectivement une très forte corrélation (0,93) entre les deux séries que sont les taux de restes à recouvrer des TPE de moins de 5 salariés et les taux de restes à recouvrer ISU employeurs.
- [1245] Le taux d'impayés est légèrement plus élevé chez les hommes (15,90 %) que chez les femmes (14,72 %) sans que ce soit un facteur discriminant important. Beaucoup plus pertinent est le lien avec l'âge : le taux d'impayés s'améliore notablement avec le vieillissement des cotisants, jusqu'à 70 ans tout au moins. Ce constat devrait orienter la stratégie conduite (cf. infra chapitre 6).

²⁴¹ Il est admis que la collecte des taxes et cotisations en région PACA ou Corse par exemple est beaucoup plus difficile que dans la région Aquitaine ou la région Alsace. La mission n'a pas eu connaissance d'analyses qui permettent de différencier ce qui relève des comportements des redevables face à l'obligation de payer, de ce qui relève de la structure du fichier et de la façon dont la collecte est organisée et mise en œuvre.

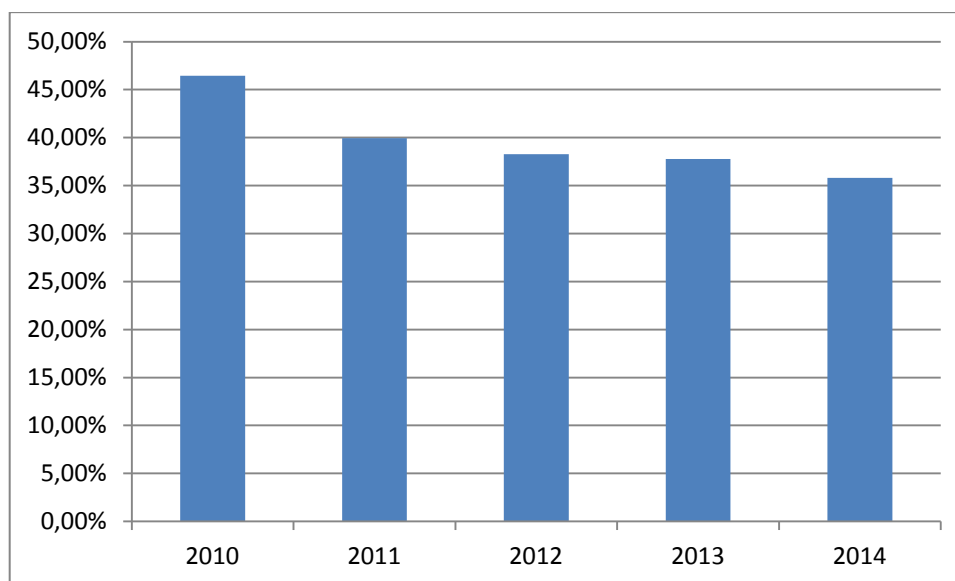
Graphique 10 : Taux de restes à recouvrer, y compris taxation d'office, selon l'âge des cotisants (France entière)



Source : ACOSS

- [1246] Un dernier clivage majeur différencie les cotisants ayant choisi le paiement mensuel à ceux qui ont choisi le paiement de leurs cotisations tous les trimestres. Les 800 000 environ cotisants mensuels à fin 2014, qui ne représentent qu'un gros tiers du total de cotisants, et 9,1 Mds€ de cotisations liquidées, sont de bien meilleurs payeurs que les 1 425 000 cotisants trimestriels, qui représentent 8,3 Mds€ de cotisations liquidées : leur taux de restes à recouvrer (hors procédures collectives et hors TO mais y compris période 66) était de 2,44 % seulement fin 2014, contre 16,47 % chez les cotisants trimestriels (pour une moyenne de 8,60 %).
- [1247] La part des cotisants mensuels a malheureusement continué à diminuer au cours de la période conventionnelle en raison de la perte de confiance générale dans le RSI, de la règle qui veut qu'un incident de paiement sur un prélèvement fait automatiquement basculer un cotisant sur le règlement trimestriel, des difficultés techniques persistantes du télépaiement et de l'inefficacité apparente des démarches de marketing et de communication notamment.

Graphique 11 : Part des cotisants mensuels dans l'ensemble des cotisants (France entière)



Source : ACOSS

[1248] Cette baisse importante du nombre de cotisants mensuels représente un effet de structure dont l'impact n'est pas négligeable, et qui explique largement le plateau rencontré en 2014, face auquel l'ISU devrait réagir de façon proactive.

[1249] Un dernier clivage oppose les gros débiteurs de la vaste majorité des débiteurs de sommes beaucoup plus modestes. La mission a fait réaliser l'analyse des 100 plus gros dossiers débiteurs par caisse régionale de l'ISU, soit un nombre total de 2 801 débiteurs. Le montant total des créances sur ces très gros débiteurs s'élève à 773 M€, soit 7 % de l'ensemble des créances ISU (11,7 Mds€). Le montant moyen de ces créances est de 276 000 €, contre 9 400 € pour les débiteurs ISU en général. Toutefois, le montant moyen des grosses créances varie beaucoup plus entre les régions : entre 150 000 € et 400 000 €. Et il y a environ 125 débiteurs dont la créance dépasse 500 000 €.

[1250] Il y a autant de commerçants que d'artisans gros débiteurs. La part des actifs est de 62 % et, parmi les radiés, 42 % le sont depuis moins de deux. 89 % des plus gros débiteurs concernent des taxations d'office, dont 73 % sur plus de deux ans. 81 % des plus gros débiteurs sont affiliés depuis plus de cinq ans.

Recommandation n°94 : Cibler spécifiquement les très gros débiteurs dans la stratégie de mise en recouvrement en adaptant les outils et la procédure mise en œuvre à cette catégorie de redevables

3.5 Une efficacité relative du recouvrement très peu mesurée

[1251] A la différence du régime général, l'ISU dispose de très peu d'indicateurs quantifiés pour juger de l'efficacité relative du recouvrement.

[1252] En particulier, comme cela a déjà été souligné, le taux de récupération des créances à 100 jours et le taux de récupération des créances à 300 jours font malheureusement défaut pour l'instant²⁴². Mais c'est également le cas des autres indicateurs clés qui sont repris dans le rapport sur le recouvrement amiable et forcé publié par l'ACOSS chaque année pour le régime général. On manque notamment d'indicateurs de l'intensité de l'amiable, de la part du téléphone dans l'amiable et de l'efficacité des mises en demeure ainsi que d'indicateurs sur l'efficacité des contraintes et des autres procédures du recouvrement forcé.

Recommandation n°95 : Elaborer et publier chaque année un rapport sur le recouvrement amiable et forcé intégrant des indicateurs adaptés de performance et de suivi

[1253] Depuis octobre 2012, des appels téléphoniques ont repris dans le cadre des relances amiables pour les cotisants mono-débiteurs. Et l'on dispose d'indicateurs pour l'année 2013 et l'année 2014.

[1254] L'indicateur disponible d'efficacité de la relance amiable affiche pour l'année 2014 un taux d'efficacité (à j+30) de 42 % en nombre et de 25 % pour les actions de relances téléphoniques et un montant de près de 70 M€ recouverts. Ce sont des chiffres en progression par rapport à l'année 2013²⁴³. C'est néanmoins une performance inférieure à celle affichée par le régime général qui est de l'ordre de 60 %, celui-ci ayant réalisé de gros progrès en ce domaine.

[1255] L'ISU suit également un autre indicateur d'efficacité relative, celui de la première relance après apparition de la créance, par un courrier envoyé à l'assuré pour lui signifier sa dette et lui en demander le paiement dans un délai de 14 jours. Ce taux d'efficacité était de 25 % en nombre en 2014 et de 20 % environ en montant. Le taux comparable au régime général est de l'ordre du double environ.

[1256] Il n'existe pas d'indicateur de l'efficacité relative du recouvrement forcé.

4 LES LIMITES PERSISTANTES DU SYSTEME D'INFORMATION FONT OBSTACLE A UNE NORMALISATION DU RECOUVREMENT

[1257] Les constats recueillis par la mission à Paris comme sur le terrain convergent pour souligner les dysfonctionnements importants et persistants du système d'information de l'ISU.

[1258] En l'absence d'une solution concrète dans ce domaine, qui semble pour l'instant malheureusement hors de portée, il n'est malheureusement pas vraisemblable de parvenir à une véritable normalisation des activités de recouvrement.

[1259] Le présent chapitre est fondé sur le recueil d'observations au cours de la mission, sans que des investigations techniques approfondies, qui sont nécessaires, n'aient pu être conduites.

4.1 L'arrêt de SCDP, un revirement qui a été considéré comme la moins mauvaise solution possible

[1260] Le système d'information du recouvrement repose sur trois blocs essentiels : le SNV2, qui est le système d'information du recouvrement de l'ACOSS et des URSSAF, et les applicatifs SCR et TAIGA qui sont issus des anciennes caisses des travailleurs indépendants.

[1261] Le projet de mise en œuvre d'un nouveau système d'information commun, dédié et partagé, appelé SCDP, était un objectif clé de la COG 2012-2015 et une attente forte des agents dédiés à l'ISU et de la direction de la sécurité sociale.

²⁴² Des travaux ont été menés par la DISEP il y a quelques années pour bâtir un TRC spécifique à l'ISU mais il n'y a malheureusement pas été donné suite.

²⁴³ Les chiffres fournis par le RSI varient entre 42 % et 30 % en 2014 pour des raisons qui n'ont pas été élucidées par la mission. On a retenu ici le chiffre de 42 %.

- [1262] « Afin de garantir une qualité de service attendue par les cotisants », la période conventionnelle 2012-2015 devait ainsi « permettre la construction, en partenariat avec l'ACOSS, d'un système commun, dédié et partagé de gestion informatisée de l'ISU, devant à partir de 2014 remplacer l'outil de gestion initialement utilisé ».
- [1263] Son report sine die, puis son enterrement, dans le courant de l'année 2013 a été un revirement important de la stratégie prévue en principe par la COG 2012-2015 pour normaliser le fonctionnement de l'ISU.
- [1264] Cette décision d'arrêt de SCDP, qui a cheminé entre ACOSS, RSI et DSS entre l'été 2012 et l'été 2013, a été néanmoins considéré comme la moins mauvaise solution possible. Les éléments à la base de la décision d'arrêt soulignés par le directeur de la sécurité sociale sont triples : les risques de défaillance dans le pilotage du projet, notamment son allotissement, la nécessité de poursuivre les améliorations opérationnelles de l'ISU sur l'organisation et les métiers, et le caractère relativement limité des dépenses « non réutilisables ».
- [1265] Les interlocuteurs de la mission ont notamment convenu que ni la conception du projet SCDP ni les prolégomènes de sa gestion n'avaient été réalisés « dans les règles de l'art ». Le contenu du cahier des charges a par exemple soulevé des questions, notamment dans son articulation imparfaite avec les fonctions métiers, et l'articulation entre le chef de projet et les services informatiques n'était manifestement pas bonne.
- [1266] Cette décision du RSI et de l'ACOSS, dont la DSS a « pris acte », appelle toutefois quelques observations.
- [1267] Tout d'abord, il s'agit d'un revirement de position à 180° par rapport aux objectifs et engagements conventionnels conclus environ un an auparavant. Cela démontre à tout le moins un manque de lucidité et d'anticipation du RSI et fait douter du sérieux des engagements pris, de manière générale, en matière de système d'information.
- [1268] Ensuite, les motivations exactes de l'arrêt du projet varient selon les interlocuteurs et les documents consultés par la mission, des plus théoriques aux plus pratiques, et sont plus ou moins convaincantes :
- impossibilité de mener de grands projets de refonte informatique (« big bang ») ? D'autres organisations performantes, dans le secteur public et le secteur privé, en France et à l'étranger, ont prouvé le contraire ;
 - retards dans le calendrier de mise en œuvre ? Il est clair que la mise en œuvre en 2016 était impossible mais on aurait pu recaler les échéances ;
 - impossibilité d'allotir ? Il n'y a pas eu de contre-expertise solide à l'analyse faite sur ce point par le cabinet Bearing Point ;
 - manque de moyens compétents au RSI pour la maîtrise d'ouvrage ? C'est une question de priorité et de moyens ;
 - impossibilité de mener de front organisation commune et SCDP ? SCDP était priorisé dans la COG et pas l'organisation commune ;
 - priorité donnée à la DSN par l'ACOSS ? Cet organisme, qui collecte plusieurs centaines de milliards d'euros par an, devrait pouvoir mener deux projets informatiques de front.
- [1269] L'arrêt effectif du projet SCDP, qui était soutenu par le nouveau directeur général du RSI depuis sa nomination, a coïncidé en réalité avec l'arrivée d'un nouveau directeur à l'ACOSS.
- [1270] En outre, la façon dont la décision a été formalisée et expliquée n'a pas été tout à fait satisfaisante. Il y a eu manifestement un manque d'explication claire et suffisante en temps et en heure aux membres du conseil d'administration, et à sa commission informatique notamment, de même qu'aux agents sur le terrain qui regrettent toujours, pour la grande majorité de ceux qu'a rencontrés la mission, cet arrêt.

[1271] Enfin, l'arrêt du projet SCDP n'a pas été l'occasion de la mise en œuvre d'une stratégie alternative de progrès rapides des applicatifs existants, de leur interopérabilité, de leur facilité d'usage pour les gestionnaires de comptes et de leur efficacité pour les cotisants.

4.2 Des problèmes multiples d'environnement et d'architecture du système d'information ainsi que d'applicatifs et de bases de données

[1272] Les problèmes auxquels le système d'information du recouvrement de l'ISU est confronté sont nombreux et anciens. Il n'était pas dans l'objet de la mission, déjà très vaste, ni dans ses moyens techniques, d'en réaliser un audit complet et précis. Cet audit, réalisé de façon indépendante par un cabinet de compétence reconnue au plan national et international, est néanmoins indispensable aujourd'hui.

Recommandation n°96 : Réaliser un audit indépendant du système d'information du recouvrement (RSI et ACOSS) en partant du processus métier et de la trajectoire d'évolution de la fonction et de l'organisation informatique

[1273] Les observations qui figurent ci-dessous se limitent à recueillir les principaux points évoqués à l'occasion des nombreux entretiens de la mission.

[1274] En premier lieu, la gouvernance actuelle du système d'information de l'ISU n'est pas efficace. Aucun texte ne régit la relation entre le RSI, qui pèse peu, et la fonction SI de l'ACOSS. Le financement des projets est opéré par l'ACOSS dans le cadre de son budget SI qui est manifestement très contraint. Les moyens de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre sont partagés avec l'ACOSS et insuffisants. En pratique, la satisfaction des besoins de l'ISU, qui représente une part minime du recouvrement total, n'est pas suffisamment prioritaire.

[1275] Dans la lignée des suggestions faites par la direction générale du RSI, la mission estime qu'il serait opportun de doter le RSI d'une ligne budgétaire « SI ISU » dans le cadre de la prochaine COG afin d'accroître les financements globaux consacrés à cette priorité et de permettre au RSI de peser davantage vis-à-vis de l'ACOSS. De même, l'annexe à la COG entre l'ACOSS et le RSI que préconise par ailleurs la mission²⁴⁴ devrait inclure en priorité un volet sur le système d'information qui permettrait de contractualiser à moyen terme les relations entre les deux réseaux et de garantir un volume précis de jour/hommes en donnant de la visibilité.

Recommandation n°97 : Doter le RSI d'une ligne budgétaire SI ISU afin de cofinancer les projets

[1276] Il est vraisemblable, mais ce point n'a pas été exploré par la mission, que la création d'un « centre de services ISU » au sein de la DSI de l'ACOSS, avec un responsable DSI dédié à l'ISU en front office, aurait une réelle utilité.

[1277] En second lieu, des problèmes significatifs d'intégration et d'échanges de données existent toujours en dépit de réels progrès.

[1278] Après le désastre initial qui a conduit notamment à la désorganisation des bases cotisants (*cf. supra*), des efforts très importants ont permis d'améliorer significativement la qualité des données figurant dans le système d'information de l'ISU.

[1279] Lors de la période sous revue, le travail de la direction de programme a été systématique et a permis des progrès très significatifs, qui sont dus à un pilotage serré des processus mais aussi à des évolutions de l'outil informatique lui-même.

²⁴⁴ Cf. annexe 1.

- [1280] Les rapports de la Cour des Comptes sur la certification des comptes du RSI en font une description précise qu'il n'est pas utile de reprendre ici. Il suffit de souligner que le processus essentiel d'immatriculation, de modification et de radiation des cotisants est revenu à un mode de fonctionnement acceptable voire normal ou que le stock du nombre des dossiers bloqués entre les deux systèmes d'information et des dossiers en instance de traitement a notablement diminué.
- [1281] Pourtant, sur le terrain, il ressort la persistance de problèmes de qualité des fichiers qui ne semblent pas anecdotiques.
- [1282] L'absence même d'estimation, même grossière, du nombre et de la proportion de comptes cotisants confrontés à des problèmes de qualité des données est un inconvénient important dans la mesure où elle empêche d'objectiver la réalité ressentie et affichée : faut-il considérer que le nombre de comptes cotisants posant des problèmes de qualité des données est de 7 à 10 %, pour aller dans le sens d'un responsable de caisse régionale, ou bien de 40-50 %, pour aller dans le sens d'un conseil de l'ordre des experts comptables ?
- [1283] En troisième lieu, les applicatifs existants (SCR, TAIGA et SNV2) comportent manifestement chacun des limites importantes qui n'ont pas fait l'objet jusqu'à présent de développements permettant de les pallier.
- [1284] Les limites du SNV2 sont bien connues, même si elles donnent lieu à des débats moins techniques que schématiques, et souvent irrationnels, dans lesquels ses thuriféraires (dans les URSSAF), qui vantent son adéquation et sa solidité, s'opposent violemment à ses contempteurs (dans les caisses RSI), qui lui reprochent sa rigidité et sa complexité. Les contempteurs du SNV2 sont eux-mêmes des adorateurs de SCR, qui aurait autant de vertus que le SNV2 aurait de défauts.
- [1285] Quelles que soient ses qualités, le SNV2 présente certainement des problèmes par rapport aux besoins spécifiques de l'ISU et des artisans et des commerçants. Sans exclusive, la liste suivante a été dressée par la mission au cours de ses visites de terrain :
- le gestionnaire de compte n'a pas de vision ni de gestion globale et cohérente du compte cotisant au-delà de ce dont il dispose sur le portail ISU ;
 - l'adresse professionnelle est un élément structurant du SNV2 alors que le RSI utilise l'adresse du domicile ;
 - beaucoup d'opérations engendrent une sortie courrier sans contrôle du système sur la situation globale du compte cotisant, d'où la multiplication des courriers ;
 - les changements de caisse, de catégorie ou de statut suscitent des difficultés, et/ou des lenteurs, de gestion ;
 - il n'y a pas d'intégration de la gestion des adresses email qui permettrait d'effectuer des relances de type recouvrement amiable ;
 - il n'y a pas de possibilité d'accorder des délais de paiement par anticipation au constat de l'échéance impayée, ce qui doit donc être fait à la main pour l'instant et interdit une gestion préventive des délais englobant plusieurs périodes et ne permet pas de répondre positivement aux nombreuses sollicitations des cotisants (ex : anticipation d'une baisse de chiffre d'affaires liée à des travaux de voirie) ;
 - il n'est pas possible d'inscrire la conjointe collaboratrice d'un auto-entrepreneur ;
 - il n'est pas possible d'avoir un conjoint collaborateur qui soit travailleur indépendant en même temps.
- [1286] Des développements du SNV2 devraient rapidement mis en œuvre pour gérer à tout le moins ces problèmes.

Recommandation n°98 : Programmer des développements du SNV2 afin de trouver une solution aux problèmes majeurs et concrets identifiés par les gestionnaires de compte et signalés par les cotisants, y compris des « quick wins » dès 2016

- [1287] Le SNV2 souffre aussi de problèmes d'exploitation, qui ont été mentionnés à de multiples reprises par les interlocuteurs de la mission. Les interruptions de production, qui se matérialisent par des « feux rouges », sont fréquentes et parfois très longues (jusqu'à trois mois sur certaines transactions). De vrais « bugs », dont les causes sont inconnues de la mission et l'étaient de ses interlocuteurs, arrivent également de temps en temps, tel celui qui a touché le 3 en 1 en Ile-de-France.
- [1288] Afin de simplifier le travail des agents du RSI travaillant pour l'ISU, un « miroir » du SNV2, appelé le « portail ISU », a été développé. C'est certainement un très grand progrès par rapport à la situation précédente. Toutefois, il connaît également certains problèmes. Selon la DSI du RSI, des problèmes techniques ont ralenti son développement. Et l'applicatif souffre de multiples petits problèmes techniques bien réels qui génèrent une insatisfaction justifiée selon la DSI elle-même.
- [1289] Le champ du portail ISU est également limité, ne couvrant qu'une partie des fonctionnalités du SNV2.
- [1290] Le système d'information du RSI pour la gestion de l'ISU rencontre lui aussi des difficultés : nouvelle version de GAC, mise en œuvre de l'outil contact cotisants CALI. L'applicatif TAIGA a fait l'objet d'un sous-investissement important et se présente comme une « vieille dame fragile qui a été sous-alimentée depuis huit ans ». Ses indicateurs de disponibilités sont, au demeurant, dégradés.
- [1291] Enfin, deux applicatifs distincts de gestion électronique des documents (GED) coexistent : l'un dans les URSSAF (WATT) et l'autre au RSI (GDT).
- [1292] La situation actuelle du système d'information du recouvrement rend ses utilisateurs très insatisfaits. C'est le cas des cotisants comme le montre l'annexe 1. C'est aussi le cas des gestionnaires de comptes rencontrés par la mission, dont l'activité requiert un nombre trop important d'outils informatiques qui comportent trop de limites techniques (*cf. supra*) et ne sont pas aisément maniables.
- [1293] Elle érode également la productivité des agents chargés de l'ISU, en les obligeant à mettre en œuvre des « solutions de contournement » (saisies en double) coûteuses également en risques d'erreurs²⁴⁵.

²⁴⁵ Cf. la partie 5 du rapport de synthèse pour une analyse complémentaire de ce point.

5 L'ORGANISATION COMMUNE EST UN PROGRES QUI DEMEURE AU MILIEU DU GUE

- [1294] La mise en place d'une « organisation commune » aux URSSAF et aux caisses régionales du RSI est une évolution très significative de l'ISU, qui n'était pas prévue par la COG et qui a été déployée entre janvier 2014 et juillet 2015 selon des modalités très diverses sur le territoire ; elle est toujours en cours de mise en œuvre.
- [1295] Les résultats analysés dans ce chapitre proviennent des enquêtes de terrain réalisées dans les régions visitées par la mission ainsi que d'une enquête réalisée à la demande de la mission auprès de toutes les caisses régionales du RSI.
- [1296] L'organisation commune a permis des avancées réelles de l'ISU qu'il est indispensable d'approfondir et de prolonger lors de la prochaine COG.
- [1297] Il est néanmoins improbable qu'une organisation commune même généralisée et intégrale suffira à atteindre des performances du recouvrement véritablement normalisées.

5.1 Une évolution significative qui a exigé de nombreux efforts

- [1298] La création d'une organisation commune en 2013 est une décision qui représente une évolution importante de l'ISU, en lien avec l'abandon du projet d'un système commun, dédié et partagé (SCDP) d'information entre l'ACOSS et le RSI. Comme cela a été relevé dans l'annexe 1, cette décision n'a pourtant pas été prise en compte dans la COG qui n'a pas fait l'objet d'un avenant comme cela aurait dû être le cas.

5.1.1 Une genèse déjà ancienne et des objectifs fondés

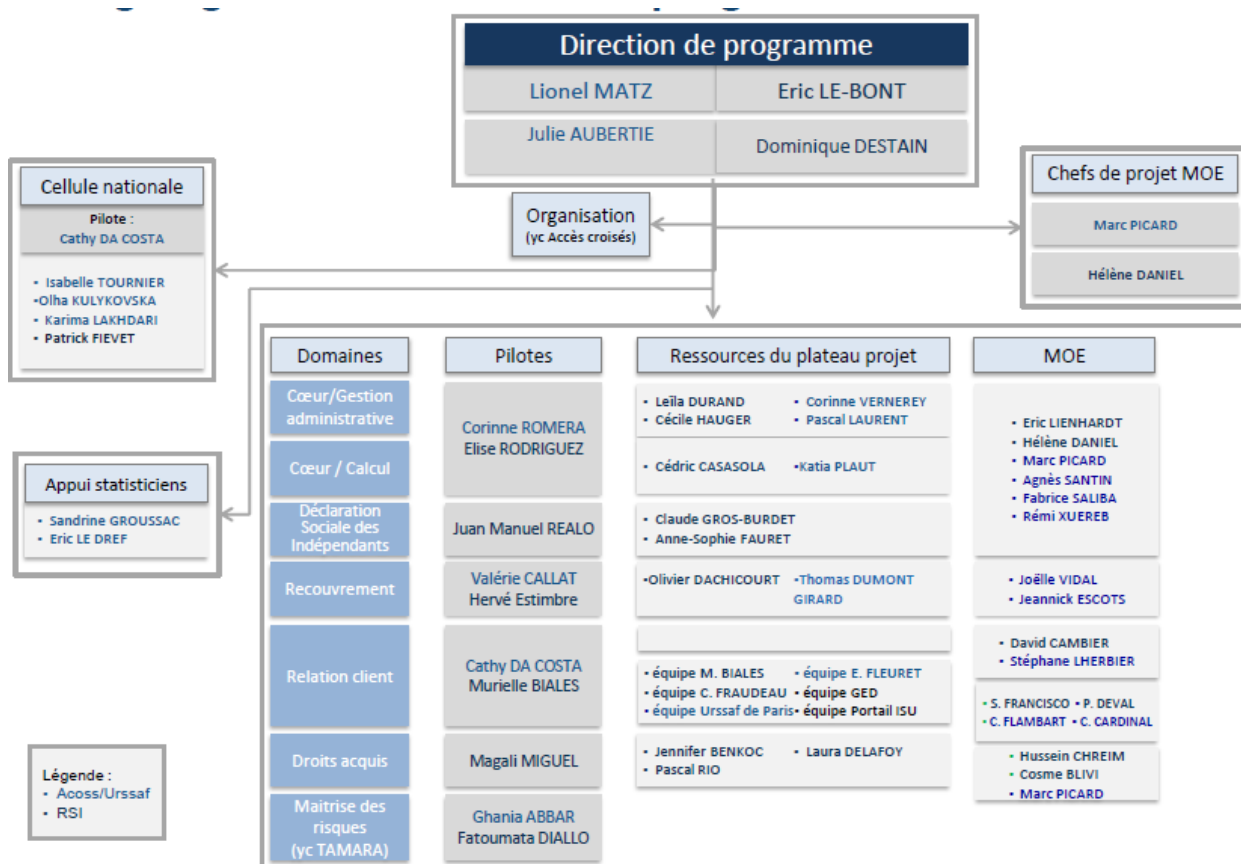
- [1299] La genèse de l'organisation commune actuelle est ancienne. Sa création s'inscrit dans la continuité de la création de l'équipe unique, mixant des équipes du RSI et de l'ACOSS au début 2010, puis des engagements pris en septembre 2011 par le RSI et l'ACOSS qui ont débouché sur la création de cellules mixtes, à partir de 2011-2012, dans chaque région afin de faire face au désastre né de la mise en œuvre de l'ISU et de gérer les dossiers particulièrement complexes. Ils ont également conduit à la mise en place de plans d'action communs au RSI et à l'ACOSS visant à un pilotage plus resserré des actions de gestion opérationnelle des deux réseaux.
- [1300] La dynamique engagée a été approfondie et formalisée à partir de l'année 2013, sur la base d'un groupe de travail conjoint, et au vu d'expériences locales comme celle de Reims. En particulier, un décret du 8 juillet 2013 a précisé le contenu de cette organisation commune en prévoyant la signature d'une convention nationale entre la CNRSI et l'ACOSS et de conventions régionales sur la base d'un modèle type qui a été fixé par un décret de novembre 2013.
- [1301] Les objectifs de l'organisation commune, et de la direction de programme ISU, étaient de « concrétiser les objectifs de simplification et d'efficacité de gestion par l'organisation d'une meilleure cohérence des processus et des échanges d'informations entre le RSI et la branche recouvrement du régime général ».
- [1302] En pratique, il s'agissait, après l'abandon du projet SCDP, de mettre l'accent sur l'amélioration de l'organisation et du management de l'ISU, de franchir un pas supplémentaire par rapport aux task forces et aux cellules mixtes existantes par la mise en œuvre d'un ISU pérenne, plus étendu et plus intégré, au plan national et au plan régional.

- [1303] Cela consistait à intégrer davantage les deux organisations et à simplifier et fluidifier leur fonctionnement et celui du processus du recouvrement par la mise en œuvre d'un traitement de bout en bout en commun des processus de gestion. Cela consistait également à mettre sous tension les deux réseaux grâce à des objectifs et des standards nationaux et régionaux communs de qualité de service, de performance du recouvrement et de maîtrise des risques.
- [1304] La création de l'organisation commune n'est pas allée de soi. La direction du RSI s'est heurtée à des résistances des élus face un tel fonctionnement plus intégré.
- [1305] En outre, cela a obligé à infléchir la façon dont la régionalisation du réseau des URSSAF avait été conçue, notamment sur la base d'une grande polyvalence des gestionnaires de compte, et aller vers une spécialisation des agents affectés à la gestion des artisans et des commerçants dans le cadre de l'ISU et de l'organisation commune.

5.1.2 Des modalités fixées par une convention nationale et des conventions régionales

- [1306] La convention nationale a été signée le 31 juillet 2013, soit dix-huit mois après le début de la mise en œuvre de la COG. Elle est valable jusqu'à la fin décembre 2017.
- [1307] Elle a défini le nouveau dispositif de mise en œuvre de l'interlocuteur unique au niveau national, et en particulier son pilotage :
- il est confié à une direction de programme rapportant aux directeurs des deux caisses nationales, et qui est sous la responsabilité du directeur général adjoint de la CNRSI, et d'un directeur, côté ACOSS, et à une cellule nationale, qui siège dans les locaux de l'ACOSS et a deux missions essentielles : accompagner les régions et être leur interlocuteur en cas de difficultés ; suivre le déploiement et le pilotage des plans d'action et suivi des indicateurs régionaux ainsi que la mise en œuvre de l'organisation commune ;
 - il est exercé à trois niveaux : le pilotage stratégique au travers d'instances animées par les directeurs généraux des deux réseaux, la direction du programme ISU et les agents comptables de l'ACOSS et du RSI ; le pilotage opérationnel des travaux conduits en région qui est opéré par la cellule nationale dans le cadre de téléconférences tous les quinze jours et de journées nationales mensuelles ; le suivi politique qui est assuré par un comité mixte d'administrateurs du RSI et de l'ACOSS.

Graphique 12 : Gouvernance nationale de l'organisation commune



Source : Direction de programme ISU

[1308] La convention nationale définit également le principe de la fixation d'objectifs communs à chaque caisse régionale RSI et chaque URSSAF d'une même région, objectifs qui sont assortis d'indicateurs de performance eux-mêmes suivis dans des tableaux de bord partagés entre les deux réseaux.

[1309] Une activité et des efforts considérables ont été engagés par la direction de programme ISU qui a mis en œuvre toute une série de plans d'actions depuis sa création : plans de levée des actions ARRET, plans de prévention de la prescription, plan de radiation des cotisants en taxation d'office, plans admission en non valeur...

[1310] Ce sont les conventions régionales signées entre les caisses de base du régime social des indépendants et les URSSAF qui, outre la gouvernance régionale de l'ISU, déterminent les modalités, les moyens, les activités et les processus de l'organisation commune régionale, sorte de service commun virtuel, « dans une logique de partage équilibré de la charge de travail ».

[1311] L'article 3 de la convention régionale type prévoit que :

- chacun des deux directeurs désigne dans son équipe de direction un agent de direction ;
- les deux agents de direction ainsi désignés consacrent à eux deux l'équivalent d'au moins un temps plein au pilotage conjoint de l'organisation commune ;
- ils sont assistés de deux cadres venant l'un du RSI et l'autre de l'URSSAF et affectés à plein temps à l'encadrement opérationnel de l'organisation commune ;
- l'organisation commune se compose d'agents issus en nombre égal de chaque organisme, formant une cellule mixte chargée du pilotage quotidien global des activités de production

relatives à l'ISU et de la prise en charge des dossiers complexes ; cette cellule mixte est installée sur un même plateau physique, soit à l'URSSAF soit au RSI ;

- l'organisation commune se compose aussi des agents, hors de la cellule mixte, dédiés sur leur site habituel de travail à la réalisation des activités relevant de son champ de compétence.

[1312] Il est prévu que les agents affectés à l'ISU sont nominativement listés en annexe de chaque convention régionale.

[1313] En principe, un accueil commun et unique localisé au RSI est prévu. Et le champ de compétences de l'organisation commune régionale porte sur les éléments suivants :

- les activités de gestion des données administratives, à l'exception de l'affiliation du bénéficiaire et de la gestion des liasses CFE qui relèvent du RSI ;
- la gestion du compte cotisant ;
- le recouvrement amiable (suivi des listes de débiteurs, relances téléphoniques, examen des demandes de délai, examen des demandes de remise de majoration ne relevant pas d'une CRA, fiabilisation des créances, des derniers avis avant poursuite et des contraintes, prévention et gestion de la prescription) ;
- la définition du plan de contrôle des cotisants (la réalisation du contrôle relevant de l'URSSAF) ;
- la réception et le traitement des réclamations.

[1314] L'inclusion du recouvrement amiable dans le champ de l'organisation commune signifie que la limite fixée par les textes au 30^{ème} jour après l'exigibilité de la créance, et supposée déterminer la frontière entre ce qui relève des URSSAF et ce qui relève du RSI, n'a plus cours en pratique.

[1315] Depuis la création de l'ISU, la notion de compétence en matière de recouvrement amiable se basait sur les profils. Ainsi, les URSSAF avaient compétence pour le recouvrement des mono-débiteurs, jusqu'au trentième jour après la naissance de la dette. Les caisses RSI reprenaient la compétence pour le recouvrement des pluri-débiteurs à compter du trentième jour après la naissance de la dette pour les mono-débiteurs. Les caisses RSI étaient par ailleurs compétentes pour la gestion du recouvrement des pluri-débiteurs. La compétence sur le recouvrement amiable est désormais véritablement partagée par le RSI et les URSSAF dans le cadre de l'organisation commune.

[1316] Les principales activités exclues du champ de l'organisation commune demeurent néanmoins importantes tant sur un plan quantitatif que qualitatif :

- l'affiliation, qui demeure de la responsabilité du RSI ;
- l'encaissement ainsi que la vérification et le décaissement des crédits et des remboursements, qui demeure de la responsabilité des URSSAF ;
- Le recouvrement forcé, qui demeure de la responsabilité du RSI ;
- La mise en œuvre des contrôles sur place, qui demeure de la responsabilité des URSSAF.

[1317] L'article 4 du décret de novembre 2013 prévoit toutefois que ces activités exclues du champ de l'organisation commune font l'objet d'engagements de services, avec des indicateurs de pilotage associés, qui sont fixés par le comité de direction régional de l'ISU.

[1318] Les conventions régionales, fixées selon un modèle-type, prévoient également que chaque organisme met à disposition de l'autre son système d'information ainsi que les habilitations nécessaires. La liste des accès croisés figure en annexe de chaque convention régionale.

5.2 Un déploiement sur dix-huit mois selon un modèle d'organisation variable entre régions

5.2.1 Un déploiement en régions en trois phases et étalé sur dix-huit mois

[1319] Le déploiement national de l'organisation commune dans les trois groupes de régions identifiés a été réalisé selon un planning qui devait comporter trois phases étalées sur une période assez longue de dix-huit mois :

- six régions pilotes du groupe 1 (Aquitaine, Bretagne, Champagne-Ardenne, Ile-de-France dont l'organisation commune correspond au périmètre de l'URSSAF et couvre donc les trois caisses locales du RSI, Lorraine et Picardie) devant signer leur convention entre janvier et juillet 2014 ;
- dix régions du groupe 2 (Alsace, Antilles-Guyane, Auvergne, Centre, Languedoc-Roussillon, La Réunion, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Pays-de-la-Loire, Poitou-Charentes) devant signer leur convention entre juillet 2014 et décembre 2014 ;
- huit régions du groupe 3 (Basse-Normandie, Bourgogne, Corse, Franche-Comté, Haute-Normandie, Limousin, PACA et Rhône-Alpes) devant signer leur convention entre janvier et juillet 2015, date de la fin du déploiement de la nouvelle organisation.

[1320] Les délais, fixés de façon large pour gérer en parallèle le processus de régionalisation des URSSAF, ont été globalement respectés, hormis la région Antilles-Guyane qui n'a finalisé le processus que fin juin 2015 au lieu de décembre 2014. En pratique, la mise en œuvre sur le terrain, parfois partielle, a précédé la signature formelle des conventions. C'est le cas par exemple en Rhône-Alpes.

[1321] Chacune des régions du groupe 1 s'est vue confier l'optimisation d'un processus. Par exemple, la région Aquitaine a été pionnière pour le déploiement des sites d'accueil communs ; la région Bretagne a conduit une démarche d'optimisation de la gestion des plis non distribuables ; la région Ile de France a travaillé à l'amélioration du processus de gestion des remboursements. Et des séminaires de retours d'expérience se sont tenus afin de mutualiser les bonnes pratiques.

5.2.2 Des moyens importants mais variables selon les régions

[1322] Selon une enquête réalisée à la demande de la mission, ce sont 2 256 agents, représentant 1 869 ETP, qui étaient affectés en juin 2015 à l'organisation commune dans les différentes régions de la métropole et de l'outre-mer.

[1323] La parité entre caisses du RSI (1 163 agents et 944 ETP) et URSSAF (1 093 agents et 925 ETP²⁴⁶) est quasiment atteinte, y compris s'agissant des agents de direction (22 agents et 11 ETP pour le RSI et 24 agents et 12 ETP pour les URSSAF).

[1324] La plus grosse organisation commune, celle d'Ile-de-France, regroupe 358 agents (303 ETP), dont 186 de l'URSSAF et 172 du RSI, et la plus petite est celle du Limousin qui ne regroupe que 15 agents dont 7 en URSSAF et 8 au RSI. Huit régions ont une organisation commune dont le nombre d'agents est supérieur à 100 et douze régions dont le nombre d'agents est inférieur à 50.

[1325] Les cellules mixtes, constituées en principe de 3 agents du RSI et de 3 agents de l'URSSAF, représentent au total 169 agents (154 ETP), soit près de 10 % de l'ensemble des effectifs de l'organisation commune.

²⁴⁶ Les chiffres fournis par l'enquête sur l'organisation commune diffèrent des données de CAPCEA et de la comptabilité analytique de l'ACOSS. La différence entre le chiffre des 925 ETP URSSAF affectés à l'organisation commune et celui de 1 326 ETP correspondant aux agents URSSAF fourni par l'ACOSS sur la base de sa comptabilité analytique concerne sans doute les services de contrôle ainsi que les services supports.

[1326] Certaines organisations communes régionales n'ont aucun agent de direction ou une proportion inférieure à 0,5 ETP d'agent de direction qui leur est affecté : c'est le cas au RSI dans les régions d'Alsace, de Franche-Comté, de Lorraine, de Picardie et de la Réunion, et pour les URSSAF dans les régions du Centre, de Franche-Comté, du Limousin, des Pays de la Loire, de Picardie et de la Réunion. Si trois petites régions ont une organisation commune manifestement très sous-encadrée (Franche-Comté, Picardie et la Réunion), les plus grosses régions – avec 1 ou 1,5 ETP d'agents de direction affectés à leur organisation commune – posent aussi apparemment problème.

Recommandation n°99 : Renforcer l'encadrement des organisations communes régionales

[1327] Les cellules mixtes sont majoritairement établies dans les locaux de l'URSSAF (dans 11 cas sur 24) plutôt que dans les locaux du RSI (7 cas sur 24), et dans six cas, elle est établie dans les deux réseaux : en Champagne-Ardenne, elle est sur les deux sites et, en Rhône-Alpes, elle est partagée entre les URSSAF de Lyon (Vénissieux) et de Grenoble et la caisse RSI de Lyon.

[1328] Il y a 144 sites au total sur lesquels une activité ISU est exercée, dont 53 sites RSI et 91 sites URSSAF. Certaines régions ont un nombre particulièrement élevé de sites ISU : c'est le cas par exemple de Rhône-Alpes (13), du Centre (12), de l'Ile-de-France (10), ce qui est moins surprenant ou de l'Aquitaine, de Midi-Pyrénées et des Pays-de-la-Loire (9). A l'inverse, d'autres ont très peu de sites, comme la Haute-Normandie, le Limousin et la Franche-Comté mais aussi le Nord-Pas-de-Calais.

[1329] De façon plus générale, dix régions ont des gestionnaires de comptes RSI et URSSAF installés sur un même site, en-dehors de la cellule mixte régionale, mais il n'existe pas de cas dans lesquels l'organisation commune regroupe tous les agents RSI et URSSAF d'un ressort territorial régional sur un même site et un même plateau.

[1330] L'existence d'accès croisés aux applications de l'ACOSS et du RSI est une exigence essentielle en l'absence d'un système d'information intégré.

[1331] Le bilan quantitatif est en apparence positif : on dénombre au total 990 accès croisés aux applications de l'ACOSS (pour 1 163 agents) et 970 accès croisés aux applications du RSI (pour 1 093 agents). C'est surtout par une solution virtuelle plutôt que par des postes à distance que se font ces accès.

[1332] Toutefois, en réalité, dans les caisses où s'est rendue la mission, celle-ci a noté les problèmes de défaut d'habilitation auxquels les agents du RSI notamment sont confrontés et qui entravent sérieusement leur action. La mission n'a pas pu disposer de chiffres à ce sujet.

5.2.3 Une diversité des modèles mis en œuvre

[1333] Pour la gestion de chaque processus au sein du processus global du recouvrement, il y a deux grands modèles théoriques possibles :

- le modèle du « bout en bout », qui est expressément visé par le décret instituant l'organisation commune, et qui consiste à faire traiter un processus de bout en bout par les mêmes agents. Ce modèle comporte lui-même des variantes : un même processus peut être géré par des agents de l'URSSAF, par des agents du RSI, ou, selon le principe de « celui qui reçoit traite », indifféremment par des agents de l'un ou l'autre réseau en fonction de la saisine par le cotisant ou de la décision d'affectation par le cadre dans le cadre de la gestion du portefeuille des dossiers, ou par les agents de la cellule mixte.
- le modèle du « partage des tâches » ou du bloc de compétences, qui consiste à faire traiter un processus ou un ensemble de processus de façon séquentielle par des agents d'un réseau puis de l'autre. L'organisation du partage respectif des tâches peut également varier d'une caisse à l'autre y compris pour le même processus.

- [1334] Il convient également de préciser que les agents traitant un processus au sein de l'URSSAF, au sein du RSI ou au sein de la cellule mixte, peuvent être soit spécialisés dans le cas où ils interviennent exclusivement, ou quasi exclusivement, sur ce processus, soit polyvalents dans la mesure où ils interviennent également sur plusieurs autres processus de l'organisation commune. Dans le même ordre d'idées, l'affectation des dossiers aux agents du RSI ou de l'URSSAF travaillant pour l'organisation commune se fait selon des critères différents selon les régions : certains agents peuvent être spécialisés sur certains flux entrants, ou bien l'affectation peut se faire aux agents en fonction d'un ordre alphabétique, chronologique (numéro d'ordre) ou du numéro de département...
- [1335] Une réelle liberté d'organisation a été laissée aux URSSAF et aux caisses régionales du RSI pour aménager le processus du recouvrement dans le cadre des organisations communes. Cela a débouché sur des organisations du travail différentes sur les différents segments du parcours du recouvrement et selon les régions.
- [1336] L'enquête réalisée par le RSI à la demande de la mission fournit une photographie précise de la diversité des situations existantes.
- La gestion de bout en bout domine pour ce qui concerne le traitement des données administratives (hors CFE), soit par les cellules mixtes, soit par les agents du RSI exclusivement.
- [1337] Ainsi, la gestion du traitement des rejets des flux automatiques d'affiliation, de modification et de radiation, dit RI46, est très majoritairement traitée de bout en bout par les agents des cellules mixtes, et accessoirement par les agents des URSSAF (Aquitaine, Auvergne, Midi-Pyrénées, Picardie), y compris dans deux régions de la première vague (Aquitaine et Picardie). Seules quatre régions (Ile de France dans la première vague, Réunion dans la deuxième vague et Haute-Normandie et Corse dans la troisième vague) ont adopté un partage successif des tâches.
- [1338] D'autre part, la gestion des rejets des flux droits acquis donne lieu, pour sa part, à un traitement de bout en bout uniquement par le RSI. Seules trois régions (Ile de France, Pays-de-la-Loire et Corse) ont adopté une solution de partage successif des tâches.

Tableau 21 : Type de processus pour la gestion des données administratives (hors CFE)

	Gestion des rejets des flux automatiques d'affiliation, de modification et de radiation (RI 46)	Gestion des rejets des flux droits acquis
Bout en bout par URSSAF, RSI ou cellule mixte	URSSAF : 4 régions RSI : aucune région Cellule mixte : 16 régions	URSSAF : aucune région RSI : 17 régions Cellule mixte : aucune région
Partage successif des tâches entre URSSAF et RSI	4 régions (Ile de France, La Réunion, Haute-Normandie, Corse)	3 régions (Ile de France, Pays-de-la-Loire, Corse)

Source : enquête réalisée par le RSI à la demande de la mission.

- La gestion du compte cotisant est également dominée par le traitement de bout en bout, à l'exception de la gestion des exonérations qui est assez largement traitée de façon séquentielle et partagée. Toutefois, cette gestion de bout en bout du compte cotisant est confiée à des responsables différents selon le processus.
- [1339] Ainsi, la gestion de la DSI est essentiellement traitée de bout en bout par des agents du RSI, avec quelques rares exceptions en Antilles-Guyane, en Ile-de-France et en Auvergne.
- [1340] La collecte, la saisie et la modification des revenus est une activité très intégrée et est essentiellement gérée indifféremment par des agents du RSI ou des URSSAF, à l'exception de l'Ile-de-France et de la Corse.

[1341] La gestion des exonérations donne lieu, en revanche, à une situation beaucoup plus diversifiée et beaucoup moins intégrée en termes de traitement : neuf régions ont recours au partage des tâches entre URSSAF et RSI, huit régions font traiter ces exonérations par les agents des URSSAF exclusivement, une région par les agents du RSI exclusivement et six régions par les agents des URSSAF ou du RSI indifféremment.

[1342] La gestion des crédits et des remboursements est confiée, avec quelques rares exceptions où le processus est partagé (Champagne-Ardenne, Lorraine et Corse), de bout en bout aux seuls agents des URSSAF dont les agents comptables sont, par ailleurs, responsables hors organisation commune des vérifications et des décaissements.

[1343] Le traitement des listes d'anomalies, comme la gestion des exonérations, donne lieu à des formules très diversifiées, avec toutefois une dominante d'un traitement de bout en bout indifféremment par les agents de l'URSSAF ou du RSI. Les cellules mixtes sont responsables de ce processus dans sept régions.

Tableau 22 : Type de processus pour la gestion du compte cotisant

	Bout en bout par URSSAF, RSI ou cellule mixte	Partage successif des tâches entre URSSAF et RSI
Gestion de la DSI	URSSAF : aucune région RSI : 21 régions Indifféremment URSSAF ou RSI : 1 région (Antilles-Guyane) Cellule mixte : aucune région	2 régions (Ile de France et Auvergne)
Collecte, saisie et modification des revenus	URSSAF : aucune région RSI : aucune région Indifféremment URSSAF ou RSI : 22 régions Cellule mixte : aucune région	2 régions (Ile de France et Corse)
Gestion des exonérations	URSSAF : 8 régions RSI : 1 région (Antilles-Guyane) Indifféremment URSSAF ou RSI : 6 régions (Bretagne, Champagne-Ardenne, Alsace, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, Franche-Comté) Cellule mixte : aucune région	9 régions (Aquitaine, Ile de France, Picardie, Auvergne, Centre, Poitou-Charentes, Corse, Haute-Normandie, Rhône-Alpes)
Gestion des crédits et remboursements (hors responsabilité agent comptable)	URSSAF : 21 régions RSI : aucune région Cellule mixte : aucune région	3 régions (Champagne-Ardenne, Lorraine et Corse)
Délivrance des attestations	URSSAF : 2 régions (Bourgogne, Pays-de la Loire) RSI : aucune région Indifféremment URSSAF ou RSI : 20 régions Cellule mixte : aucune région	2 régions (Ile de France, Antilles-Guyane)
Traitement des listes d'anomalie	URSSAF : 1 région (Limousin) RSI : aucune région Indifféremment URSSAF ou RSI : 10 régions Cellule mixte : 7 régions	6 régions (Aquitaine, Ile de France, Midi-Pyrénées, Pays-de-la-Loire, Corse, Haute-Normandie)

Source : Enquête réalisée par le RSI à la demande de la mission

- Le traitement de bout en bout du recouvrement amiable est, sans surprise, prédominant

- [1344] Le seul processus où une forte minorité de régions fait appel au partage des tâches est la fiabilisation des créances. Les tâches sont majoritairement affectées indifféremment aux agents des URSSAF ou du RSI, voire du RSI seul (suivi des listes de débiteurs, gestion des admissions en non-valeur) et anecdotiquement aux URSSAF seules.
- [1345] Le suivi des listes de débiteurs est géré essentiellement de bout en bout : dans douze régions par les agents du RSI exclusivement, dans sept régions par les agents des URSSAF ou du RSI indifféremment et dans une seule région (Corse) par les agents de l'URSSAF exclusivement. Seules deux régions ont gardé le principe d'un partage des tâches.
- [1346] La relance téléphonique est un processus très intégré puisqu'elle est gérée dans 20 régions indifféremment de bout en bout par des agents de l'URSSAF ou du RSI, trois régions (Picardie, Antilles-Guyane et Corse) ayant tout de même fait le choix de la confier exclusivement aux agents URSSAF.
- [1347] L'examen des demandes de délais et des demandes de majorations de retard est également très intégré, et géré essentiellement de façon indifférenciée par des agents de l'URSSAF ou du RSI. Trois régions (Bourgogne, Ile de France, Midi-Pyrénées) ont toutefois choisi la solution d'un partage des tâches.
- [1348] La fiabilisation des créances, derniers avis avant poursuite et contraintes donne lieu, pour sa part, dans une forte minorité de régions à un partage séquentiel des tâches. Et les choix de gestion de bout en bout sont très diversifiés selon les régions (RSI seul, cellule mixte, indifféremment URSSAF ou RSI..).
- [1349] La prévention et la gestion des prescriptions est un processus majoritairement géré de bout en bout par les agents du RSI, et plus accessoirement par les cellules mixtes qui par ailleurs ne jouent pas de rôle dans la gestion du recouvrement amiable. Seules deux régions ont fait le choix du partage séquentiel des tâches : Midi-Pyrénées et Pays-de-la Loire.
- [1350] Enfin la gestion des admissions en non-valeur est intégralement confiée aux seuls agents du RSI.

Tableau 23 : Type de gestion pour le processus de la gestion du recouvrement amiable

	Bout en bout par URSSAF, RSI ou cellule mixte	Partage successif des tâches entre URSSAF et RSI
Suivi des listes de débiteurs	URSSAF : 1 région (Corse) RSI : 12 régions Indifféremment URSSAF ou RSI : 7 régions Cellule mixte : aucune région Nd : 2 régions	2 régions (Midi-Pyrénées, Pays de la Loire)
Relances téléphoniques	URSSAF : 3 régions (Picardie, Antilles-Guyane, Corse) RSI : aucune région Indifféremment URSSAF ou RSI : 20 régions Cellule mixte : aucune région	Aucune région
Examen des demandes de délai	URSSAF : aucune région RSI : 2 régions (Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais) Indifféremment URSSAF ou RSI : 19 régions Cellule mixte	3 régions (Bourgogne, Ile de France, Midi-Pyrénées)
Examen des demandes de remises de majoration (hors compétence CRA)	URSSAF : aucune région RSI : 3 régions (Champagne-Ardenne, Nord-Pas de Calais, La Réunion) Indifféremment URSSAF ou RSI : 18 régions Cellule mixte : aucune région	3 régions (Bourgogne, Ile de France, Midi-Pyrénées)
Fiabilisation des créances, DRAAP et CO	URSSAF : aucune région RSI : 4 régions (Alsace, Midi-Pyrénées, La Réunion, PACA) Indifféremment URSSAF ou RSI : 8 régions Cellule mixte : 4 régions (Picardie, Poitou-Charentes, Bourgogne, Limousin)	7 régions (Aquitaine, Ile de France, Lorraine, Antilles-Guyane, Auvergne, Pays de la Loire, Corse)
Prévention et gestion de la prescription	URSSAF : aucune région RSI : 12 régions Indifféremment URSSAF ou RSI : 3 régions (Bretagne, Antilles-Guyane, Nord-Pas de Calais) Cellule mixte : 6 régions (Champagne-Ardenne, Picardie, Poitou-Charentes, Bourgogne, Haute-Normandie, Limousin)	2 régions (Midi-Pyrénées, Pays-de la Loire)
Gestion des admissions en non-valeur	URSSAF : aucune région RSI : 24 régions Indifféremment URSSAF ou RSI : aucune région Cellule mixte : aucune région	Aucune région

Source : Enquête réalisée par le RSI à la demande de la mission

- Enfin, de façon un peu paradoxale, alors qu'il s'agit de front-office, la relation client donne lieu à une organisation des processus qui est globalement davantage partagée de façon séquentielle que les autres stades du parcours du recouvrement, en particulier pour la gestion des réclamations standard²⁴⁷. On constate aussi que la gestion de bout en bout de la relation client repose largement sur les cellules mixtes.

²⁴⁷ Cf. annexe 2.

Tableau 24 : Type de gestion pour le processus de la relation client

	Bout en bout par URSSAF, RSI ou cellule mixte	Partage successif des tâches entre URSSAF et RSI
Gestion des réclamations urgentes	URSSAF : aucune région RSI : aucune région Indifféremment URSSAF ou RSI : 9 régions Cellule mixte : 9 régions	5 régions (Ile de France, Alsace, Pays de la Loire, La Réunion, Bourgogne)
Gestion des réclamations sensibles	URSSAF : aucune région RSI : aucune région Indifféremment URSSAF ou RSI : 7 régions Cellule mixte : 10 régions	5 régions (Ile de France, Alsace, Pays de la Loire, La Réunion, Corse)
Gestion des réclamations standard	URSSAF : aucune région RSI : 1 région (Antilles Guyane) Indifféremment URSSAF ou RSI : 11 régions Cellule mixte : 4 régions	7 régions (Aquitaine, Ile de France, Alsace, Centre, Pays de la Loire, La Réunion, Bourgogne)

Source : Enquête réalisée à la demande de la mission

[1351] Le tableau suivant retrace l'importance respective de la gestion de bout en bout et de la gestion séquentielle par groupe de régions et par région, aujourd'hui.

[1352] Les régions Bretagne, Champagne-Ardenne, Picardie, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie, Franche-Comté, Limousin, PACA et Rhône-Alpes font apparemment prédominer la gestion de bout en bout. A l'inverse, les régions d'Ile de France, des Pays de la Loire, de la Réunion et de la Corse sont plus enclines au partage séquentiel des tâches.

Tableau 25 : Type dominant de gestion selon les régions et les processus

Processus	Gestion des données administratives hors CFE	Gestion du compte cotisant	Recouvrement	Relation client
Régions				
Aquitaine	Bout en bout	Bout en bout > (4/2)	Bout en bout > (6/1)	Bout en bout > (2/1)
Bretagne	Bout en bout	Bout en bout	Bout en bout	Bout en bout
Champagne-Ardenne	Bout en bout	Bout en bout > (5/1)	Bout en bout	<i>Bout en bout</i>
Ile de France	Partage	Partage > (5/1)	Mixte (3/3)	Partage
Lorraine	Bout en bout	Bout en bout > (5/1)	Bout en bout > (6/1)	Bout en bout
Picardie	Bout en bout	Bout en bout > (5/1)	Bout en bout	Bout en bout
Alsace	Bout en bout	Bout en bout	Bout en bout	Partage
Antilles-Guyane	Bout en bout	Bout en bout > (5/1)	Bout en bout > (6/1)	Bout en bout
Auvergne	Bout en bout	Bout en bout > (4/2)	Bout en bout > (6/1)	Bout en bout
Centre	Bout en bout	Bout en bout > (5/1)	Bout en bout	Bout en bout > (2/1)
Languedoc-Roussillon	Bout en bout	Bout en bout	<i>Bout en bout</i>	Nd
Midi-Pyrénées	Bout en bout	Bout en bout > (5/1)	<i>Partage > (4/2)</i>	Bout en bout
Nord-Pas-de-Calais	Bout en bout	Bout en bout	Bout en bout	Bout en bout
Pays de la Loire	Mixte	Bout en bout > (5/1)	Bout en bout > (4/3)	Partage
Poitou-Charentes	Bout en bout	Bout en bout > (5/1)	Bout en bout	Bout en bout
La Réunion	Mixte	Bout en bout	<i>Bout en bout</i>	Partage
Basse Normandie	Bout en bout	Bout en bout	Bout en bout	Bout en bout
Bourgogne	Bout en bout	Bout en bout	Bout en bout > (5/2)	Partage > (2/1)
Corse	Partage	Partage > (4/2)	Bout en bout > (6/1)	Bout en bout > (2/1)
Franche-Comté	Bout en bout	Bout en bout > (5/1)	Bout en bout	Bout en bout
Haute-Normandie	Mixte	Bout en bout > (5/1)	<i>Bout en bout</i>	Bout en bout
Limousin	Bout en bout	Bout en bout > (6/1)	Bout en bout	Bout en bout
PACA	Bout en bout	Bout en bout	Bout en bout	Bout en bout
Rhône-Alpes	Bout en bout	Bout en bout > (5/1)	Bout en bout	Bout en bout

Source : Enquête réalisée par le RSI à la demande de la mission, et retraitements de la mission

- [1353] Ce constat général est toutefois trompeur en ce sens que ce ne sont pas nécessairement les mêmes unités (URSSAF, RSI..) qui sont responsables de la gestion de bout en bout de chaque partie de processus.
- [1354] Ainsi, pour l'instant, il n'existe aucune région dans laquelle tout le processus du recouvrement est intégralement géré de bout en bout par les agents du RSI ou de l'URSSAF de façon indifférenciée dans le cadre d'un service véritablement commun. On en est même assez loin. En effet, même dans les régions les plus avancées dans le bout en bout, de nombreux processus sont confiés intégralement soit aux agents du RSI soit aux agents des URSSAF. Par exemple :
- en Champagne-Ardenne, visitée par la mission, la gestion de la DSI est confiée aux agents du RSI exclusivement ;
 - en Bretagne, les rejets des flux droits acquis, la DSI et les admissions en non-valeur sont gérées exclusivement par les agents du RSI, alors que les crédits et remboursements le sont exclusivement par ceux des URSSAF ;
 - en Nord-Pas-de-Calais, les rejets des flux droits acquis, la DSI, le suivi des listes de débiteurs, les demandes de délais et de remises de majoration de retard, ainsi que les admissions en non-valeur sont gérés par les agents du RSI exclusivement alors que les crédits et remboursements le sont exclusivement par ceux des URSSAF.
- [1355] Cela signifie que le dossier d'un cotisant passe nécessairement, au cours de son parcours, d'un réseau à l'autre, éventuellement à plusieurs reprises.
- [1356] Certaines organisations communes semblent donner un rôle plus important que d'autres aux cellules mixtes dans la gestion commune et de bout en bout des processus. C'est le cas par exemple, semble-t-il, de la région Champagne-Ardenne ou de la région Poitou-Charentes.

5.3 Un progrès dans la gestion du recouvrement qui comporte des limites

5.3.1 Un progrès dans la gestion du recouvrement

- [1357] La mise en œuvre de l'organisation commune a un bon bilan dans l'ensemble.
- [1358] Certes, il n'est pas possible d'établir une corrélation entre l'avancée de la mise en œuvre de l'organisation commune dans les régions d'une part et les progrès des performances du recouvrement d'autre part. Il n'y a pas non plus de corrélation entre la gestion de bout en bout et les performances en matière de recouvrement.
- [1359] Le jugement des responsables du RSI et des URSSAF rencontrés par la mission est unanimement positif sur l'organisation commune. La mission n'a pas constaté de réticences affichées de la part des administrateurs des caisses qu'elle a rencontrés, du moins à propos de la configuration actuelle de l'organisation commune.
- [1360] L'organisation commune a permis d'accélérer le changement indispensable des relations entre les deux réseaux RSI et URSSAF et de les engager dans une logique beaucoup plus constructive (« trouver des solutions plutôt que de chercher des responsabilités »).
- [1361] L'organisation commune a été également un facteur de mise sous tension des deux réseaux par les objectifs qui leur ont été fixés, le pilotage étroit de la part de la direction de programme qui a organisé des retours d'expérience très réguliers et complets.
- [1362] Elle a permis de, et même obligé à, revoir les processus du recouvrement dans le détail en prenant une perspective large : qui fait quoi entre les deux réseaux et au sein même de chaque réseau ? De quelle manière applique-t-on les processus, avec quels résultats ? Comment gagner en fluidité et en efficacité ?

[1363] Elle a enfin conduit à identifier des bonnes pratiques et à expérimenter des nouvelles formules d'organisation et de gestion.

5.3.2 Une réponse insuffisante aux problèmes de l'ISU

[1364] La configuration actuelle de l'organisation commune présente toutefois des limites importantes.

[1365] Si l'organisation commune a permis de rapprocher les deux réseaux et de les faire mieux se comprendre, cela n'a pas encore suffi. La mission a constaté qu'il demeurerait sur le terrain des barrières entre caisses RSI et URSSAF, juridiquement et managérialement distinctes, souvent lointaines physiquement et, au fond, toujours un peu rivales. Les réticences à travailler étroitement ensemble ainsi qu'une méfiance diffuse persistent, parfois fortes, parfois plus rentrées, entre les équipes d'encadrement et les gestionnaires de comptes des caisses du RSI d'une part et des URSSAF d'autre part.

[1366] Plusieurs processus clés sont toujours exclus de l'organisation commune par principe. Si c'est compréhensible s'agissant de l'affiliation car elle est gérée principalement, mais pas encore entièrement²⁴⁸, par un service national, situé à Auray, il n'y a pas de raison probante d'écarter l'encaissement ni le recouvrement forcé depuis qu'il a été décentralisé dans les caisses du RSI.

[1367] Ensuite, comme on l'a noté auparavant également, le principe du bout en bout prédomine certes, mais volet par volet du processus du recouvrement seulement. En conséquence, une gestion intégrée et entièrement fluide, qui éviterait les allers-et-retours des dossiers et des créances de l'URSSAF au RSI et vice-versa, n'existe dans aucune région.

[1368] L'organisation commune n'apporte pas non plus de réponse à la question de la gestion des comptes d'artisans et des commerçants qui sont employeurs : ces cotisants disposent d'un compte au régime général qui est géré, sauf exceptions, par un agent de l'URSSAF qui n'appartient pas à l'organisation commune.

[1369] Dans certaines grandes régions comme l'Ile-de-France, la gouvernance de l'organisation commune qui regroupe trois caisses du RSI et une URSSAF est lourde à gérer selon les responsables de terrain. La fusion des caisses du RSI, dans le cadre du projet Trajectoire 2018, va susciter également des ajustements de l'organisation commune consommateurs de temps et d'énergie²⁴⁹.

[1370] L'organisation commune régionale demeure placée sous l'autorité de deux lignes hiérarchiques, l'une relevant du RSI et l'autre des URSSAF. Quelle que soit la bonne volonté et la bonne entente des deux cadres de direction et des deux cadres affectés à l'organisation commune, cette dualité crée des lourdeurs et des inefficiences comme en a convenu la grande majorité des interlocuteurs de la mission.

[1371] Les cellules mixtes, qui sont l'exemple d'intégration la plus approfondie dans le cadre de l'organisation commune, avec un manager en général unique auquel rapportent fonctionnellement voire hiérarchiquement les agents du RSI et de l'URSSAF qui y travaillent, ne représentent qu'une part limitée des personnels de l'organisation commune, comme on l'a vu supra.

²⁴⁸ La question, importante pour la qualité des process et les économies de gestion, de la centralisation de certaines fonctions sur des plateformes nationales ou multi-régionales est abordée dans l'annexe 4.

²⁴⁹ Cf. l'annexe 4.

- [1372] La méthode de déploiement retenue, qui a été globalement libérale et flexible, a les inconvénients de ses avantages. Le calendrier de mise en œuvre a été relativement lent et l'on n'est toujours pas dans une phase d'aboutissement de la mise en œuvre de l'organisation commune sur le terrain. Comme on l'a vu *supra*, les contours de l'organisation commune sur le terrain sont désormais très différents d'une région à l'autre et il va être difficile et long d'aboutir à une homogénéisation et une industrialisation des processus, pourtant indispensables pour atteindre des standards élevés de qualité et de productivité et garantes de l'égalité de traitement des cotisants sur le territoire national.
- [1373] De nombreux interlocuteurs de la mission ont regretté que la direction de programme nationale n'ait pas été suffisamment prescriptive et ambitieuse (projet intégré avec un champ de coopération total). Mais c'est certainement faire fi des résistances notamment des administrateurs face à un projet qui pouvait passer pour une dilution.
- [1374] Enfin, les formations communes sont, de l'aveu des responsables locaux rencontrés par la mission, insuffisantes voire inexistantes.

5.4 Un approfondissement souhaitable de l'organisation commune

- [1375] Il existe deux grands scénarios de dépassement des limites actuelles de l'organisation commune, sans préjudice de la rénovation complète du système d'information qui est aujourd'hui inadapté au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants.
- [1376] Un premier scénario, qui est porteur de la plus grande efficacité et d'économies de gestion significatives, consisterait à mettre un terme au partage de la fonction recouvrement entre RSI et URSSAF, qui demeure une incongruité.
- [1377] Le transfert du recouvrement des cotisations maladie des professions libérales par les organismes conventionnés (la RAM et trois mutuelles) vers les URSSAF, qui figure dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, est, peut-être, un premier pas dans cette direction. Ce scénario de transfert du recouvrement de toutes les cotisations des artisans et des commerçants au bénéfice des URSSAF n'a pas fait l'objet d'une expertise par la mission, dont ce n'était pas l'objet. Il exigerait des travaux préparatoires longs et attentifs compte tenu du précédent que constitue le désastre de l'ISU, de la complexité des opérations en jeu et du nombre des cotisants.

Recommandation n°100 : Mener, sous l'égide de l'IGAS, une étude de faisabilité d'un transfert du recouvrement des cotisations et contributions sociales des artisans et des commerçants aux URSSAF

- [1378] Le second scénario, celui de l'approfondissement de l'organisation commune, est celui qui est examiné ici par la mission. C'est le plus compatible avec les échéances de la prochaine convention d'objectifs et de gestion. En outre, il n'est pas contradictoire avec le scénario du transfert s'il s'avère qu'au terme de la prochaine convention d'objectifs et de gestion, les résultats n'étaient pas au rendez-vous dans le domaine du recouvrement.
- [1379] La mise en place rapide d'un service véritablement commun du recouvrement entre les caisses du RSI et des URSSAF, avec une gestion de bout en bout par les agents du RSI et des URSSAF indifféremment, est une évolution qui est souhaitée par les interlocuteurs de la mission à de rares exceptions près.
- [1380] Le service commun du recouvrement inclurait tous les processus du recouvrement y compris l'encaissement et le recouvrement forcé, à l'exception des opérations d'affiliation qui devraient être centralisées à Auray. Tous ces processus seraient gérés indifféremment par les agents des URSSAF ou les agents du RSI, de bout en bout.

Recommandation n°101 : Mettre en place pour l'été 2017 un véritable service commun du recouvrement RSI-URSSAF gérant de bout en bout tous les processus sauf l'affiliation

[1381] La question se pose de savoir s'il ne faudrait pas y inclure également les activités de contrôle (planification *et* mise en œuvre). La mission estime que c'est souhaitable²⁵⁰. Cela passe par la création d'une unité dédiée d'inspecteurs spécialisés en matière de contrôle de l'ISU.

[1382] Afin de garantir le respect du calendrier et une bonne mise en œuvre de l'approfondissement de l'organisation commune, des incitations financières spécifiques devraient être mises en œuvre pour les agents de direction.

Recommandation n°102 : Inclure dans les primes des agents de direction un élément sur la mise en place à bonne date du service commun

[1383] Les processus devraient, dans le cadre du projet Trajectoire 2018, être industrialisés et alignés sur un même modèle en France entière, en s'inspirant des meilleures pratiques constatées aujourd'hui sur le territoire²⁵¹. De même, en raison de la désynchronisation entre les évolutions territoriales du RSI, il faudra être particulièrement attentif à l'unicité des pratiques au sein du même service commun.

[1384] Les agents du service commun devraient être placés sous une autorité fonctionnelle, voire le cas échéant hiérarchique, unique dans chaque région. La direction générale du RSI plaide pour que ce soit sous l'autorité d'un agent de direction du RSI. Il serait préférable que le choix d'alterner, un agent de direction de l'URSSAF ou un agent de direction du RSI selon la région, soit fait : cet agent de direction, responsable du service commun, rapporterait lui-même aux deux directeurs d'URSSAF et du RSI.

Recommandation n°103 : Placer chaque service commun du recouvrement régional sous une autorité fonctionnelle, ou le cas échéant hiérarchique, unique

[1385] La coexistence de deux catégories d'agents ayant deux statuts (conventions collectives) légèrement différents, et travaillant sous la même autorité fonctionnelle, est fréquente dans l'univers public. Elle soulèvera certainement en l'espèce quelques questions d'harmonisation des rémunérations, des accessoires de rémunération et des conditions de travail, mais de façon semble-t-il limitée (salaires et primes en Ile-de-France notamment, en raison d'un régime apparemment plus favorable des agents du RSI).

Recommandation n°104 : Expertiser les différences de rémunérations et de conditions de travail effectives entre les agents du RSI et les agents des URSSAF dans les différentes régions

[1386] Le service commun du recouvrement devrait graduellement, au cours des prochaines années, être physiquement regroupé autant que possible sur un seul (ou deux) site(s) ou plateau(x) commun(s) RSI/URSSAF dans chaque région afin qu'un nombre le plus significatif possible des agents affectés au recouvrement amiable et forcé y travaille ensemble.

Recommandation n°105 : Regrouper le service commun du recouvrement dans chaque région dans une ou deux plateformes physiques communes à l'horizon 2019

[1387] L'existence de dispositifs intégrés de recrutement, de formation et d'évaluation des agents du service commun du recouvrement est certainement une condition de réussite du futur service commun. Ils n'existent pas aujourd'hui et il convient de les mettre en place.

Recommandation n°106 : Mettre en place un dispositif intégré RSI/URSSAF de recrutement, de formation et d'évaluation des agents travaillant dans l'organisation commune et le futur service commun du recouvrement

²⁵⁰ Cf. *infra*.

²⁵¹ Cf. annexe 4.

[1388] De façon plus générale, et pour conclure, il serait judicieux que des modes opératoires communs au RSI et à l'ACOSS soient mis en place, dans le cadre de l'organisation commune, pour faire face aux phénomènes de contestation de l'affiliation à la sécurité sociale.

6 DES PROGRES SONT ENCORE NECESSAIRES DANS LA CHAINE DU RECOUVREMENT

[1389] Les processus du recouvrement par l'ISU ont connu des progrès significatifs au cours des années récentes et surtout des tout derniers mois, notamment avec la mise en œuvre du « 3 en 1 », les mesures décidées en juin 2015 par le gouvernement²⁵² et celles annoncées en septembre 2015 à la suite de la remise du rapport remis par les députés Bulteau et Verdier²⁵³.

[1390] Le présent chapitre intègre autant que possible les constats et les recommandations faits par les récents rapports, et les toutes récentes annonces gouvernementales, tout en partant des constats de terrain réalisés par la mission.

[1391] Outre le caractère incomplet de la stratégie de gestion du risque et de l'animation de la politique de recouvrement par les caisses nationales²⁵⁴, le processus du recouvrement présente encore, à ce jour, des faiblesses à chacun de ses stades, dont une bonne partie est due aux caractéristiques actuelles du système d'information SNV2, et auxquelles il serait opportun de répondre à l'occasion de la prochaine COG.

6.1 Une stratégie de gestion du risque et une politique d'animation de la politique de recouvrement encore incomplètes

[1392] Les interlocuteurs nationaux et locaux de la mission conviennent du caractère embryonnaire de la stratégie de gestion du risque existant dans le cadre de l'ISU. Les premières années de l'ISU ont été en effet consacrées essentiellement à la gestion de crise dans un contexte de dysfonctionnements majeurs et de dégradation prononcée des performances du recouvrement par l'ISU.

[1393] Des progrès sont intervenus depuis lors, avec la publication, en deux lots successifs (en mars 2013 puis en février 2014), du socle commun du recouvrement initié en 2012 ; mais ils demeurent encore partiels.

[1394] La première partie du socle commun du recouvrement exposait les orientations dans le domaine du recouvrement amiable avec plus particulièrement une présentation de la politique de recouvrement amiable et les parcours associés, la politique des délais de paiement, la politique de remise dégressive des majorations de retard ainsi que le processus général de gestion des admissions en non valeur des créances ISU. La seconde partie du socle commun du recouvrement porte sur la prévention des revenus non déclarés (taxations d'office), la prévention de la prescription, la fiabilisation des titres exécutoires, les oppositions à tiers détenteurs social, les assignations en ouverture de procédure collective commerciale, la gestion des recours et les inscriptions du privilège légal de la sécurité sociale.

[1395] Le socle commun du recouvrement est inspiré des processus du recouvrement des cotisations des professions libérales par les URSSAF. Il ne constitue pas encore, pour autant, une stratégie complète de gestion du risque à proprement parler et présente des limites.

²⁵² 20 mesures pour les assurés du régime social des indépendants (RSI), 25 juin 2015.

²⁵³ Sylviane Bulteau, députée de la Vendée, et Fabrice Verdier, député du Gard, *Rapport au Premier Ministre sur le fonctionnement du RSI dans sa relation avec les usagers*, 21 septembre 2015

²⁵⁴ La présente annexe ne traite pas de l'affiliation, de la radiation et des modifications, conformément à la lettre de cadrage de la mission, même si des problèmes majeurs demeurent à ce stade, dont la différence d'identifiants des cotisants entre les URSSAF, le RSI et la DGFIP est l'une des principales.

[1396] N'ayant pas conduit d'analyses suffisamment fines de segmentation du fichier de ses cotisants ni du stock de ses créances, l'ISU retient toujours une typologie simple des cibles des actions de recouvrement. Le socle du recouvrement considère ainsi pour l'heure deux profils essentiels²⁵⁵ :

- le mono-débiteur, qui est un assuré présentant un nouveau débit et n'ayant pas d'autres dettes antérieures non soldées, quel que soit l'historique des incidents de paiement et l'ancienneté de son affiliation²⁵⁶ ;
- le pluri-débiteur, qui concerne les assurés ayant au moins deux échéances mensuelles ou trimestrielles non soldées.

[1397] Ne pas tenir compte de l'historique des incidents de paiement et de l'ancienneté de l'affiliation dans le profil mono-débiteur est également apparu contestable à plusieurs interlocuteurs de la mission.

[1398] Il serait également très utile de pouvoir disposer des situations de l'ensemble des comptes d'une même personne, compte travailleur indépendant mais aussi compte employeur, afin d'apprécier la globalité des situations débitrices et de définir les mesures les plus adaptées.

Recommandation n°107 :Elaborer une stratégie de gestion du risque sur la base d'une segmentation fine des cotisants et des débiteurs

Recommandation n°108 :Retenir une typologie plus complexe des profils de débiteurs, en tenant compte notamment de l'historique des incidents de paiement, de l'ancienneté de l'affiliation et du caractère ou non d'employeur

[1399] S'agissant de la politique du recouvrement elle-même, le directeur du recouvrement du RSI a convenu devant la mission que « la caisse nationale devrait prendre ses responsabilités en matière de conception et d'animation d'une telle politique », un constat corroboré par les caisses régionales et par les URSSAF rencontrées. Ce devrait être une priorité de la prochaine convention d'objectifs et de gestion.

[1400] Il faudrait à cette occasion clarifier précisément les responsabilités respectives du programme national ISU et celles de la direction du recouvrement du RSI et de la direction du recouvrement de l'ACOSS. Il serait logique que la direction du recouvrement du RSI soit chef de file, avec le soutien de la direction du recouvrement de l'ACOSS et du programme national ISU.

Recommandation n°109 :Construire et conduire une politique cohérente et complète d'animation du recouvrement de l'ISU, confiée à la direction du recouvrement du RSI

[1401] Il serait également souhaitable qu'une politique globale du recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants (ISU et hors ISU) soit communément définie par accord entre le RSI et l'ACOSS.

6.2 Une amélioration indispensable de la fiabilisation de la collecte des revenus

[1402] La collecte des revenus est un processus clé sur lequel des progrès majeurs doivent être réalisés au cours de la prochaine période conventionnelle.

²⁵⁵ Auxquels s'ajoute le profil de « cotisant volontaire ». A compter de juillet 2015, le nombre des profils de débiteurs est passé de six à trois.

²⁵⁶ Le socle commun du recouvrement distingue aussi, au sein de ce profil, le mono-débiteur nouvel inscrit dont l'affiliation récente justifie l'utilisation d'accompagnement spécifique et adaptés.

- [1403] Après celle de l'immatriculation, des modifications et des radiations, la fiabilisation du processus de collecte des revenus est essentielle pour le juste calcul et l'appel exact des cotisations et des contributions obligatoires et, en définitive, pour une parfaite liquidation des prestations.
- [1404] Les travailleurs indépendants n'ayant pas déclaré leur revenu se voient calculer leurs cotisations sur une base en taxation d'office. Or, alors même que l'ISU souffre précisément d'un niveau très élevé de taxations d'office, y compris pluriannuelles, la fiabilisation des revenus n'a pas donné lieu, au cours de la présente période conventionnelle, à des efforts à la hauteur des enjeux.

6.2.1 Un processus de collecte mieux organisé mais qui peut encore progresser grâce à la généralisation de la télé-déclaration

- [1405] Le processus de collecte des revenus des travailleurs indépendants intervient chaque année de mars à juin via la déclaration sociale des indépendants (DSI). Il s'agit d'une formalité obligatoire pour l'artisan ou le commerçant – et plus largement le travailleur indépendant – même en cas de non-imposition ou de revenu nul ou de droit à exonération partielle des cotisations.
- [1406] La DSI elle-même a été simplifiée par rapport à la déclaration commune des revenus (DCR) qui la précédait. Le formulaire de la DSI ne comporte plus que deux pages contre quatre auparavant. Il demeure néanmoins toujours assez complexe pour les non-spécialistes de la fiscalité et de la sécurité sociale que sont la plupart des travailleurs indépendants. La déclaration comporte en effet encore 5 rubriques (entreprises individuelles et sociétés soumises à l'IR ; EIRL et sociétés soumises à l'IS, agents généraux d'assurances ; cotisations obligatoires ; cotisations facultatives ; autres activités exercées..) et 16 cases (de XA à XR) à renseigner en tout ou partie par le cotisant qui, ignorant des subtilités du droit de la sécurité sociale, peut facilement se tromper.
- [1407] Par exemple, pour un cotisant inexpérimenté, il ne paraît pas tomber sous le sens de devoir déclarer sur la DSI le montant de ses cotisations obligatoires. Cette exigence est pourtant liée à la détermination du calcul de la CSG et de la CRDS. Et l'absence de ce montant, qu'il faut au demeurant parvenir à connaître précisément²⁵⁷, bloque l'envoi du flux vers le réseau des URSSAF et les traitements de calcul de régularisation et d'ajustement. Dans le cas d'un travailleur indépendant rencontrant de graves difficultés et qui aurait fait l'objet d'une ou de plusieurs taxations d'office, un délai important peut s'écouler pour ce motif avant qu'une régularisation n'intervienne et qu'il soit libérée de la plupart de ses dettes.
- [1408] La campagne de collecte des ressources est déclenchée à partir du système d'information du RSI : les revenus collectés sont d'abord enregistrés dans TAIGA puis transmis par flux (FC15 R à compter de 2015) au système d'information des URSSAF (SNV2). En 2015, pour la campagne de collecte des revenus 2014, plus de 1,3 millions d'assurés ont été sélectionnés pour cette émission initiale.
- [1409] Il existe deux formats de DSI : un format papier et un format dématérialisé (cf. *infra*). Les DSI papiers sont acheminées, mises sous pli et envoyées aux cotisants. L'édition et le routage des déclarations papier sont confiés depuis 2013 à la CNAMTS et via le site Net-entreprises (Net-DSI) pour les déclarations dématérialisées.
- [1410] Les DSI sont réceptionnées soit de manière dématérialisée via des flux quotidiens envoyés par le GIP-MDS pour les déclarations réalisées sur Net-DSI et pour les déclarations EDI des experts comptables, soit au travers de l'exploitation des formulaires papiers reçus qui donnent lieu à la saisie des revenus dans TAIGA par les caisses RSI ou à la saisie par les façonniers.
- [1411] Le RSI réalise, fin juin, une première relance auprès de tous les travailleurs indépendants qui n'ont pas déclaré leurs revenus à partir de TAIGA. Elle a concerné environ 215 000 cotisants.

²⁵⁷ L'expérience pratique du rédacteur de la présente annexe montre que des réponses différentes peuvent être données par téléphone par les services du RSI à la question, en principe simple, de savoir le montant des cotisations minimales.

- [1412] Des émissions complémentaires et des relances sont également faites. La deuxième relance, effectuée par l'ACOSS et à destination des cotisants n'ayant pas communiqué leur revenu et/ou leurs cotisations sociales, a concerné près de 180 000 cotisants en septembre 2014.
- [1413] Des progrès significatifs et des économies de gestion pourraient être réalisés par un recours accru à la télé-déclaration. Celle-ci est obligatoire pour les travailleurs indépendants qui déclarent désormais un montant de revenu supérieur à 10 000 €. La prise en compte de cette nouvelle obligation a conduit à faire évoluer les processus, avec une nouvelle étape d'identification des publics concernés, puis l'envoi d'un courrier les informant de l'obligation de télé-déclarer.
- [1414] A l'heure de l'économie digitale, il serait opportun de généraliser rapidement la télé-déclaration des revenus des travailleurs indépendants quel que soit leur montant, comme c'est déjà le cas en matière de TVA.

Recommandation n°110 : Généraliser la télé-déclaration des revenus (DSI) pour tous les artisans, commerçants (et professions libérales) au 1^{er} janvier 2018

6.2.2 Des échanges de données insuffisants avec la DGFIP

- [1415] Les relations entre l'ACOSS, le RSI et la DGFIP sont manifestement limitées et distantes.
- [1416] La DGFIP a fait part à la mission de certaines remontrances à l'encontre de la DSS, de l'ACOSS et du RSI :
- projet DSS de suppression de la DSI qui aurait donné lieu à de lourds investissements de la DGFIP et à la modification d'imprimés mais qui aurait avorté ;
 - radiation automatique des auto-entrepreneurs n'ayant déclaré aucun revenu pendant deux ans qui aurait été décidée unilatéralement par l'ACOSS sans en informer la DGFIP et aurait occasionné des problèmes pour les fichiers fiscaux car l'administration fiscale n'applique pas la même règle.
- [1417] Par ailleurs, l'accès physique des agents du RSI et des URSSAF aux données fiscales des cotisants de l'ISU détenues dans les services locaux de l'administration fiscale, jugé très utile par les agents des URSSAF et du RSI et largement utilisé, a été stoppé pour l'essentiel il y a plusieurs années à la suite d'un échange de lettres entre les directeurs de la DGFIP et du RSI.
- [1418] Des échanges de flux informatisés entre la DGFIP et l'ACOSS ont été mis en place dans le cadre de la suppression de la DCR en 2010 selon le processus suivant :
- traitement TI65 extrayant les comptes ISU et PL actifs et radiés connus dans le SNV2 au titre de l'exercice précédent ;
 - fichier retour adressé par la DGFIP avec les données fiscales attendues par le recouvrement qui sont intégrées dans le SNV2 par le traitement TU46 ;
 - consultation par la transaction FISC qui affiche l'assiette sociale calculée à partir des données fiscales ;
 - traitement TU47 qui permet d'obtenir la liste des comptes en taxation d'office au passage du traitement et pour lesquels des données fiscales sont enregistrées dans le SNV2.
- [1419] Il y aurait eu à l'époque entre 350 000 et 500 000 redevables non identifiables sur 1 900 000 en raison notamment de la différence des identifiants utilisés par la DGFIP et par l'ISU. De plus, les différences entre l'assiette sociale et l'assiette fiscale obligeaient – et obligent toujours - à disposer, notamment pour les gérants imposés à l'IS, d'autres documents fiscaux que la déclaration 2042 complémentaire seule concernée par l'échange de fichiers informatisés, et notamment sur lesquels on peut disposer des revenus de capitaux mobiliers, des cotisations obligatoires, des cotisations facultatives et des autres revenus industriels et commerciaux non professionnels.

- [1420] Les données fiscales récupérées sur le plan national, comme dans le cadre d'une expérimentation spécifique en Gironde réalisée, permettaient de reconstituer l'assiette sociale dans 45 % des cas environ, et permettaient de régulariser plus de 10 % des comptes restant en TO. Mais ces échanges n'ont pas été jugés concluants dans le rapprochement des fichiers et des revenus des cotisants et ont été, en pratique, stoppés en 2012.
- [1421] En juillet 2015, les données fiscales (concernant les revenus 2012 et 2013) ont été à nouveau intégrées dans les bases régionales. Les données fiscales concernant les revenus 2014 seront intégrées en octobre 2015 (avec un complément en mars 2016). Les estimations disponibles convergent avec les chiffres plus anciens : ce sont environ 10 % de comptes en taxation d'office qui seraient potentiellement régularisables par ce biais.
- [1422] Parallèlement, depuis décembre 2014, une nouvelle expérimentation d'échanges de fichiers, engagée dans la région PACA entre le RSI et l'URSSAF, doit permettre sur un périmètre restreint (données 2013, région PACA) de mettre à jour l'étendue des problèmes qui demeurent dans les échanges entre fichiers fiscaux et sociaux. Les premiers résultats confirment que les données transmises par la DGFIP sont insuffisantes pour reconstituer en totalité l'assiette des cotisations et contributions sociales et que des difficultés spécifiques concernent les travailleurs indépendants exerçant leur activité au sein de sociétés soumises à l'IS, en particulier pour ce qui concerne les cotisations obligatoires et facultatives et les dividendes. Il y a aussi certainement des problèmes d'identifiants, différents entre la DGFIP, le RSI et les URSSAF, qu'il convient de régler.
- [1423] Pour toutes ces raisons, il est indispensable de remettre la coopération ACOSS/RSI/DGFIP et le chantier de la fiabilisation des déclarations de ressources au premier plan des priorités de la prochaine convention d'objectifs et de gestion. Cela passe par plusieurs mesures.

Recommandation n°111 : Arrêter avant la fin 2015 un plan pluriannuel d'action sur la fiabilisation des déclarations de ressources et les échanges de données avec la DGFIP, annexé à la convention d'objectifs et de gestion

Recommandation n°112 : Reprendre rapidement et approfondir, notamment sur la base des résultats de l'expérimentation en PACA, l'exploitation des échanges de données informatisées entre la DGFIP, l'ACOSS et le RSI

Recommandation n°113 : Rouvrir plus largement l'accès des agents locaux des URSSAF et du RSI à la consultation des données fiscales à la demande, y compris grâce à des liaisons informatiques dédiées, en révisant le contenu de l'échange de lettres entre le DGFIP et le directeur général du RSI

6.2.3 Vers un alignement de l'assiette sociale et fiscale des travailleurs indépendants ?

- [1424] Une source de progrès et de simplification serait d'aligner l'assiette sociale et fiscale. Reposant sur le revenu net pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu, l'assiette sociale a été élargie notamment par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2013 par la réintégration de certaines déductions fiscales.
- [1425] Le chantier de l'alignement des assiettes dépassait l'objet de la mission d'évaluation de la COG mais doit certainement être rapidement exploré. Comme le suggère le rapport parlementaire remis au Premier ministre le 21 septembre 2015, une mission ad hoc devrait expertiser les modalités, et le coût pour les finances publiques, d'un tel alignement.

Recommandation n°114 : Diligenter une mission IGAS/IGF sur les modalités et le coût d'un alignement de l'assiette sociale et de l'assiette fiscale des travailleurs indépendants

6.3 Des progrès importants dans le calcul et l'appel des cotisations qu'il convient d'évaluer et de prolonger

6.3.1 Des avancées récentes qu'il convient d'évaluer

- [1426] Les cotisations sont calculées par risque à partir de l'assiette sociale qui est la base de calcul sur laquelle est appliqué un taux. Pour les débuts d'activité (1^{ère} et 2^{ème} année), un forfait est appliqué par risque avec un pourcentage calculé à partir du plafond de la sécurité sociale. Pour chaque risque, il existe différents types d'exonérations ou de dispenses.
- [1427] Il existe quatre échéances trimestrielles pour les cotisants (63 % d'entre eux) qui ont fait le choix de la trimestrialisation : 5 février, 5 mai, 5 août et 5 novembre. Une notification d'appel de cotisations par courrier est envoyée aux cotisants deux semaines avant chaque échéance. Pour les cotisants qui paient mensuellement et obligatoirement par prélèvement automatique (765 000 cotisants en 2014), il n'y a pas d'appel de cotisations formalisé proprement dit mais le SNV2 positionne sur les comptes cotisants un débit à date
- [1428] A compter de 2015, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a simplifié le calendrier et modifié les règles de calcul des cotisations des travailleurs indépendants, afin de rapprocher le montant des cotisations provisionnelles et la régularisation des revenus perçus.
- [1429] Jusqu'en décembre 2014, les cotisations provisionnelles (N) étaient calculées soit sur la base des revenus N-2, soit sur les bases forfaitaires de début d'activité, soit sur les bases d'une taxation d'office en cas d'absence de déclaration des revenus N-2.
- [1430] Depuis le 1^{er} janvier 2015, le calcul des cotisations provisionnelles payées en année N (année en cours) est désormais réalisé sur le base du revenu de l'année N-1 au lieu de l'année N-2 (ou sur la base d'un revenu estime N ou sur les bases d'une taxation d'office).
- [1431] Jusqu'en 2014, une opération de régularisation de masse des cotisations s'effectuait au mois d'octobre et les cotisations définitives (N-1) étaient calculées soit sur la base des revenus N-1 soit sur les bases d'une taxation d'office. La régularisation pouvait générer un solde débiteur qui était à régler en deux échéances en novembre et en décembre pour les cotisants mensualisés et en novembre pour les cotisants trimestriels. Le solde créditeur était remboursé à compter de novembre. L'option d'une régularisation anticipée avait été ouverte, entre avril et fin juin, aux cotisants depuis 2012.
- [1432] Désormais, en cas de solde créditeur de cotisations au moment du calcul des cotisations provisionnelles, les assurés doivent être remboursés dans un délai d'un mois au lieu d'attendre la fin de l'année comme auparavant. Par ailleurs, le paiement des cotisations est effectué sur douze mois au lieu de dix mois pour les assurés qui ont opté pour le versement mensuel. Cela permet en principe de coller davantage à la trésorerie de l'entreprise.
- [1433] En pratique, le cotisant est rendu destinataire dans les quinze jours suivant la prise en compte de sa déclaration de revenus d'un échéancier d'appel de cotisations, le « 3 en 1 » qui lui donne le calcul des cotisations et le montant de la régularisation de l'année écoulée (N-1), l'ajustement des cotisations et contributions sociales provisionnelles de l'année en cours (N) et le montant des premières échéances de l'année à venir (N+1) calculées à titre provisoire sur une fraction du montant des cotisations professionnelles.
- [1434] Le RSI a dépensé beaucoup d'énergie, de temps et d'argent (près d'1 M€ en développements informatiques) à la mise en œuvre du « 3 en 1 ». La direction générale considère que c'est un succès qui va structurellement simplifier et améliorer les relations avec les cotisants. Parmi les chiffres clés que l'on peut citer :
- il y a eu 1,4 millions de comptes traités par le traitement « 3 en 1 » ;

- les déclarations dématérialisées progressent de 10 % environ pour les télédéclarations transactionnelles et de 66 % pour les déclarations transmises en EDI par les experts comptables ;
- les taux de rejets de l'intégration des revenus dans le système d'information de l'ACOSS est passé de 3,5 % en 2014 à 1,6 % en 2015.

[1435] La mission a toutefois constaté l'existence d'un gros « bug » en Ile-de-France qui a touché plus de 100 000 cotisants qui ont été « oubliés » par le premier envoi en masse. Dans une région visitée par la mission, l'estimation des gestionnaires de comptes était au moment du passage de la mission que le « 3 en 1 » ne fonctionnait pas pour 10 % des dossiers environ. Plusieurs interlocuteurs de la mission ont également souligné que le « 3 en 1 » allait générer une importante volumétrie de courriers et d'échanges avec les gestionnaires de comptes en raison des nombreuses régularisations inhérentes au dispositif et que cela risquait d'emboliser l'ISU qui n'en a pas besoin. Enfin, autant le « 3 en 1 » est favorable par rapport à la situation actuelle aux cotisants dont les revenus baissent d'une année sur l'autre, autant il n'est pas favorable à ceux dont les revenus augmentent.

[1436] Il est donc trop tôt pour tirer toutes les leçons de la mise en œuvre du « 3 en 1 », ce qu'il faut faire dans les prochains mois afin d'adapter le dispositif autant que de besoin dans le cadre de la prochaine COG.

Recommandation n°115 : Dresser le bilan contradictoire du dispositif « 3 en 1 » au premier trimestre 2016 afin de l'adapter autant que de besoin

[1437] La décision prise par le gouvernement en juin 2015 d'intégrer à la déclaration de revenus en ligne un simulateur de cotisations à compter de 2016, ce qui permettra aux travailleurs indépendants d'avoir une vision immédiate et précise des cotisations dont ils devront s'acquitter, constitue également un progrès dont il faudra évaluer l'impact. Il est important toutefois que cette simulation soit possible pour le calcul des cotisations quelle que soit l'année d'exercice, et en pratique au-delà des deux premières années activités.

[1438] Constitue de même a priori un progrès le fait que pour favoriser le recours à la procédure du revenu estimé qui permet de demander, y compris plusieurs fois dans l'année, la révision des cotisations provisionnelles en tenant compte des revenus de l'année en cours²⁵⁸, les déclarations anticipées inférieures de plus d'un tiers au revenu réalisé ne sont plus pénalisées depuis le 1^{er} juillet 2015 dès lors que l'évaluation a été faite en fonction des revenus connus au moment de la demande.

6.3.2 Des problèmes qui demeurent

[1439] Des problèmes nombreux demeurent toutefois en ce qui concerne l'appel et le calcul des cotisations.

[1440] L'envoi d'appels erronés de cotisations, éventuellement de façon récurrente, et avec toutes les conséquences en termes de recouvrement forcé en cas de non-paiement, persiste manifestement. Les responsables des caisses régionales en conviennent et plusieurs cas ont été rapportés aux membres de la mission. Cela peut être dû à des problèmes informatiques, à des erreurs de saisie ou bien à d'autres facteurs inexplicables. Il est regrettable que l'ISU ne se soit pas mis en situation d'apprécier la volumétrie de ces appels erronés car ils contribuent à nourrir le discours des critiques de l'ISU et du RSI. A contrario, une information objective diffusée par l'ISU permettrait certainement d'apaiser les esprits, en mettant les dysfonctionnements existants, qui sont inhérents à un processus de recouvrement par nature complexe, en perspective et en faisant ressortir les progrès.

²⁵⁸ Près de 100 000 demandes auraient été faites depuis janvier 2015.

Recommandation n°116 : Mettre en place des outils d'évaluation et de suivi du volume d'appels erronés de cotisations et en publier régulièrement les résultats

- [1441] La difficile lisibilité des avis d'appel issus du SNV2, et parfois leur multiplication, pose des problèmes fréquents aux cotisants sur lesquels l'attention de la mission a été appelée par des gestionnaires de comptes. Dans le cadre du chantier « éditique », l'amélioration et la simplification des avis d'appel est une priorité

Recommandation n°117 : Améliorer et simplifier la rédaction des avis d'appel dès 2016 dans le cadre du chantier « éditique »

- [1442] Il n'existe pas de dispositif de rappel dématérialisé, par envoi de courrier et/ou de sms, proche de l'échéance afin de faciliter le respect de celle-ci par les redevables. Il serait opportun d'en mettre un en place dès que possible.

Recommandation n°118 : Mettre en place un dispositif automatique de rappel dématérialisé aux cotisants par envoi de courrier et/ou de sms proche de l'échéance

- [1443] La mission n'a pas expertisé la question de l'auto-déclaration et de l'auto-liquidation des cotisations, qui est en vigueur pour les cotisants du régime général et, sur la base d'un forfait, pour les travailleurs indépendants auto-entrepreneurs. C'est une demande ancienne des experts comptables et de la CGPME, qui avait été évoquée par le rapport sénatorial de 2014 et a été reprise par le rapport des deux parlementaires de septembre 2015. La suggestion faite par les parlementaires de mener une expérimentation sur un champ géographique bien circonscrit, ou pour une population de cotisants strictement définie, pourrait être reprise dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion.

Recommandation n°119 : Prévoir dans la COG une expérimentation d'auto-déclaration et d'auto-liquidation des cotisations sur un champ strictement circonscrit, en incluant d'une part des cotisants bénéficiant des services d'un expert-comptable et des cotisants n'en bénéficiant pas

- [1444] Le barème lui-même des cotisations sociales des travailleurs indépendants est très complexe et peu lisible. Il compte notamment cinq assiettes de cotisations minimales répondant à des logiques de pilotage des risques différentes. Certaines cotisations sont plafonnées, d'autres non ou soumises à des taux différents par tranches de revenus. Cela ne facilite pas du tout la compréhension des sommes appelées par les assurés.
- [1445] Comme le RSI, la mission des deux parlementaires suggère d'aller vers un barème unique, orientation qui sortait du champ de l'évaluation par l'IGAS et qui devrait être expertisée par la mission de l'IGAS et de l'IGF sur l'harmonisation de l'assiette sociale et fiscale. Le barème proposée par le RSI conduirait notamment à une hausse de la cotisation minimale des travailleurs indépendants ayant de faibles revenus, ce qui peut paraître paradoxal.

- [1446] Les responsables de caisse regrettent également l'impossibilité, pour des raisons de développement informatique, d'anticiper les difficultés financières des assurés dans la gestion de son compte: aujourd'hui, tant qu'un débit n'est pas inscrit au compte, on ne peut rien faire. Cela pose des problèmes incompréhensibles aux assurés qui veulent par exemple quitter le régime en cours d'année et payer la totalité de la régularisation.

Recommandation n°120 : Autoriser des opérations par anticipation sur les comptes même quand ceux-ci ne sont pas en débit

- [1447] La régularisation à la suite d'une cessation d'activité est une source persistante de problèmes et de récriminations de la part des cotisants. En cas de radiation, le cotisant reçoit en effet une demande de déclaration de revenu de la part de l'URSSAF et dispose de 90 jours pour effectuer cette déclaration. Un calcul sur des bases taxées d'office est effectué si le cotisant n'adresse pas ses revenus à l'issue de ce délai, ce qui est fréquent. Si la régularisation des cotisations post-radiation fait apparaître un solde débiteur, ce dernier fait l'objet d'un appel de cotisations complémentaire et si la régularisation fait apparaître un solde créditeur, il doit faire l'objet d'un remboursement, qui était jusqu'à récemment généralement tardif.
- [1448] La mission ne soutient pas la position du RSI qui voudrait la suppression pure et simple de la régularisation des cotisations post-radiation mais soutient l'idée, qui exige néanmoins une expertise précise, d'une régularisation anticipée sur un champ plus étroit, par exemple en cas de calcul et de liquidation d'une pension de retraite.

Recommandation n°121 : Etudier la faisabilité d'une régularisation des cotisations en cas de cessation d'activité avant le calcul et la liquidation d'une pension de retraite

6.4 Un paiement, un encaissement des cotisations et des remboursements qui sont perfectibles

6.4.1 Des évolutions réelles en matière de paiement, d'encaissement et de remboursements

- [1449] A ce jour, deux options de paiement coexistent pour la population des travailleurs indépendants : le paiement par chèque qui est réservé aux cotisants trimestriels, et le prélèvement automatique qui concerne aussi bien les cotisants mensuels que les cotisants trimestriels. Dès lors que les revenus professionnels sont supérieurs à 19 020 €, le cotisant a l'obligation de payer ses cotisations par voie dématérialisée. Cependant, cette obligation de principe ne donne pas lieu à l'application de pénalités à ce stade.
- [1450] Les cotisants adhèrent au prélèvement automatique via un formulaire papier ou via un formulaire en ligne sur rsi.fr. Ils peuvent changer la date de prélèvement du 5 au 20 de chaque mois pour les mensuels, basculer d'un mode de règlement automatique mensuel à un règlement automatique trimestriel et vice-versa, basculer vers le prélèvement trimestriel par chèque.
- [1451] Depuis février 2014, la norme SEPA est mise en œuvre pour la gestion des prélèvements automatiques. Afin de procéder à l'encaissement des sommes dues recouvrées par prélèvement automatique, les URSSAF émettent une bande de prélèvement à destination des établissements bancaires via le système d'échange interbancaire. Les banques n'interviennent pas dans les litiges pouvant naître entre l'URSSAF et les cotisants : quand où la banque du débiteur ne peut honorer le débit pour une cause technique ou réglementaire, elle bloque le prélèvement et émet un impayé à destination du débiteur et de la banque du créancier. A la réception d'un impayé, la banque impute l'impayé au débit du compte du créancier et informe l'URSSAF de l'impayé et de son motif.
- [1452] A partir de janvier 2016, l'ISU va proposer, outre le prélèvement automatique et le virement bancaire, le télé-règlement des cotisations, comme le fait déjà la DGFIP depuis plusieurs années.
- [1453] En cas de paiement par chèque, le cotisant doit adresser son chèque par courrier à son centre de paiement (URSSAF). Des circuits de transmission des chèques d'un organisme à l'autre sont ainsi installés au sein des organisations communes régionales quand les cotisants envoient ou déposent par erreur leurs chèques au RSI. L'optimisation de la gestion des chèques est un enjeu important pour la qualité du service aux cotisants puisque le non-encaissement des chèques dans les délais (y compris le « terme toléré » de quatre jours ouvrés) est susceptible de générer une dette et d'enclencher les procédures prévues par le parcours du recouvrement.

- [1454] La convention nationale ISU a fixé trois objectifs sur le traitement des chèques à l'horizon du 1^{er} semestre 2015 : encaisser les chèques sous quatre jours, envoyer une lettre de désistement sous huit jours à réception de la demande en cas de perte de chèque, signaler les chèques impayés à l'assuré sous 15 jours après la notification du rejet du chèque par la banque. La mission n'a pas évalué ce dispositif.
- [1455] Dès lors qu'un encaissement est enregistré, un crédit est positionné sur le compte du cotisant dans le système SNV2. Le jour du terme toléré, un rapprochement des débits et des crédits est réalisé par un traitement informatique (TP80). Si la situation nette est débitrice, le « débit instance » devient un « débit recouvrement ». Si la situation nette est créditrice, le processus de remboursement ou d'affectation du crédit aux prochaines échéances est enclenché.
- [1456] Des progrès sont également intervenus dans le domaine des remboursements qui sont de deux ordres (remboursements de masse qui vont disparaître au profit de remboursements au fil de l'eau en raison du 3 en 1 ; remboursements individuels qui ont représenté 600 M€ en 2014). Jusqu'à très récemment, les remboursements supérieurs à 9 000 € pour les comptes ISU en métropole (et 2 000 € pour les comptes ISU dans les DOM) étaient bloqués pour vérification dans le cadre d'un contrôle a priori. Une lettre du directeur de la sécurité sociale modifie les méthodes de contrôle au profit d'un contrôle a posteriori, ce qui permettra des remboursements plus rapides.

6.4.2 Des progrès souhaitables dans plusieurs domaines

- [1457] Des progrès sont toutefois souhaitables dans plusieurs domaines.
- [1458] C'est en particulier le cas dans le domaine du paiement des cotisations.
- [1459] Le taux de dématérialisation des paiements demeure globalement stable à un niveau insuffisant, autour de 60 % du nombre de comptes. Il faut se rappeler que l'objectif cible fixé par la COG précédente du RSI était de 75 %. Cette situation insatisfaisante tient à plusieurs facteurs.
- [1460] L'offre de services de paiements dématérialisés est encore relativement limitée, en particulier en raison de l'impossibilité, jusqu'à l'année prochaine, de payer ses cotisations sociales par télé-règlement. Cette forme de paiement dématérialisé est beaucoup plus appréciée par les redevables car elle est plus souple et permet notamment de coller à la trésorerie disponible, sans risquer un incident de paiement, et les frais afférents, que présente un prélèvement automatique à date fixe.
- [1461] L'ISU ne permet pas non plus de payer les cotisations par carte bleue. Ce mode de paiement serait sans doute peu utilisé, il est plus coûteux mais il n'y a pas de raison suffisante pour l'écarter.

Recommandation n°122 : Elargir au maximum le bouquet d'offres de services de télépaiement

- [1462] En outre, des problèmes significatifs, et connus des cotisants par le bouche à oreille, ont eu lieu, encore récemment, en matière de prélèvement automatique. Ainsi, des prélèvements automatiques ont-ils eu lieu à tort, ou pour des mauvais montants, parfois pendant plusieurs mois consécutifs et sans possibilité de les stopper, ce qui est insupportable à juste titre pour les cotisants et coûteux en frais bancaires. Il est souhaitable que le prélèvement soit un système souple ou une personne puisse se désengager et se réengager simplement.
- [1463] La mise en œuvre récente de la norme SEPA a également occasionné des incidents sérieux dans le Rhône et en Ile-de-France, en raison notamment de la grande complexité des informations à fournir et, selon certains interlocuteurs de la mission, de la trop faible attention portée au service aux cotisants. Des cotisants ont ainsi été à tort prélevés plusieurs fois. Alors que les banques et l'ISU se renvoient la responsabilité de ces incidents, il est indispensable de sécuriser à l'avenir les solutions de paiement dématérialisé.

Recommandation n°123 :Sécuriser les solutions de télépaiement

[1464] Les règles appliquées par l'ISU prévoient une bascule automatique du prélèvement trimestriel vers le paiement par chèque au bout du deuxième incident de paiement de l'année, alors qu'auparavant seule une suspension temporaire était prévue. Cette règle est trop systématique et pénalise les cotisants et l'ISU lui-même. Il conviendrait d'en changer.

Recommandation n°124 :Revenir à un système de suspension temporaire, et pas de suppression, du prélèvement automatique en cas de deux incidents de paiement dans l'année

[1465] Dans un même souci de souplesse, il faudrait prévoir des possibilités de paiement en ligne simplifiées des cotisations courantes et des dettes au stade amiable.

[1466] De façon générale, l'ISU s'est prioritairement inscrit dans une logique d'offre de services de télépaiements et pas suffisamment dans une logique d'obligation de télépaiement. Alors que l'administration fiscale oblige aujourd'hui au télépaiement, il paraît logique d'en faire de même pour l'ISU après un rodage suffisant des formules de télé-règlement.

Recommandation n°125 :Mettre en œuvre l'obligation de télépayer au premier euro les cotisations et contributions sociales des artisans et des commerçants (et des professions libérales) au 1^{er} janvier 2018

6.5 Un recouvrement amiable qui doit encore s'améliorer

[1467] La mise en recouvrement des créances intervient dès lors que la date d'exigibilité et le terme toléré sont dépassés. Le non-paiement spontané des cotisations entraîne plusieurs conséquences majeures pour le cotisant : il devient débiteur et fait l'objet de procédures de recouvrement qui s'enchaînent dans le temps ; des majorations de retard sont appliquées sur les cotisations dues.

[1468] La dette peut en définitive avoir plusieurs issues : le recouvrement par l'application d'une phase amiable puis le cas échéant des procédures du recouvrement forcé ; la prescription qui prive le créancier des moyens de récupérer les sommes dues auprès du débiteur mais qui laisse la dette dans la comptabilité des régimes ; l'abandon par annulation ou par admission en non valeur lorsque le constat d'irrecouvrabilité de la dette est effectuée et qui permet de sortir la dette de la comptabilité des régimes²⁵⁹.

[1469] Le recouvrement amiable désigne les différentes relances, écrites ou téléphoniques, destinées au cotisant visant à procéder au recouvrement des cotisations dues selon l'application de parcours du recouvrement qui dépendent du profil des débiteurs visés (mono-débiteur, pluri-débiteur et cotisant volontaire).

Encadré – Le parcours du recouvrement amiable et les profils de débiteurs

La mise en demeure garantit la récupération des créances par les organismes et permet d'enclencher les procédures de recouvrement forcé le cas échéant. Elle sécurise la prescription de la créance pour une durée de cinq ans à compter de la réception d'un accusé de réception valide.

Le dernier avis avant poursuite est la dernière relance réalisée avant l'ouverture d'une phase contentieuse à l'encontre du cotisant. Le DRAAP rassemble l'ensemble des créances du cotisant dans un seul document (dans la limite de 52 échéances impayées). Le DRAAP évolue vers la contrainte, première étape du recouvrement forcé, à l'issue d'un délai de 30 jours après leur envoi.

Il diffère en principe en fonction du profil du débiteur

Mono-débiteur : à l'issue d'un délai de 14 jours, un appel sortant (TEL1) est réalisé ou, le cas échéant,

²⁵⁹ La prise en charge par l'action sociale des cotisants en difficulté est traitée dans l'annexe consacrée à l'action sanitaire et sociale.

lorsque les organismes ne disposent pas du numéro de téléphone du cotisant, un avis amiable (AV AM1) est envoyé au cotisant. Dans le cas où l'impayé subsiste, une mise en demeure est envoyée au cotisant 14 jours après la relance téléphonique ou l'avis amiable. Si la mise en demeure reste sans effet au terme de 40 jours, un dernier avis avant poursuite (DRAAP) est envoyé au cotisant en amont du recouvrement forcé.

Pluri-débiteur : à l'issue d'un délai de 14 jours, une relance amiable (ECRIT3) est envoyée au cotisant. Dans le cas où l'impayé subsiste, une mise en demeure est envoyée au cotisant 14 jours après la relance amiable. Si la mise en demeure reste sans effet au terme de 40 jours, un dernier avis avant poursuite (DRAAP) est envoyé au cotisant en amont du recouvrement forcé.

6.5.1 Un redémarrage des opérations de recouvrement amiable

[1470] La période conventionnelle a été caractérisée par un « redémarrage » des opérations de recouvrement amiable et leur évolution.

[1471] Ainsi, depuis octobre 2012, des appels téléphoniques ont repris dans l'ensemble des régions dans le cadre des relances amiables pour les cotisants mono-débiteurs dont le numéro de téléphone est connu. Depuis la même date, le RSI a externalisé le processus de gestion des mises en demeure. Et un processus de fiabilisation des débits ciblés par les DRAAP a été initié pour éviter autant que possible l'envoi de DRAAP erronés aux cotisants.

[1472] La politique de recouvrement des majorations de retard a été, pour sa part, mise en œuvre progressivement en parallèle des progrès de l'ISU : mise en œuvre d'une politique dégressive de remise des majorations de retard à compter de février 2013 ; remise exceptionnelle des majorations de retard initiales seules rattachées à des écarts négatifs, soldés et antérieurs au 1^{er} février 2013, en juillet 2014 ; démarrage de la mise en œuvre des majorations de retard initiales dont les écarts négatifs ont été soldés à compter d'octobre 2014. A compter de novembre 2015, la politique de recouvrement des majorations de retard s'appliquera pleinement, y compris sur les majorations de retard complémentaires, par la fiabilisation du module de calcul des majorations de retard (module CALMRI).

[1473] Le débiteur peut demander un échelonnement de sa dette (« délai de paiement »), quel que soit le stade du recouvrement en cours, afin de faire face à des difficultés conjoncturelles. Un objectif de traitement des demandes de délais de paiement en 15 jours a été fixé en 2013 et décliné dans les régions. Par ailleurs, depuis 2014, les cotisants peuvent faire des demandes de délais de paiement directement depuis leur compte en ligne.

6.5.2 Des améliorations nécessaires en réponse aux problèmes existants

[1474] La volumétrie considérable des mises en demeure et derniers avis avant poursuite générés automatiquement par le système d'information SNV2, et selon un cadencement assez rapide, est un premier problème auxquels sont confrontés depuis la création de l'ISU les redevables. Ce point avait été souligné dès 2010 par le « rapport Cojean »²⁶⁰ qui en soulignait le caractère paradoxal alors que les cotisations naguère distinctes étaient regroupées sur un appel unique²⁶¹.

[1475] Le même rapport Cojean indiquait à titre d'illustration qu'un assuré pluri-débiteur en prélèvement mensuel et régulièrement débiteur en année N-1 et en année N pouvait potentiellement recevoir, en année N, douze relances, trois mises en demeure, deux DRAAP (et deux contraintes).

²⁶⁰ Pour un recouvrement maîtrisé des cotisations sociales par les caisses régionales du RSI, Propositions du groupe de travail « cadencement et processus du recouvrement ISU », présidé par Michel Cojean, 8 novembre 2010

²⁶¹ Les caractéristiques du SNV2 qui génère un courrier distinct par fait générateur sont certainement un facteur explicatif important.

- [1476] Ce constat paradoxal demeure, semble-t-il, toujours vrai. A titre d'illustration, à Lyon, la mission a pu constater qu'un redevable avait reçu 34 courriers dans un laps de temps restreint. A Paris, un cotisant en taxation d'office qui veut régulariser sa situation peut recevoir une quinzaine de courriers distincts en un court laps de temps.
- [1477] L'envoi tout au long de l'année de tels courriers, par ailleurs difficilement compréhensibles²⁶², crée certes une pression sur les cotisants pour payer. Mais cette pression est diluée par sa répétition même. Et ces envois récurrents génèrent aussi chez les redevables des réactions d'agacement, ou plus, des communications téléphoniques et des visites proportionnelles à leur nombre...
- [1478] En définitive, tout cela conduit trop de cotisants à ne réagir tardivement qu'au stade de la contrainte, ce qui génère alors des arrêts de poursuites et des allers et retours chronophages entre les gestionnaires de compte et les agents des services du contentieux, ainsi qu'une image de marque dégradée.
- [1479] Le cadencement rapide des différentes phases ne permet pas de donner une souplesse suffisante aux gestionnaires de compte pour gérer les problèmes des redevables et de faire du sur-mesure. Il conviendrait d'examiner s'il est possible de le modifier.

Recommandation n°126 : Etudier une modification du cadencement des relances automatiques avant mise en demeure, des mises en demeure et des DRAAP

- [1480] Le fractionnement excessif du parcours du recouvrement est un second problème, en particulier dans un contexte où de très nombreux comptes étaient en anomalie et où certains le demeurent (sans qu'on puisse en apprécier la proportion : cf. *supra*). Il démultiplie les réclamations amiables et les recours judiciaires sur des problématiques de calcul ou d'affiliation/radiation non résolues et crée beaucoup d'incompréhension.
- [1481] Troisième problème : en dépit de l'existence des campagnes téléphoniques, les contacts directs avec les nouveaux inscrits et avec les redevables demeurent trop limités. D'une part, la fiabilisation des numéros de téléphone dans les fichiers n'est que partielle, sans que des chiffres précis ne soient disponibles. D'autre part, les moyens humains disponibles sont insuffisants pour avoir une politique proactive de contacts comme, par exemple, les réseaux vieillesse (ORGANIC, CANCAVA) le faisaient avant l'ISU.

Recommandation n°127 : Fiabiliser la liste des numéros de téléphone dans les fichiers des cotisants en contraignant les cotisants à communiquer leur numéro de téléphone et leur adresse email

Recommandation n°128 : Renforcer significativement la capacité de l'ISU à contacter directement par téléphone les redevables

- [1482] Un quatrième problème identifié est l'existence fréquente de blocages du bon déroulement du processus du recouvrement. Ainsi, le nombre de mises en demeure n'évoluant pas vers les DRAAP, pour des raisons non identifiées au demeurant, est-il structurellement élevé. Au début de l'année 2015, un tel phénomène a notamment été souligné à la mission en Ile-de-France. Cette interruption des parcours du recouvrement est une source d'incompréhension pour les redevables et de risques pour le régime.

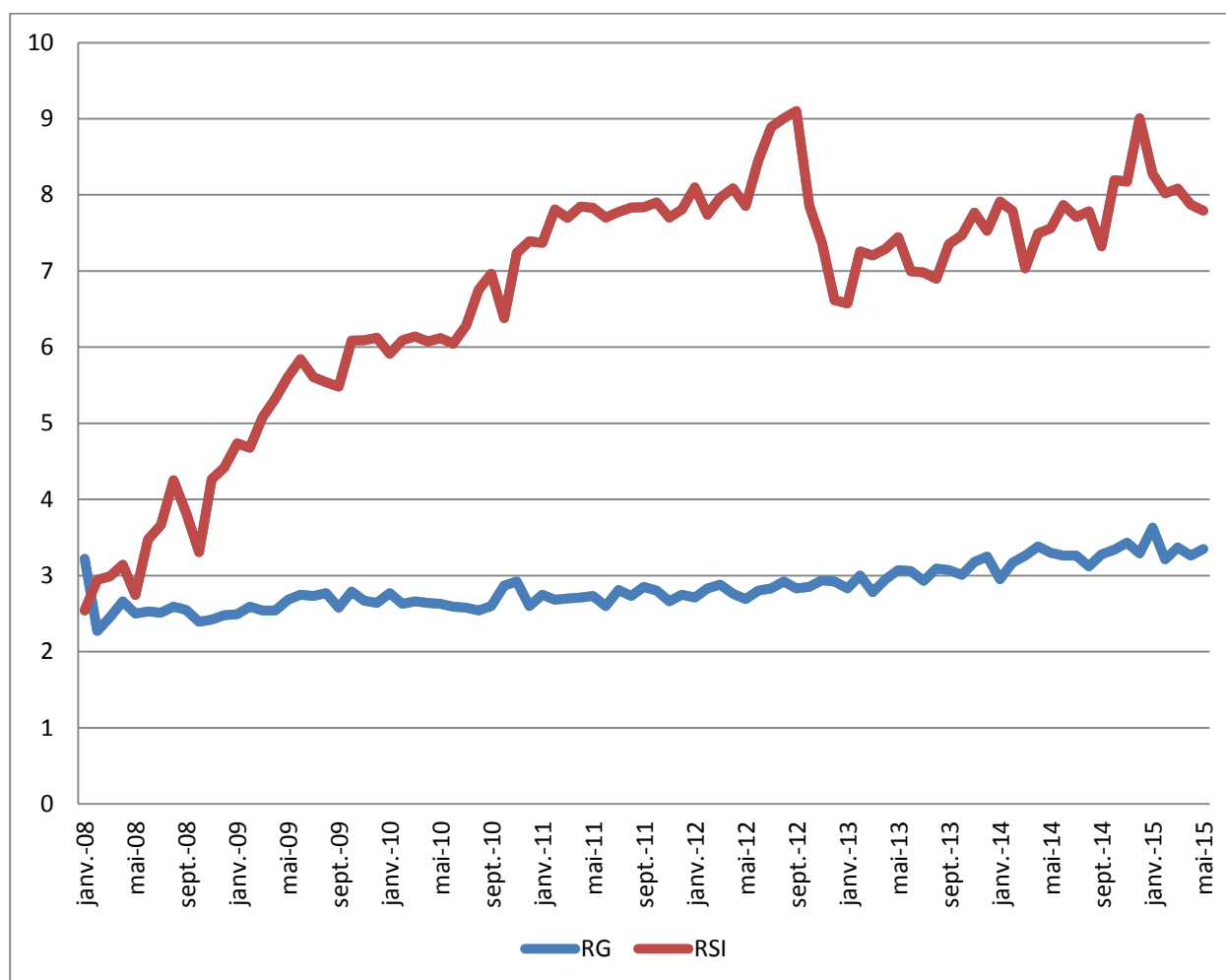
Recommandation n°129 : Analyser et minimiser les phénomènes de blocages des parcours du recouvrement

²⁶² Cf. *supra*.

[1483] Dans un autre ordre d'idées, une analyse détaillée des délais de paiement accordés dans le cadre de l'ISU fait ressortir une politique particulièrement souple par rapport à celle appliquée au régime général. Le nombre des délais de paiement accordés s'est accru de façon très importante après les instructions données par le ministre du budget en 2008 à l'occasion de la crise économique. Chaque année, ce sont ainsi plus de 300 000 délais de paiement qui sont accordés.

[1484] Aujourd'hui, le taux d'accord des délais de paiement par le RSI est de 30 points supérieur à celui du régime général (il a été de 96 % en 2014 selon les chiffres du RSI). Et la durée médiane de ces délais de paiement, après s'être accrue rapidement entre 2008 et 2012, est stable depuis lors mais à un niveau très supérieur à celui qui prévaut pour les cotisants au régime général comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 13 : Durée médiane des délais de paiement aux cotisants mensuels – ISU et Régime général



Source : ACOSS/DISEP

[1485] De ce point de vue, autant il serait souhaitable de pouvoir accorder des délais de paiement par anticipation²⁶³, autant l'idée d'allonger les délais de paiement (36 mois au lieu de 24 mois) comme à la MSA ne s'impose pas.

²⁶³ Cf. *supra*.

[1486] Le RSI prend également en charge sur ses budgets d'action sanitaire et sociale entre trois et six mois de cotisations sociales impayées pour préserver les droits aux prestations des assurés lorsque l'entreprise traverse des difficultés temporaires. Et il est prévu que le RSI mette en place en 2016 un dispositif d'accompagnement global permettant une détection plus systématique en amont et permettant de prendre les devants auprès du cotisant²⁶⁴.

6.6 Un recouvrement forcé qui doit se moderniser

[1487] Le code de la sécurité sociale prévoit qu'en l'absence d'effet de la mise en demeure s'ouvre la phase du recouvrement forcé. Le recouvrement forcé est, pour l'instant, en-dehors du périmètre de l'organisation commune et relève de la compétence propre du RSI et, en son sein, de services particuliers chargés du contentieux.

[1488] La gestion du recouvrement forcé par le RSI est critiquée et n'a pas fait l'objet semble-t-il, hormis une réforme organisationnelle en cours, d'une attention très soutenue de la part de la caisse nationale, comme ses responsables en ont convenu. D'après des propos recueillis par la mission, « il demeure encore beaucoup d'ombres » et « on n'a pas le sentiment que le RSI maîtrise bien les choses, à part envoyer des huissiers ».

6.6.1 Des évolutions positives en cours

[1489] Lors de la création du RSI, le système retenu pour le recouvrement forcé a été celui hérité de la CANCAVA, consistant en une organisation nationale avec une gestion par des services déconcentrés et spécialisés, appelés « services inter caisses du contentieux » (SICC).

[1490] Une première étape de réorganisation a conduit en juin 2013 à organiser une opération de transfert des personnels (130 CDI) des services inter-caisses du contentieux (SICC) dépendant de la caisse nationale à cinq caisses régionales « accueillantes » (Auvergne, Pays-de la Loire, Aquitaine, Centre, Ile de France Centre). Puis une seconde étape, à partir de 2014, a pour objectif le transfert progressif de l'activité contentieuse des caisses accueillantes vers les caisses de gestion du dossier. Ce transfert est toujours en cours.

[1491] Les points de vue sur ce mouvement de transfert sont contrastés. Ce processus de démutualisation peut paraître en effet contradictoire avec la tendance souhaitable à la recherche de synergies et d'économies de gestion. Il y a également un risque de pertes de compétences et d'expertise à l'occasion des changements d'affectation et de ressort géographique, et une plus-value incertaine dans les relations directes avec les assurés. Certains agents ont également souligné auprès de la mission le risque d'une vulnérabilité accrue des services contentieux face aux mouvements contestataires. Et il faut compter avec une réelle désorganisation due à la collision entre ces transferts en cours dans les périmètres des caisses actuelles et la réorganisation due à Trajectoire 2018.

[1492] A contrario, la reprise en main par les caisses régionales doit permettre une optimisation du processus du recouvrement par la suppression des intermédiaires, la fin du cloisonnement entre les services amiable et contentieux et la mise en place de gestions harmonisées (gestion globale des délais). Elle doit également permettre un recentrage sur le service à l'assuré, par plus de souplesse et de prise en compte des particularités locales, ainsi que des relations de réelle proximité avec les partenaires locaux que sont les huissiers et les tribunaux des affaires de sécurité sociale.

²⁶⁴ Cf. annexe 9 pour des développements complémentaires.

[1493] La mission est sensible aux arguments contraires à la démutualisation. Toutefois, compte tenu de l'avancée du processus de transfert, de l'intérêt de gestions harmonisées et intégrées entre recouvrement amiable et recouvrement forcé, et en cohérence avec sa préconisation d'élargir l'organisation commune au recouvrement forcé, elle préconise la poursuite et l'accélération du processus de régionalisation du contentieux.

Recommandation n°130 : Poursuivre et accélérer la régionalisation des services du contentieux

[1494] Un processus de fiabilisation des contraintes a, par ailleurs, été mis en œuvre depuis 2012 dans le cadre de l'engagement ISU n° 10 (« sécuriser le recouvrement forcé ») qui prévoit une vérification des débits objets des contraintes simulées avant leur évolution vers une contrainte réelle.

[1495] Selon le RSI, la voie de la signification de la contrainte par huissier de justice doit rester privilégiée pour des raisons qui tiennent à la sécurité de sa délivrance, à la rapidité de la mise en œuvre des voies d'exécution qui lui succèdent, et à son impact psychologique sur les débiteurs.

[1496] Une évolution positive est toutefois l'annonce faite en juin 2015 d'aller vers la signification des actes de recouvrement forcé par lettre recommandée avec accusé de réception plutôt que par huissier, comme le font d'autres régimes comme la MSA. En effet, l'intervention d'un huissier est une source de coûts significatifs supportés par l'assuré, et elle est souvent traumatisante. Elle complique également la vie des usagers car elle conduit à avoir un interlocuteur de plus pour le règlement de son dossier.

[1497] Il a donc été décidé de mettre en place à compter de la fin de l'année 2015 une procédure d'envoi de lettres recommandées avec accusé de réception pour les créances de cotisations d'un montant peu élevé. Environ 80 000 contraintes devraient être concernées par cette nouvelle procédure. C'est encore insuffisant par rapport au nombre total de contraintes adressées dont la volumétrie est très importante (environ 350 000 en 2014).

6.6.2 De nombreux problèmes qui demeurent dans le processus du recouvrement forcé

[1498] De nombreux problèmes persistants sur le recouvrement forcé ont été signalés à la mission qui y a néanmoins consacré des investigations plus limitées que sur les autres aspects²⁶⁵.

[1499] L'attention de la mission a été ainsi appelée sur la mauvaise maîtrise des échanges de données informatisées par certaines études d'huissiers ou le dysfonctionnement des logiciels eux-mêmes.

[1500] De même, la volumétrie des contraintes (près de 350 000 en 2014) et des oppositions à contrainte (pas de chiffre disponible) est très importante. Il est difficile et coûteux pour les assurés de faire face à ces contraintes, comme il l'est pour les services contentieux de faire face aux oppositions à contrainte. Cette situation a créé également une situation de défiance des tribunaux des affaires de sécurité sociale vis-à-vis du RSI.

Recommandation n°131 : Créer un cadre de partenariat entre le RSI et le ministère de la justice et les juridictions sociales

[1501] Il y a trop d'intervenants dans le traitement d'un dossier contentieux d'un assuré, qui est ballotté de l'un vers l'autre. Pour un même dossier, un assuré peut ainsi devoir traiter avec la caisse régionale du RSI, l'URSSAF régionale, le service du contentieux de la caisse régionale et une étude d'huissiers...

²⁶⁵ L'activité des commissions de recours amiable n'a notamment pas fait l'objet d'investigations. Et la mission n'a pas rencontré d'études d'huissiers.

6.6.3 Un encadrement imparfait de l'action des huissiers

[1502] L'action des huissiers auxquels fait appel le RSI est encore encadrée de façon insuffisante. Il n'existe pas de convention nationale ni de convention locale comme c'est le cas du côté des URSSAF. Ce devrait être une priorité de la prochaine COG que d'optimiser cette gestion des huissiers.

Recommandation n°132 : Formaliser les relations avec les huissiers de justice au plan national et au plan local

[1503] 614 études d'huissiers travaillent pour le RSI, sur les 1 728 études d'huissiers qui existent sur un plan national. Sur ce nombre, seulement la moitié (329) travaille pour les URSSAF également.

Recommandation n°133 : Avoir une approche harmonisée ISU/URSSAF en matière d'huissiers

[1504] La mise en concurrence des études par les caisses est insuffisante²⁶⁶, et les obligations qui leur sont imposées sont moindres que celles imposées par les URSSAF.

Recommandation n°134 : Mettre de façon systématique en concurrence les études d'huissiers

[1505] De même, les contrôles des huissiers par les caisses régionales sont globalement insuffisants, et le reporting des frais de procédure est encore imparfaitement contrôlé²⁶⁷.

Recommandation n°135 : Renforcer les contrôles sur les huissiers au plan régional, notamment sur les frais de procédure imputés aux caisses et aux cotisants

6.7 Une activité de contrôle en sommeil qu'il convient de relancer

[1506] La mission n'a pas mené d'investigations particulières dans le domaine du contrôle externe. Depuis la création de l'ISU, les contrôles externes sur les cotisants commerçants et artisans sont quasiment inexistantes, limités aux rares contrôles liés à la lutte contre le travail illégal.

[1507] Une relance des contrôles comptables d'assiette devrait être une priorité de la prochaine COG. Cela passe par l'élaboration de plans de contrôle adaptés fondés sur une analyse fine du fichier de cotisants et de débiteurs, et par l'affectation aux activités de contrôle d'un nombre supérieur d'inspecteurs (en ETP) à cette activité.

[1508] Pour l'année 2015, il est satisfaisant de constater que la réalisation des opérations de contrôle des travailleurs indépendants a été intégrée aux orientations nationales du contrôle diffusées par lettre collective. Les premiers contrôles devraient être réalisés à partir du mois de novembre 2015.

Recommandation n°136 : Relancer les contrôles comptables d'assiette sur les cotisants ISU (et PL), sur la base de plans de contrôle adaptés fondés sur une analyse fine et segmentée du fichier de cotisants et de débiteurs

²⁶⁶ Sur 614 études d'huissiers, 400 seulement sont en concurrence, dans 75 départements sur 100.

²⁶⁷ Les frais d'huissiers payés par le RSI à la suite d'un retour de dossier se sont élevés à 26,6 M€ en 2014.

[1509] Une unité spécialisée d'inspecteurs ISU, qui appartiendrait à l'organisation commune, devrait être constituée. La solution actuelle qui veut que les inspecteurs, issus des seules URSSAF, ne soient affectés qu'à temps partiel au contrôle des artisans et commerçants (et professions libérales) n'est pas incitatif au développement de ses contrôles qui ont, par définition, un bien moindre retour sur investissement que les contrôles des comptes du régime général. La nouvelle unité spécialisée regrouperait les agents des URSSAF, qui devraient être dédiés à temps plein, au contrôle des artisans et des commerçants, et elle comprendrait également des agents du RSI, dont quelques-uns redéployés depuis le site de Valbonne.

Recommandation n°137 : Constituer une unité spécialisée d'inspecteurs ISU/PL avec des effectifs URSSAF et RSI

[1510] Il est également indispensable de mettre en place rapidement un plan de contrôle spécifique des cotisants qui bénéficient des nouvelles dispositions sur le remboursement sur régularisations de revenus, en raison du risque de créations d'indus.

Recommandation n°138 : Mettre en place un plan de contrôle spécifique des cotisations bénéficiant des nouvelles dispositions sur le remboursement

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Instaurer un moratoire normatif en matière de prélèvement social des artisans et commerçants sur la période 2016-2019, en limitant les changements à ceux susceptibles d'être mis en œuvre après analyse technique avec des délais de mise en œuvre crédibles	DSS	A initier dès 2016
2	Chiffrer annuellement le fardeau imposé aux cotisants ISU par les formalités et obligations législatives et réglementaires et leurs changements, et fixer un objectif de réduction de 20 % sur la période conventionnelle	CNRSI	A initier dès 2016
3	Mettre en place et publier un suivi annuel de l'évolution du niveau du prélèvement social et fiscal qui pèse sur les travailleurs indépendants non-agricoles	CNRSI	A initier dès 2016
4	Amender par avenant la convention d'objectifs et de gestion lorsque des évolutions stratégiques clé interviennent en cours de période conventionnelle	CNRSI - DSS	A initier dès 2016
5	Conclure une convention RSI-ACOSS-Etat révisable tous les deux ans (2016-2017 puis 2018-2019) et annexée aux COG du RSI et de l'ACOSS	CNRSI – ACOSS - DSS	4 ^{ème} trimestre 2015
6	Retenir comme indicateur de résultat le taux de restes à recouvrer y compris taxation d'office	CNRSI – DSS	4 ^{ème} trimestre 2015
7	Retenir comme indicateur de suivi l'évolution en nombre et en montant des taxations d'office	CNRSI – DSS	4 ^{ème} trimestre 2015
8	Adopter un indicateur de taux de récupération des créances à 100 jours et un indicateur de taux de récupération des créances à 300 jours	CNRSI - DSS	4 ^{ème} trimestre 2015
9	Adopter un indicateur de productivité de la fonction recouvrement (coût de l'euro collecté)	CNRSI - DSS	4 ^{ème} trimestre 2015
10	Ne modifier aucun indicateur de résultat en cours de période conventionnelle	CNRSI	2016-2019
11	Doubler les moyens d'études de la DEEP affectés aux cotisations et à l'ISU (en ETP)	CNRSI	2016
12	Intégrer davantage dans le programme de travail prioritaire de la DISEP les travaux sur le champ ISU, et plus généralement les travailleurs indépendants	CNRSI – ACOSS	2016– 2019

13	Renforcer la coopération entre DEEP et DISEP autour de programmes d'études et de recherches concrets centrés sur la connaissance des cotisants et des performances du recouvrement	CNRSI – ACOSS	2016-2019
14	Développer les analyses de benchmark national et international sur les cotisations des travailleurs indépendants non agricoles dans le cadre de partenariats structurés	CNRSI	20016-2019
15	Prévoir des mesures d'urgence et un plan de remise en ordre structurel dans les caisses Antilles-Guyane et Réunion	CNRSI	2016
16	Mettre en œuvre un plan de redressement des caisses de Corse, d'Ile de France Centre, de Provinces-Alpes et de Côte d'Azur	CNRSI	A initier en 2016
17	Cibler spécifiquement les très gros débiteurs dans la stratégie de mise en recouvrement en adaptant les outils et la procédure mise en œuvre à cette catégorie de redevables	CNRSI	A initier en 2016
18	Elaborer et publier chaque année un rapport sur le recouvrement amiable et forcé intégrant des indicateurs adaptés de performance et de suivi	CNRSI	A initier dès 2016
19	Réaliser un audit indépendant du système d'information du recouvrement (RSI et ACOSS) en partant du processus métier et de la trajectoire d'évolution de la fonction et de l'organisation informatique	DSS – CNRSI - ACOSS	2016
20	Doter le RSI d'une ligne budgétaire SI ISU afin de cofinancer les projets	CNRSI - DSS	A initier dès 2016
21	Programmer des développements du SNV2 afin de trouver une solution aux problèmes majeurs et concrets identifiés par les gestionnaires de compte et signalés par les cotisants, y compris des « quick wins » dès 2016	ACOSS – CNRSI	A initier dès 2016
22	Renforcer l'encadrement des organisations communes régionales	CNRSI - ACOSS	A initier dès 2016
23	Mener, sous l'égide de l'IGAS, une étude de faisabilité d'un transfert du recouvrement des cotisations et contributions sociales des artisans et des commerçants aux URSSAF	IGAS	2017
24	Mettre en place pour l'été 2017 un véritable service commun du recouvrement RSI-URSSAF gérant de bout en bout tous les processus sauf l'affiliation	CNRSI - ACOSS	2016-2017
25	Inclure dans les primes des agents de direction un élément sur la mise en place à bonne date du service commun	CNRSI – ACOSS	A initier dès 2016
26	Placer chaque service commun du recouvrement régional sous une autorité fonctionnelle, ou le cas échéant hiérarchique, unique	CNRSI – ACOSS	A initier dès 2016

27	Expertiser les différences de rémunérations et de conditions de travail effectives entre les agents du RSI et les agents des URSSAF dans les différentes régions	CNRSI – ACOSS	2016
28	Regrouper le service commun du recouvrement dans chaque région dans une ou deux plateformes physiques communes à l’horizon 2019	CNRSI – ACOSS	2019
29	Mettre en place un dispositif intégré RSI/URSSAF de recrutement, de formation et d’évaluation des agents travaillant dans l’organisation commune et le futur service commun du recouvrement	CNRSI – ACOSS	A initier dès 2016
30	Elaborer une stratégie de gestion du risque sur la base d’une segmentation fine des cotisants et des débiteurs	CNRSI – ACOSS	A initier dès 2016
31	Retenir une typologie plus complexe des profils de débiteurs, en tenant compte notamment de l’historique des incidents de paiement, de l’ancienneté de l’affiliation et du caractère ou non d’employeur	CNRSI – ACOSS	A initier dès 2016
32	Construire et conduire une politique cohérente et complète d’animation du recouvrement de l’ISU, confiée à la direction du recouvrement du RSI	CNRSI – ACOSS	A initier dès 2016
33	Généraliser la télé-déclaration des revenus (DSI) pour tous les artisans, commerçants (et professions libérales) au 1er janvier 2018	CNRSI	2018
34	Arrêter avant la fin 2015 un plan pluriannuel d’action sur la fiabilisation des déclarations de ressources et les échanges de données avec la DGFIP, annexé à la convention d’objectifs et de gestion	CNRSI – ACOSS – DSS	4 ^{ème} trimestre 2015
35	Reprendre rapidement et approfondir, notamment sur la base des résultats de l’expérimentation en PACA, l’exploitation des échanges de données informatisées entre la DGFIP, l’ACOSS et le RSI	CNRSI – ACOSS – DSS	A initier dès 2016
36	Rouvrir plus largement l’accès des agents locaux des URSSAF et du RSI à la consultation des données fiscales à la demande, y compris grâce à des liaisons informatiques dédiées, en révisant le contenu de l’échange de lettres entre le DGFIP et le directeur général du RSI	CNRSI – ACOSS – DSS	A initier dès 2016
37	Diligenter une mission IGAS/IGF sur les modalités et le coût d’un alignement de l’assiette sociale et de l’assiette fiscale des travailleurs indépendants	IGAS - IGF	2016
38	Dresser le bilan contradictoire du dispositif « 3 en 1 » au premier trimestre 2016 afin de l’adapter autant que de besoin	CNRSI - DSS	1 ^{er} trimestre 2016
39	Mettre en place des outils d’évaluation et de suivi du volume d’appels erronés de cotisations et en publier régulièrement les résultats	CNRSI	A initier dès 2016
40	Améliorer et simplifier la rédaction des avis d’appel dès 2016 dans le cadre du chantier « éditique »	CNRSI	A initier dès 2016
41	Mettre en place un dispositif automatique de rappel dématérialisé aux cotisants par envoi de courrier et/ou	CNRSI	A initier

	de sms proche de l'échéance		dès 2016
42	Prévoir dans la COG une expérimentation d'auto-déclaration et d'auto-liquidation des cotisations sur un champ strictement circonscrit, en incluant d'une part des cotisants bénéficiant des services d'un expert-comptable et des cotisants n'en bénéficiant pas	CNRSI - DSS	A initier dès 2016
43	Autoriser des opérations par anticipation sur les comptes même quand ceux-ci ne sont pas en débit	CNRSI	A initier dès 2016
44	Etudier la faisabilité d'une régularisation des cotisations en cas de cessation d'activité avant le calcul et la liquidation d'une pension de retraite	CNRSI	2016
45	Elargir au maximum le bouquet d'offres de services de télépaiement	CNRSI	2016 – 2017
46	Sécuriser les solutions de télépaiement	CNRSI	2016
47	Revenir à un système de suspension temporaire, et pas de suppression, du prélèvement automatique en cas de deux incidents de paiement dans l'année	CNRSI	2016
48	Mettre en œuvre l'obligation de télépayer au premier euro les cotisations et contributions sociales des artisans et des commerçants (et des professions libérales) au 1 ^{er} janvier 2018	CNRSI - DSS	2018
49	Etudier une modification du cadencement des relances automatiques avant mise en demeure, des mises en demeure et des DRAAP	CNRSI	2016
50	Fiabiliser la liste des numéros de téléphone dans les fichiers des cotisants en contraignant les cotisants à communiquer leur numéro de téléphone et leur adresse email	CNRSI	2016-2017
51	Renforcer significativement la capacité de l'ISU à contacter directement par téléphone les redevables	CNRSI - ACOSS	2016
52	Analyser et minimiser les phénomènes de blocages des parcours du recouvrement	CNRSI - ACOSS	2016
53	Poursuivre et accélérer la régionalisation des services du contentieux	CNRSI	2016 – 2017
54	Créer un cadre de partenariat entre le RSI et le ministère de la justice et les juridictions sociales	CNRSI - DSS	2016
55	Formaliser les relations avec les huissiers de justice au plan national et au plan local	CNRSI	2016
56	Avoir une approche harmonisée ISU/URSSAF en matière d'huissiers	CNRSI - ACOSS	2016
57	Mettre de façon systématique en concurrence les études d'huissiers	CNRSI	2016
58	Renforcer les contrôles sur les huissiers au plan régional, notamment sur les frais de procédure imputés aux caisses et aux cotisants	CNRSI	A initier

			dès 2016
59	Relancer les contrôles comptables d'assiette sur les cotisants ISU (et PL), sur la base de plans de contrôle adaptés fondés sur une analyse fine et segmentée du fichier de cotisants et de débiteurs	CNRSI - ACOSS	A initier dès 2016
60	Constituer une unité spécialisée d'inspecteurs ISU/PL avec des effectifs URSSAF et RSI	CNRSI - ACOSS	A initier dès 2016
61	Mettre en place un plan de contrôle spécifique des cotisations bénéficiant des nouvelles dispositions sur le remboursement	CNRSI - ACOSS	A initier dès 2016

ANNEXE 8 :

L'ÉVOLUTION DU SITE DE VALBONNE

INTRODUCTION.....	353
1 LA SUPPRESSION ANNONCÉE DE LA C3S IMPACTE UN SITE IMPORTANT DE LA CAISSE NATIONALE DU RSI	353
1.1 LA SUPPRESSION ANNONCÉE DE LA CONTRIBUTION SOCIALE DE SOLIDARITÉ	353
1.2 LE RECOUVREMENT DE LA C3S, UNE ACTIVITÉ QUI CONCERNE LA MOITIÉ DE L'ACTIVITÉ DU SITE DE VALBONNE	353
2 LE TEMPS LIBRE PAR LA SUPPRESSION DE LA C3S IMPOSE UNE RECONVERSION DES AGENTS CONCERNÉS	357
2.1 ESTIMATION DES RATIOS DE TEMPS LIBRES	357
2.2 LES SCÉNARIOS DU RÉGIME : LE DÉLICAT ÉQUILIBRE ENTRE BESOINS IDENTIFIÉS DU RÉGIME ET RESPECT DES ENGAGEMENTS AUPRÈS DES AGENTS.	360

INTRODUCTION

- [1511] La lettre de mission demande de proposer des scénarios d'évolution du site de Valbonne, aujourd'hui dédié au recouvrement de la contribution sociale de solidarité (C3S).
- [1512] La présente annexe présente en premier lieu le site, l'organisation actuelle du recouvrement de la C3S et le nombre et les profils des agents qui y sont dédiés (1). Compte tenu du temps libéré dès 2015, puis en 2016 et 2017, la seconde partie examine les activités de reconversion envisagées par le régime et suggère d'autres pistes possibles (2).

1 LA SUPPRESSION ANNONCÉE DE LA C3S IMPACTE UN SITE IMPORTANT DE LA CAISSE NATIONALE DU RSI

1.1 La suppression annoncée de la contribution sociale de solidarité

- [1513] La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), prévue par l'article L 651-1 du code de la sécurité sociale, est due par les entreprises réalisant un chiffre d'affaires d'au moins 760 000 €.
- [1514] Elle compense les pertes de ressources des régimes de protection sociale des professions des non-salariés non-agricoles. Elle est recouvrée par le RSI en application de l'article D 651-4 du code de la sécurité sociale (5 585 M€ en 2013 dont 1 444 M€ en recettes pour le RSI)²⁶⁸.
- [1515] La contribution additionnelle, prélevée en complément, contribue au financement du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- [1516] Le Premier Ministre a annoncé le 8 avril 2014, lors de son discours de politique générale devant l'Assemblée Nationale, la suppression progressive de la C3S sur 3 ans, dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité (réduction à partir de 2015, puis suppression d'ici 2017).
- [1517] S'agissant de la compensation de la perte de recette pour le RSI, elle sera assurée par le régime général.
- [1518] Une première évolution importante a consisté en l'introduction dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 d'un abattement de 3,25M€ qui constitue *de facto* le nouveau seuil d'assujettissement pour 2015.
- [1519] Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2016 prévoit un nouvel abattement de 19 M€.

1.2 Le recouvrement de la C3S, une activité qui concerne la moitié de l'activité du site de Valbonne

1.2.1 Présentation du site

- [1520] Le site de Valbonne, situé dans le département des Alpes-Maritimes à proximité de Nice, est un site de la caisse nationale, placé sous l'autorité depuis mars 2015 d'un responsable de site lui-même sous l'autorité du directeur général adjoint de la caisse nationale.
- [1521] Il compte 303 agents (289,3 ETP – effectif au 23/04/2015), répartis entre deux services principaux bien différenciés :

²⁶⁸ Comptes de la sécurité sociale 2013.

- ✓ le département Recouvrement C3S : 135 personnes physiques (127,1 ETP),
- ✓ le département SI : Valbonne est le site principal de la direction des systèmes d'information (DSI) avec 121 agents (119,3 ETP).

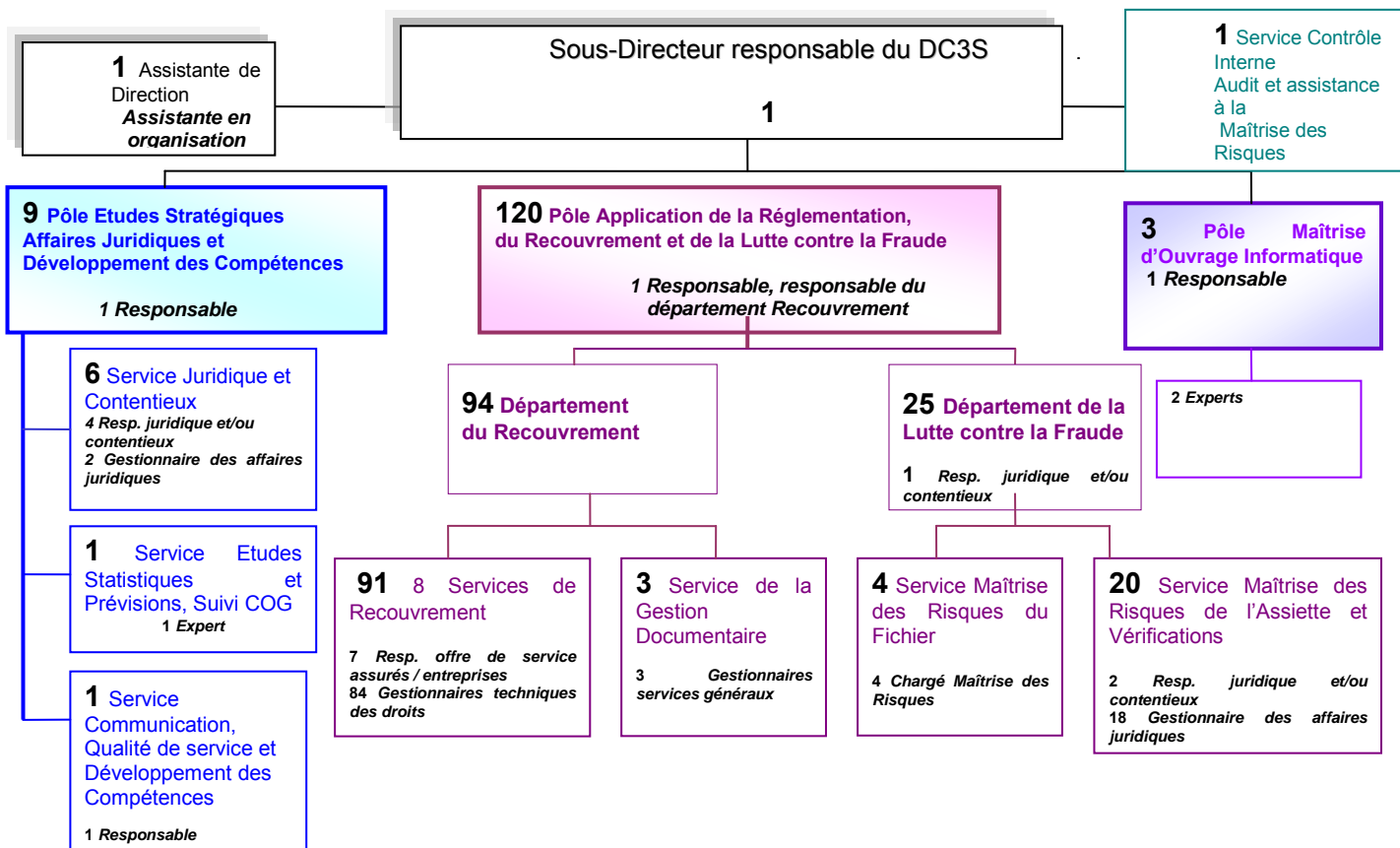
[1522] Les autres agents relèvent d'équipes de plus petite taille représentant les directions supports et notamment :

- ✓ le service RH : 22 agents (21,7 ETP),
- ✓ la direction comptable et financière : 12 agents (10,2 ETP).

[1523] Le département C3S proprement dit est placé sous l'autorité d'un responsable, qui a pris ses fonctions en janvier 2014 et relève à ce titre de la direction du recouvrement (directeur général adjoint, directeur du recouvrement). Ce responsable est également responsable du site depuis le 1^{er} mars 2015, et a autorité hiérarchique sur les agents en charge du recouvrement. Le DSI reste toutefois responsable de ses équipes (autorité fonctionnelle) ; les agents RH sont rattachés à la direction des ressources humaines et de la modernisation (DRHM) nationale).

1.2.2 Le département Recouvrement de la C3S : des agents spécialisés, anciens et peu mobiles

Graphique 1 : Organisation du département C 3S – répartition des effectifs (135 agents)



Chiffres en **gras** : nombre d'agents

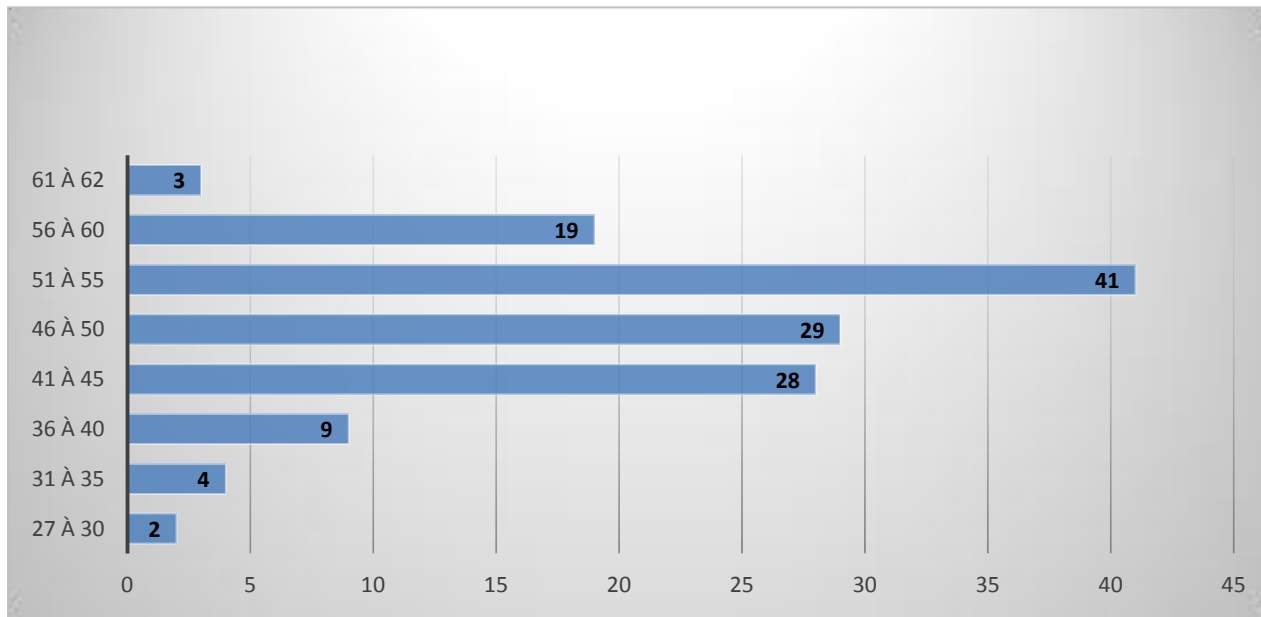
Source : RSI-Département C3S- données au 15 avril 2015

- [1524] L'activité de recouvrement proprement dite regroupe le gros des équipes (95 personnes, soit 70 % des agents) réparties en 8 secteurs géographiques et travaillant selon le principe de la polyvalence : chaque agent est gestionnaire de comptes, a un portefeuille d'entreprises qu'il suit de bout en bout.
- [1525] La procédure est totalement dématérialisée : l'ensemble de la déclaration des revenus se fait en ligne, sur un site dédiée du Groupement d'intérêt public Modernisation des déclarations sociales (GIP MDS), « Net Entreprise ». ; les données de la DGFIP sont automatiquement implémentées sur le site net-C3S via un traitement informatique ; la régularisation se fait *a posteriori* le cas échéant. Le règlement se fait également obligatoirement par télèglement (article L. 651-5-3 du code de la sécurité sociale).
- [1526] Le même article du code de la sécurité sociale dispose que le défaut d'utilisation du dispositif de télédéclaration et de télèglement est sanctionné par l'application de majorations égales à 0,2 % du montant de la C3S en cas de transmission de la déclaration par d'autres voies et de 0,2 % du montant de la C3S en cas de paiement par d'autres voies²⁶⁹.
- [1527] La campagne 2015 est en cours, les entreprises avaient jusqu'au 15 mai pour faire leur déclaration, ce qu'ont fait 97 % d'entre elles.
- [1528] Ces modalités et ce pourcentage constituent une différence majeure avec l'appel de cotisations sociales. Outre l'obligation de procédure dématérialisée, la C3S ne concernait jusqu'au 31 décembre 2014 que les entreprises avec un chiffre d'affaires égal ou supérieur à 760K€, donc en majorité des entreprises relativement importantes et qui sont organisées pour faire leur déclaration. La tendance s'est encore accentuée avec l'abattement de 3,25M€ pour la campagne 2015.
- [1529] Ces modalités ne sont pas exclusives d'échanges téléphoniques et courriels avec les entreprises que suivent les agents.
- [1530] L'activité de contrôle de l'assiette est réalisée depuis novembre 2013 par une vingtaine d'agents au sein d'un département de lutte contre la fraude. Le contrôle se fait *a posteriori*, sur la base des liasses fiscales DGFIP et des déclarations, en ciblant plus spécifiquement certaines entreprises.
- [1531] Le service juridique, composé de quatre juristes et de deux adjoints, a deux missions principales :
- mener des expertises plus spécifiques sur l'assiette pour certains dossiers complexes ;
 - assurer la gestion et le suivi du contentieux (avec l'aide de cabinets d'avocats).
- [1532] Le système d'information (SI) C3S est spécifique et un peu vieillissant ; son évolution est prévue dans le cadre du schéma directeur des SI, mais l'étude programmée a été suspendue après l'annonce de la suppression de la C3S. Le régime ne souhaite pas réinvestir sur le SI dès lors que cette suppression est confirmée, l'outil pouvant fonctionner jusqu'en 2017.
- [1533] Le département compte également un petit pôle Maitrise d'ouvrage informatique, chargé de la maintenance et de la spécification des évolutions des applications spécifiques à la C3S ainsi que du suivi des traitements et du support aux utilisateurs.
- [1534] Les agents chargés du recouvrement sont des spécialistes de l'assiette et du recouvrement. La majorité a un bagage initial Bac + 2 et s'est formée progressivement, d'autres ont un bagage initial plus important. Le profil de départ est identique pour les agents chargés du contrôle qui se sont spécialisés à la création du département de la Lutte contre la fraude.

²⁶⁹ Les autres modes de paiement que le télèglement (chèques ou virements) représentent 1,7% de l'ensemble des règlements en montant et 7,6% en nombre.

[1535] La moyenne d'âge est relativement élevée : 48,9 ans, légèrement supérieure pour les cadres à 51,8 ans. 41 % des agents sont dans la tranche 51-55 ans.

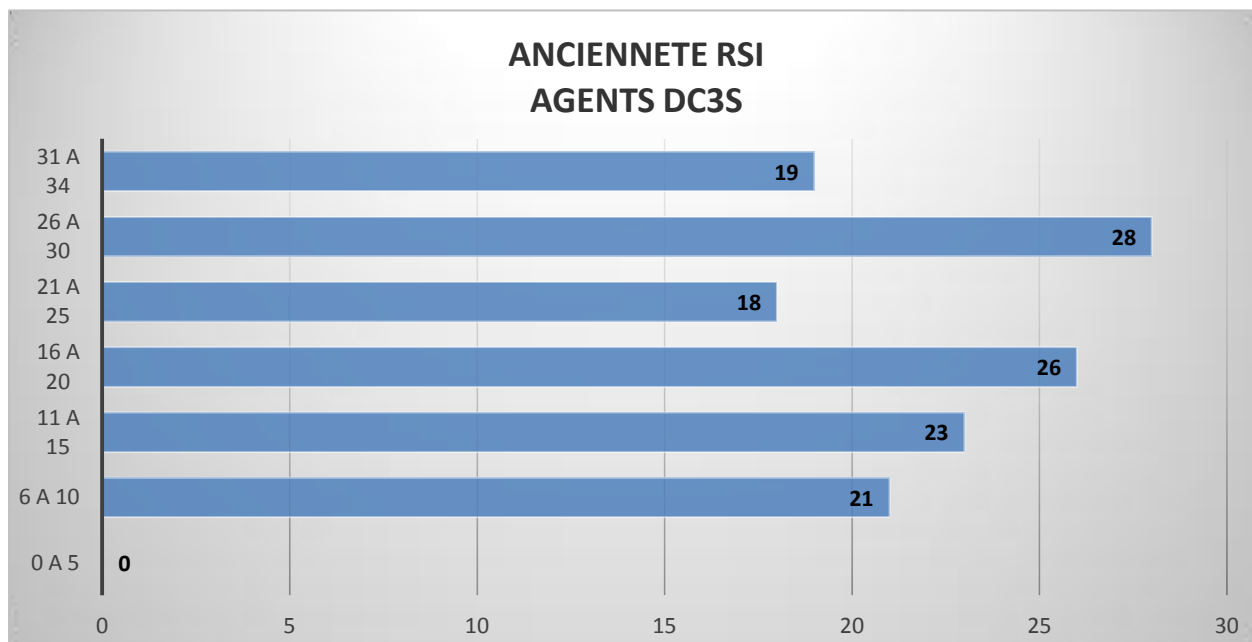
Graphique 2 : Pyramide des âges des agents du DC3S



Source : RSI- département C3S – au 15 avril 2015

[1536] L'effectif est largement féminisé et implanté dans la région et dans l'ensemble peu mobile. L'ancienneté au département C3S (DC3S) est supérieure à 15 ans pour près de 61 % des non-cadres, elle avoisine les 70 % présents depuis plus de 25 ans pour les cadres, pour une ancienneté moyenne de 20,3 ans.

Graphique 3 : Ancienneté des agents du DC3S



Source : RSI-DC3S – avril 2015

2 LE TEMPS LIBERE PAR LA SUPPRESSION DE LA C3S IMPOSE UNE RECONVERSION DES AGENTS CONCERNES

[1537] La logique « économique » voudrait que la suppression d'une activité dans son entièreté se traduise également par celle des emplois afférents. Cette option n'est ni envisagée ni envisageable dans le contexte du RSI.

[1538] Les départs en retraite qui pourront contribuer au rendu de postes sans peser sur le régime ne représentent à ce jour que 4,8 ETP au département du Recouvrement (2016). La mobilité inter-caisses n'est guère évidente, compte tenu du profil des agents, même si elle doit être encouragée. C'est donc une reconversion des agents qui doit être préparée, sur des activités qui apportent un plus à l'efficacité (sinon à l'efficience) du régime.

2.1 Estimation des ratios de temps libérés

[1539] L'estimation faite par le département du Recouvrement tient compte de plusieurs éléments :

- l'abattement de 3 250 000 € du chiffre d'affaires 2014 servant de base au calcul de la C3S 2015, et la suppression de l'obligation déclarative pour les entreprises dont le chiffre d'affaires est inférieur au montant de l'abattement précité, **ce qui ramène le nombre d'entreprises assujetties de 311 000 en 2014 à 97 000 en 2015**, pour un produit diminué d'1 milliard d'euros (de 5,6 à 4,6 Mds€) ;
- la prévision d'un abattement supplémentaire de 18 M€ au titre de la C3S 2016 prévu dans le PLFSS 2016, qui conduira à une nouvelle diminution du nombre de contribuables à moins de **20 000 entreprises en 2017** ;

- la suppression de l'envoi systématique d'une mise en demeure aux entreprises dont le chiffre d'affaires est inférieur à l'abattement de 3,25M€²⁷⁰ et la non prise en compte des effectifs nécessaires à une mise en demeure au titre de la C3S 2014 ;
- l'estimation du poids de l'encours sur les activités 2015 et 2016, c'est-à-dire la prise en compte de l'activité du département recouvrement engendrée par le traitement du stock de mises en demeure, contraintes et procédures collectives ainsi que celle du département de lutte contre la fraude engendrée par le traitement du stock des contrôles sur pièces initiés antérieurement à 2015.

[1540] Le tableau ci-après illustre de ce point de vue l'importance relative de ces opérations.

Tableau 1 : Opération de recouvrement C3S

ANNÉES	ENTREPRISES ASSUJETTIES (1)	ENTREPRISES REDEVABLES (1)	RAPPELS AVANT MISE EN DEMEURE et RAPPELS POST DGFIP (1)	MISES EN DEMEURE (2)	RAPPELS AVANT CONTRAINTE (2)	CONTRAINTES (2)	TOTAL ACTIONS PRE-CTX et CTX (2)
2012	1 572 000	307 000	106 674	69 068	9 096	14 213	199 051
2013	1 653 000	310 000	116 273	74 222	6 164	14 676	211 335
2014	1 742 300	311 000	116 055	81 891	5 861	11 828	215 635
2015*	1 850 000	95 000	0**	14 381	5 584	8 196	28 161
Estimation 2015	1 850 000	95 000	116 055	16 000	9 000	10 000	151 055

*du 2 janvier au 30 septembre 2015
 ** actions qui seront réalisées au 4^{ème} trimestre 2015
 (1) déterminé sur la base de la C3S due sur l'exercice
 (2) actions réalisées sur l'année quel que soit l'exercice de la C3S

Source : CNRSI - DC3S

- l'estimation des conséquences de la suppression progressive de la C3S sur l'activité du service juridique et contentieux ;
- les départs en retraite (trois personnes) et une mobilité fonctionnelle vers la direction des ressources humaines au 2^{ème} semestre 2014. Quatre départs à la retraite sont prévus au 2^{ème} semestre 2016 (3,8 ETP pour le Département du recouvrement), sous réserves de modification des intentions exprimées.

²⁷⁰. Conséquence de la réforme sur la taxation d'office en vigueur à compter du 1er/01/2015 (13^{ème} alinéa de l'article L.651-5) ; jusqu'alors, à défaut de déclaration du CA par l'entreprise et /ou du CA transmis par la DGFIP, le RSI avait l'obligation de fixer forfaitairement ce dernier au montant du seuil d'imposition de 760 000 € et d'émettre une mise en demeure, alors même que l'entreprise s'avérait, in fine, non redevable de la C3S.

Tableau 2 : Nombre d'ETP libérés en 2015 et 2016

	Lutte contre la fraude	Recouvrement	Maitrise des risques	Gestion documentaire	Juridique et contentieux	Total
Effectif au 1/12/2014	20,10	85,70	2,90	2,80	6,80	118,30
2015	Lutte contre la fraude	Recouvrement	Maitrise des risques	Gestion documentaire	Juridique et contentieux	Total
Nb d'ETP nécessaires pour actions et encours	18,39	41,41	3,95	2,04	6,51	72,30
NB d'ETP dégagés	1,71	44,29	-1,05	0,76	0,29	46
2016	LCF	Recouvrement	Maitrise des risques	Gestion documentaire	Juridique et contentieux	Total
Nb d'ETP nécessaires pour actions et encours	11,14	24,63	2,34	1,35	5,79	45,25
Impact départs en retraites		3,8				3,8
NB d'ETP dégagées	7,25	12,98	1,61	0,69	0,72	23,25

Source : RSI-DC3S

[1541] Le nombre d'ETP dégagés pour les deux années 2015 et 2016 par le département est de 69,25 ETP, sur un effectif initial de 118,3 ETP relevant des départements du recouvrement, de la lutte contre la fraude et du Service juridique et contentieux, hors fonctions transverses (direction de site, responsables de département et assistante, etc.). 45 ETP le sont en fait effectivement depuis l'été 2015 et leur redéploiement vers d'autres missions est en cours (*cf. infra* 3.4).

[1542] Ce qui amène aux constats suivants :

- alors même que le fichier des redevables diminue des deux tiers en 2015 et à nouveau de 80 % en 2016 par rapport à 2015, l'activité ne diminue pas loin s'en faut dans les mêmes proportions ;
- c'est logiquement le service Recouvrement qui est le plus et le plus rapidement impacté ;
- l'activité précontentieuse et contentieuse va devoir continuer à être prise en charge au-delà des années de référence du recouvrement ; le service juridique et contentieux, par ailleurs de petite taille, ne contribue que très peu à la diminution de la charge en 2015 et 2016, eu égard au stock de dossiers en cours et à la durée des procédures (60 d'entre elles sont estimées à ce jour par le département C3S comme ne pouvant être solutionnées avant 2017) ;
- toutefois, la diminution du nombre des entreprises assujetties et la nature de celles qui le demeurent devraient à partir de 2018 contribuer à la diminution plus que proportionnelle du travail de ce service.

[1543] Au final, la question va rapidement devoir être posée de l'après 2018 et de l'organisation et du management optimal d'équipes très réduites, même si l'on conserve une C3S sur un nombre très limité d'assujettis. L'application mécanique du ratio nombre d'entreprises/ETP sur la base des données 2014 et hors ETP des fonctions transverses, aboutit en effet en cible à un effectif nécessaire, sur la base de 20 000 entreprises, de 6,79 ETP. La question se posera aussi des modalités internalisées ou externalisées de gestion des contentieux en cours comme à venir (la gestion des contentieux lourds notamment mobilise moins de deux ETP selon le directeur du recouvrement C3S et nécessite déjà le recours à une prestation d'avocats).

[1544] Par ailleurs, la direction de la sécurité sociale sur le champ du contrôle a demandé au régime de réinvestir certains secteurs (banques et assurances notamment), qui avaient été suspendus en janvier 2013²⁷¹ suite à la contestation de ces entreprises quant à l'interprétation juridique de l'assiette. Ceux-ci devaient reprendre en 2014 mais le régime a choisi, après l'annonce de la suppression de la C3S, de ne pas réinitier ces contrôles, ce qui impliquerait de projeter des effectifs supplémentaires au-delà de 2017. L'orientation en la matière devra être confirmée clairement par la tutelle.

2.2 Les scénarios du régime : le délicat équilibre entre besoins identifiés du régime et respect des engagements auprès des agents.

2.2.1 Les options choisies par le RSI

2.2.1.1 Une conduite du changement à remarquer

[1545] Suite à l'annonce du Premier ministre, la caisse nationale a initié un projet « Avenir du DC3S », lancé à l'occasion d'une Assemblée générale des personnels sur le site le 7 mai 2014 en présence du directeur général.

[1546] La gouvernance du projet, compacte, s'est construite autour :

- d'un **comité de pilotage national**, mis en place en juin 2014 et présidé par le directeur général adjoint (DGA), il s'est réuni toutes les trois semaines à compter de septembre 2014 ;
- de quatre **groupes de travail thématiques**, composés d'une dizaine d'agents, présidés par un agent DC3S et comprenant des représentants de la direction de la caisse nationale et des experts des caisses nationales ou régionales et du DC3S. La participation s'est faite sur la base du volontariat ; les thématiques retenues étaient les suivantes :
 - ✓ Fiabilisation et contrôle des revenus des TI,
 - ✓ Contentieux / Recouvrement forcé,
 - ✓ Gestion administrative et relation client,
 - ✓ Qualification fonctionnelle des applications du RSI (SI et Tierce recette applicative (TRA)) ;
- un **comité d'échange** sur le projet : composé des représentants du personnel, du DGA national, du responsable du département, des responsables des départements Recouvrement et Juridique et des pilotes des quatre groupes de travail. Réuni tous les mois, il a permis l'échange avec les organisations syndicales en dehors des instances représentatives du personnel (IRP) classiques à la fois pour assurer la plus grande transparence et ne pas emboliser ces IRP.

²⁷¹ Courriel de la DSS du 23 janvier 2013.

[1547] S'agissant de la situation individuelle des agents, l'approche gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) a été la suivante :

- des entretiens individuels, initiés en mai 2014 sur la base d'un questionnaire, et un bilan réalisé en octobre qui a permis l'établissement d'un « référentiel » des compétences ;
- la présentation des rendus des groupes de travail lors d'un séminaire en janvier 2015 ;
- l'organisation en février-mars 2015 d'ateliers de présentation des nouveaux métiers avec des invités externes (l'URSSAF sur la fiabilisation, la caisse de Clermont Ferrand sur le contentieux, le DSI-adjoint et la responsable du pôle test DSI sur la TRA, la cellule mixte ISU de Nice et le responsable Clients et accueil de la caisse de Toulouse sur gestion administrative et relation client) ; l'envoi à chaque agent d'un questionnaire pour se positionner sur chacun des métiers, avant un nouvel entretien.

2.2.1.2 Les activités choisies pour redéployer les agents

[1548] Les choix du régime ont été guidés par trois considérations principales :

- des activités qui diminuent la charge de travail des caisses de base et sur lesquelles le RSI a été critiqué (efficacité du recouvrement, niveau de restes à recouvrer (RAR), niveau de taxations d'office (TO) trop élevé) ;
- des activités pour lesquelles l'employabilité immédiate des agents est la plus évidente ;
- des activités considérées comme « abordables en gestion du changement », à savoir socialement acceptables pour les personnels.

[1549] Deux activités ont été retenues dans l'immédiat pour les personnels dont la charge d'activité se libère avant fin 2015.

- L'activité « Contentieux et recouvrement forcé » pour le compte des Caisses Provence-Alpes et Côte d'Azur²⁷².

[1550] 25 ETP sont concernés.

[1551] Les agents concernés demeurent à Valbonne, mais seront pilotés par les deux caisses dans le cadre du nouveau CPG commun, tout en restant sous l'autorité hiérarchique du directeur du site. Une part importante de l'activité consiste en un travail de fiabilisation du compte et peut donc se faire à distance.

[1552] La mission entend, bien sûr, ce point et la proximité de métiers avec les agents de Valbonne, la proximité géographique aussi, ainsi que l'argument du pilotage possible à distance, compte tenu de la nature de l'activité dans le cas de ces deux régions.

[1553] Elle remarque néanmoins que :

- cette affirmation du pilotage à distance n'est pas très cohérente avec la décision de réintégrer le recouvrement forcé au sein des caisses pour assurer la proximité et la fluidité de la gestion du dossier. Le dédoublement entre une autorité hiérarchique située à Valbonne et une autorité fonctionnelle dans les caisses est de nature à complexifier les choses. Si cette option a un sens en termes d'activité et correspond à un besoin identifié du régime, elle doit être rattachée clairement à la future caisse PACA et considérée comme partie intégrante de la caisse de même que les agents qui y contribuent, quelle que soit par ailleurs leur localisation.
- compte tenu de l'argument avancé de la faiblesse sur cette activité du recouvrement forcé, la Corse et les DOM auraient dans l'absolu constitué un terrain plus convaincant en termes de besoin : le recouvrement n'y est pas bon, le contrôle

²⁷² Les caisses DOM sont désormais concernées – information du RSI de novembre 2015

faible et la nécessité de fiabilisation des données importante. Le régime, conscient de cette situation, a néanmoins estimé que les difficultés de connexion et de SI s'agissant des DOM²⁷³ et plus généralement le contexte délicat de ces trois caisses ne permettait pas d'avancer, d'où le choix des deux caisses PACA. La mission considère néanmoins qu'à l'occasion de Trajectoire le sujet pourra être réexaminé sous l'angle de la mutualisation ou délégation.

➤ L'activité « Fiabilisation des données »

[1554] 20 ETP sont concernés en 2015, qui mèneront une activité de fiabilisation des données sur le revenu à partir des liasses fiscales.

[1555] L'ambition du régime est de préfigurer avec ce groupe d'agents un service centralisé, à compétence nationale, de fiabilisation et contrôle des données, sur tous les fichiers ISU hors auto-entrepreneurs, avec un objectif de vérification de 12 % des fichiers. C'est donc un investissement supplémentaire sur ce champ. En cible, une soixantaine d'ETP pourrait être mobilisée pour 120 000 actions par an.

[1556] L'expérimentation est lancée sur les deux caisses PACA en lien étroit avec l'URSSAF de Nice, avec la perspective d'échanger les fichiers DGFIP reçus par l'URSSAF en faisant un ciblage sur les (TO). Une extension au niveau national pour les TO est envisagée avant fin 2015.

[1557] Sur ces deux activités, la mission ne nie pas le besoin actuellement identifié. Néanmoins, elle s'interroge sur l'investissement important dans un domaine qui n'a pu être investi notamment du fait de l'engagement des équipes pour pallier les dysfonctionnements de l'ISU ; le retour à la normale devrait permettre de dégager des ressources nécessaires. Sur la seconde, la responsabilité du contrôle incombe en outre plus directement au partenaire URSSAF.

➤ La piste abandonnée de l'activité Relation Clients

[1558] Elle avait été envisagée dans le cadre des groupes de travail thématiques.

[1559] Les critiques faites au régime en la matière, la décision en début 2015 de ré internaliser complètement l'accueil téléphonique confié pour partie à un prestataire et la concomitance de diminution d'activité du site de Valbonne à compter de l'été 2015 en faisaient une piste intéressante, y compris du point de vue de la mission.

[1560] La Direction de la production et du service aux assurés avait ainsi identifié trois missions pour Valbonne sur la relation « assurés » : le téléphone, le traitement des courriels et la fiabilisation de données administratives (modifications de coordonnées- adresses, etc.), sous pilotage de la caisse Côte d'Azur.

[1561] La crainte des agents d'un call center niveau 1 et d'une dévalorisation, d'ailleurs clairement exprimée par les organisations syndicales à la mission, n'a pas permis d'avancer sur cette option. C'est sans doute dommage car il y avait, à faire traiter par des agents confirmés du RSI, des gains forts à attendre sur une activité à très fort impact en termes d'image.

[1562] Le déploiement en cours des agents recrutés dans le cadre de la nouvelle plateforme nationale d'accueil téléphonique signe en tout état de cause la fin de la piste « accueil téléphonique ».

²⁷³ Voir NBP 264

2.2.1.3 Quelles activités pour 2016 et les années suivantes ?

- [1563] La réflexion vient tout juste d'être relancée, après l'annonce récente de la poursuite de diminution de la C3S d'un nouveau milliard d'euros par le ministre des finances. Les pistes suivantes peuvent être envisagées.
- La réinternalisation de la tierce recette applicative (TRA)
- [1564] Il s'agit d'une option envisagée dans le cadre des groupes de travail mais non retenue ni creusée à ce jour.
- [1565] Le marché actuel couvre les prestations de TRA et de Qualification Intégration, son terme est le 18/11/2016. Il devrait être remplacé par deux marchés séparés (TRA & QI) dont la notification est prévue en juin 2016 (lancement pour l'instant prévu de la procédure en octobre 2015).
- [1566] Le régime estime la sous-traitance à une moyenne de 50-55 ETP personnes sur la période 2012-2015, avec une possible croissance de charge lié à la complexité croissante du SI. A la fin 2015, le volume des commandes concernant ce marché sera d'environ 20 M€ avec un volume de commande à la fin du marché (juin 2016) estimée à 24-25 M€.
- [1567] Cette piste de reconversion pourrait donc être intéressante, sous réserve d'une approche plus fine des profils nécessaires.
- [1568] A noter que les nouveaux marchés, comme l'actuel, n'ont pas un plancher d'engagement de volumes de commande ; une décroissance sur leur durée (2016-2019) reste possible. Ce qui permet une montée en puissance de cette reprise par le RSI.
- Sur le SI, les possibilités sont limitées
- [1569] La nécessaire expertise limite clairement les redéploiements possibles malgré les besoins futurs potentiels compte tenu de la pyramide des âges du département SI de Valbonne. Seuls trois profils ont été identifiés, concernant 3 ETP.
- La poursuite de la montée en puissance d'un service national de fiabilisation
- [1570] L'activité est pas ou peu faite aujourd'hui et la centralisation du contrôle de cohérence sur pièces a du sens. Le besoin estimé à ce stade de 60 ETP doit être documenté, à la lumière des progrès invoqués et attendus par ailleurs en production et de l'investissement qui devrait être celui du partenaire URSSAF sur ce sujet de contrôle (*cf. supra*).
- Aller jusqu'à la mise en place d'un service national de contrôle ?
- [1571] Les constats faits par la mission (*cf. annexe 7*) posent la question du contrôle sur le champ ISU. L'ACOSS va certes augmenter de 17 à 50 le nombre d'ETP consacré à cette activité. La mission relève que si le maintien de la responsabilité opérationnelle du contrôle dans les URSSAF présente des avantages de souplesse de gestion pour les URSSAF qui peuvent optimiser le portefeuille d'activités de leurs agents de contrôle, le risque, pour l'instant avéré, reste celui d'une limitation significative des activités de contrôle sur les artisans et les commerçants, contrôles jugés souvent trop complexes pour un rendement faible. L'opportunité de dédier une partie du site de Valbonne sur ces contrôles sur pièces et sur place mériterait d'être étudiée en lien avec le partenaire ACOSS. L'inconvénient pratique est que ces agents pourraient avoir à se déplacer (pour les contrôles sur place) sur tout le territoire, avec un coût à estimer. L'avantage à l'inverse est une spécialisation accrue sur des sujets complexes, un recul accru et une homogénéité des pratiques.

- Un approfondissement du travail sur la Relation clients au-delà de l'appel téléphonique

[1572] Au-delà de l'accueil téléphonique « classique », un travail pourrait être mené sur ce sujet en lien avec le développement souhaité des appels avant mise sous contrainte, des rappels d'appels non aboutis, de mise à jour des données clients... La DPSA y avait songé et sans qu'un chiffrage du besoin n'ait été fait à ce stade, la réflexion pourrait être reprise.

- L'appui au CNIC

[1573] Dans le cadre du transfert envisagé de l'ensemble des activités d'affiliation au CNIC d'Auray (y compris les radiations), la mission suggère que la possibilité d'affecter des agents de Valbonne à cette activité puisse être étudiée : il s'agit d'une optimisation identifiée, la pyramide des âges sur Auray posera le sujet de maintien de la compétence sur cette activité et il s'agit d'une activité nationale, pilotée par la CNRSI tout comme l'est aujourd'hui le recouvrement de la C3S.

[1574] Lors des entretiens portant sur OPTIMO, le chiffre de 15 à 20 ETP a été mentionné s'agissant des activités actuellement encore effectuées en caisses et devant être reprises par Auray. Ce chiffre demanderait à être confirmé et documenté au regard du nombre global d'ETP affectés à l'activité Affiliation en caisse régionales (462,35 ETP d'après CAPCEA 2014).

- La piste branche maladie, une option peu probable

[1575] La reconversion des agents de Valbonne sur la branche maladie, s'il devait être mis fin à la délégation de gestion aux organismes conventionnés, paraît peu réaliste.

[1576] Dans le cadre d'un transfert complet à la CNAMTS, on voit mal quel besoin complémentaire pourrait apparaître sur ce sujet d'autant que les CPAM devraient réintégrer les personnels actuellement dans les organismes conventionnés (OC).

[1577] Même en cas de transfert partiel, l'intérêt d'une centralisation de la gestion des prestations en espèces, dont le maintien au RSI serait fondé sur la proximité avec les services Santé-Prévention et avec la déclaration des revenus, n'apparaît guère évidente.

ANNEXE 9 : L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

INTRODUCTION	367
1 L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE DU RSI, CENTREE AUTOUR DE L'AIDE AUX COTISANTS, A PROGRESSE CES DERNIERES ANNEES.....	367
1.1 LA "NOUVELLE STRATEGIE" DE L'ASS DANS LA COG 2012-2015	367
1.2 UN BUDGET D'ACTION SOCIALE EN HAUSSE SUR LA PERIODE, NOTAMMENT POUR L'AIDE AUX COTISANTS EN DIFFICULTE	368
1.3 L'IMPORTANCE DE L'AIDE AUX COTISANTS (ACED)	372
2 LA RATIONALISATION DES AIDES INDIVIDUELLES ET LE RECU DES AIDES COLLECTIVES DOIVENT RESTER DES AXES DE LA PROCHAINE COG	377
2.1 DE MULTIPLES AIDES INDIVIDUELLES, MIEUX ENCADREES QU'AUPARAVANT, MEME SI DES MARGES DE PROGRES SUBSISTENT	377
2.2 DES AIDES COLLECTIVES EN DIMINUTION SUR L'OPPORTUNITE DESQUELLES ON PEUT S'INTERROGER.....	380
3 SI LE RSI VEUT MAINTENIR LA NOUVELLE PRESTATION DE L'ACCOMPAGNEMENT AU DEPART A LA RETRAITE (ADR), IL DEVRA LA FINANCER A ENVELOPPE CONSTANTE	384
3.1 LE CONTEXTE DE LA SUPPRESSION DE L'INDEMNITE DE DEPART.....	384
3.2 LA CREATION DANS L'URGENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT AU DEPART A LA RETRAITE (ADR)	386
3.3 QUEL AVENIR POUR CETTE NOUVELLE AIDE?	387
4 LE PILOTAGE GLOBAL ET L'EVALUATION DES ACTIONS RESTENT A AMELIORER.....	388
4.1 UN SUIVI BUDGETAIRE A CONSOLIDER	388
4.2 UN SUIVI ET UNE EVALUATION DES ACTIONS A RENFORCER	389
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	393

INTRODUCTION

- [1578] L'action sanitaire et sociale (ASS) du RSI résulte de la somme de l'action sanitaire et sociale de chacune des trois caisses qui ont précédé son existence. Les précédentes COG, comme la COG actuelle, ont été le moyen d'unifier les actions financées, et d'élaborer une véritable stratégie "commune" en matière d'ASS. La future COG devrait parachever ces évolutions en rationalisant les aides, en améliorant leur pilotage et en s'appuyant plus encore sur les actions inter-régimes.
- [1579] La lettre de mission faisait de l'action sanitaire et sociale un enjeu de la prochaine COG et demandait aux inspecteurs d'examiner l'efficacité de ces dépenses et les évolutions qui pourraient être envisagées dans le sens d'une plus grande convergence inter-régimes.
- [1580] La présente annexe répond donc à cette problématique, et après avoir présenté l'ASS du régime centrée aujourd'hui autour de l'aide aux cotisants en difficulté (1), elle examine les perspectives d'évolution dans le domaine des aides individuelles, comme des aides collectives (2), ainsi que l'avenir qui pourrait être donné à la nouvelle prestation d'accompagnement au départ en retraite (3), avant de souligner que le pilotage global de l'ASS pourrait encore être amélioré (4).
- [1581] Les actions de prévention qui sont dans certains cas financées sur le budget d'action sanitaire et sociale, ne sont pas traitées dans la présente annexe, mais dans l'annexe 5 sur les organismes conventionnés, car s'intégrant dans la politique globale de prévention du régime.
- [1582] Enfin, la mission n'a pas procédé à un examen détaillé des dossiers individuels d'ASS lors de ses déplacements, n'étant pas dans le cadre d'une mission de contrôle. Les constats suivants sont issus des entretiens menés et des documents remis.

1 L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE DU RSI, CENTREE AUTOUR DE L'AIDE AUX COTISANTS, A PROGRESSE CES DERNIERES ANNEES

1.1 La « nouvelle stratégie » de l'ASS dans la COG 2012-2015

- [1583] L'article L611-4 du code de la sécurité sociale (CSS) précise que la caisse nationale du RSI (CN RSI) a pour rôle "d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses de base". C'est la commission nationale d'action sanitaire et sociale (CNASS) qui a pour mission d'utiliser le fonds national d'action sanitaire et sociale (FASS), destiné à financer les actions en ce domaine, et de fixer les orientations générales. Elle coordonne l'action des caisses de base et examine les demandes de prêts et de subventions en matière d'ASS collective. Elle est composée de six administrateurs titulaires et six administrateurs suppléants.
- [1584] Dans les caisses de base, c'est la commission d'action sanitaire et sociale (CASS) composée de six membres titulaires et six membres suppléants, qui décide et notifie les décisions d'ASS. Le règlement intérieur de l'ASS établi par la caisse nationale (ou « Vademecum de l'ASS ») mentionne que les dossiers des assurés sont examinés sous couvert de l'anonymat. Les CASS se réunissent en général une fois par mois.
- [1585] La période 2007-2011 a été caractérisée par la mise en place d'une ASS, unifiée issue de la fusion de l'ASS des trois anciens régimes, et de premières actions de "rationalisation" notamment sur les aides ménagères²⁷⁴.

²⁷⁴ Les aides ménagères passent de 36 M€ en 2011 à 32 M€ en 2014.

[1586] La COG 2012-2015 mentionne l'action sanitaire et sociale (ASS) dans le premier axe de son préambule général "Améliorer la qualité de service aux assurés du régime". Il est précisé que le RSI "construit une politique d'action sanitaire et sociale, en cohérence avec celle impulsée par les autres acteurs intervenant sur le champ social (collectivités locales, autres régimes, Etat)" et qu'il "déploie cette politique de façon homogène sur l'ensemble du territoire". Deux axes principaux sont cités : l'aide aux cotisants en difficulté (ACED), pour laquelle il est mentionné que "l'efficacité des actions engagées" est "régulièrement mesurée", et la prévention de la perte d'autonomie, avec un accent sur le maintien à domicile, en coordination avec les actions des autres régimes. Il est ajouté que le RSI se désengage de la gestion d'établissements et achève sa politique de cession de ceux-ci.

[1587] C'est le programme 6 de la COG qui est dédié à l'ASS. Deux objectifs sont assignés au RSI sur la période : rénover le socle commun de l'ASS individuelle et rationaliser le soutien à l'offre médico-sociale et aux projets associatifs (ASS dite "collective"). Les engagements du RSI portent sur le renforcement de l'accès aux soins, de la prévention de la désinsertion professionnelle (projet Maintien dans l'activité professionnelle de l'indépendant (MAPI²⁷⁵)) et de l'aide à la vie au domicile (maladie ou vieillissement).

[1588] Les indicateurs de pilotage sont au nombre de deux et ne concernent que l'ACED : ventilation par risques des aides octroyées au titre de l'ACED²⁷⁶ et taux de comptes cotisants à jour six mois après l'attribution d'un aide du fonds d'aide aux cotisants. Le calendrier prévoit en 2012 la définition d'actions-types pour l'ASS individuelle, avec une mise en œuvre progressive de celles-ci entre 2013 et 2015 dans toutes les caisses régionales, la mise en place d'une nouvelle stratégie pour l'ASS collective sur la même période, avec une clarification de la stratégie d'appels à projets dès 2012, et le déploiement progressif sur la période COG d'un tableau de bord des associations subventionnées.

1.2 Un budget d'action sociale en hausse sur la période, notamment pour l'aide aux cotisants en difficulté

[1589] L'annexe 4 de la COG décrit les règles budgétaires de l'ASS. Le budget annuel et ses rectificatifs sont soumis au vote du Conseil d'Administration (CA), après avis de la Commission nationale d'action sanitaire et sociale (CNASS). L'approbation par les autorités de tutelle sur ces budgets est réputée acquise dans les délais prévus par le code de la sécurité sociale (CSS)²⁷⁷, s'ils sont conformes à la COG. Les dépenses ont un caractère limitatif pour leur montant annuel global.

[1590] Il existe quatre sections :

- action sociale individuelle,
- action sanitaire et sociale collective,
- aide aux cotisants en difficulté,

²⁷⁵ Contrairement aux programmes précédents de prévention de la désinsertion professionnelle déjà expérimentés par le RSI qui visaient à intervenir en amont afin de maintenir les personnes dans leur emploi, notamment en aménageant le poste de travail, le programme MAPI mis en place sur la durée de la COG s'adresse à des personnes déjà en incapacité. L'objectif est d'aider l'assuré dans ses démarches afin de construire un projet professionnel d'adaptation ou de reconversion. Des référents et des cellules MAPI pour coordonner la transversalité sur ce sujet ont été mis en place au sein des 29 caisses territoriales.

²⁷⁶ L'affectation au compte cotisant des aides accordées se fait d'abord au profit de la CSG et de la CRDS (III de l'article L133-6-4 du CSS), puis dans le respect de l'article D133-4 du CSS : cotisation assurance maladie-maternité, cotisation supplémentaire pour les indemnités journalières, cotisation d'assurance vieillesse de base, cotisation invalidité-décès, cotisation retraite complémentaire, cotisation d'allocations familiales.

²⁷⁷ Conformément aux articles L611-5 et R611-9 du CSS qui renvoient à l'article L224-10 du CSS : opposition dans un délai de 20 jours à compter de la réception des délibérations, exercée par le ministre chargé de la sécurité sociale ou du budget.

➤ catastrophes et intempéries.

[1591] Les deux premières sections distinguent les actions "santé" et les actions "retraites", qui peuvent dans les deux cas bénéficier aux actifs, comme aux retraités. Chaque section est limitative, mais au sein de celle-ci la fongibilité des lignes est complète. A l'intérieur des sections, les virements de crédits sont effectués par le directeur général. En revanche, les virements entre sections font l'objet d'une décision modificative soumise au vote du CA, après avis de la CNASS, et approbation de l'Etat dans les conditions fixées par le CSS. Les crédits non consommés sont reportables d'une année sur l'autre, après décision du CA. S'ils sont reportés sur une autre section que celle dont ils sont issus, l'approbation des services de l'Etat est nécessaire. A l'issue de la période de la COG, les crédits ne sont pas reportables.

[1592] Les recettes sont affectées à chaque section par un prélèvement sur chaque risque : maladie, retraite de base, régimes complémentaires retraite et régimes invalidité-décès²⁷⁸. Au total, les ressources issues de la branche retraite de base sur l'ASS individuelle et sur l'ASS collective représentent plus de 50 % du budget exécuté 2014. Le RSI n'a pas fourni à la mission une répartition plus détaillée des ressources par branche affectées à l'ASS.

[1593] Le RSI s'est vu attribuer par la COG 2012-2015 111,3 M€ de budget en 2012, soit une augmentation de 1 % par rapport à la réalité de l'exécution 2011. C'est cette norme de 1 % d'augmentation qui a été retenue pour l'évolution des années suivantes. Sur la période 2011-2015, l'ASS collective baisse de 51,9 %, l'ASS individuelle augmente de 10,8 %, l'ACED de 17,9 %, et les catastrophes et intempéries de 8,6 %. Des quatre sections du budget, c'est l'aide aux cotisants en difficulté qui connaît la hausse la plus régulière sur la période.

Tableau 3 : Le budget de l'ASS sur la période 2012-2015 (en €)

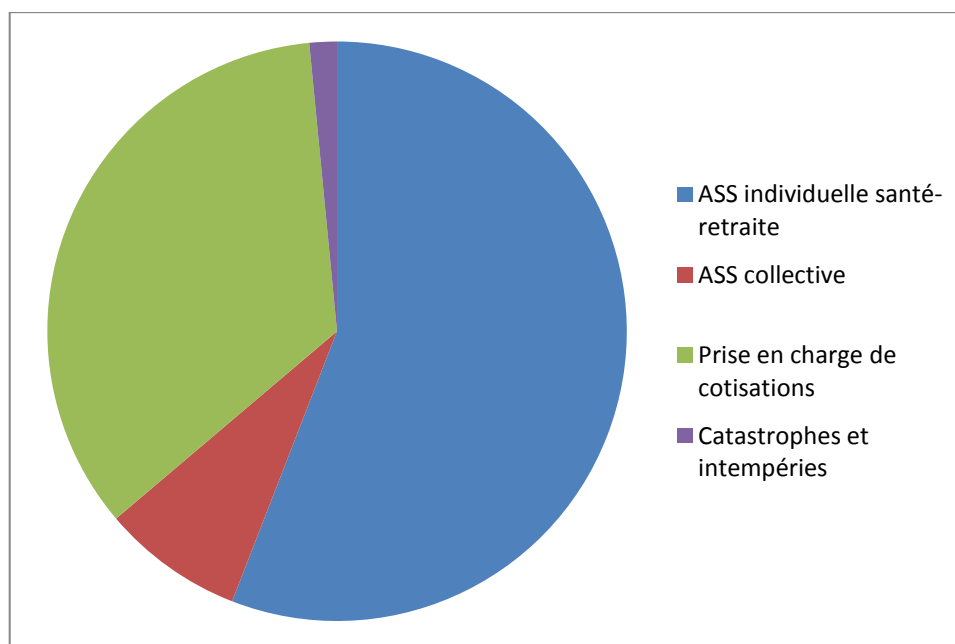
	2011	2012	2013	2014	2015
Total budget COG*	110 228 500	111 331 000	112 444 000	113 568 000	114 703 000
<i>Evolution</i>		1 %	1 %	1 %	1 %
Action sociale individuelle	64 880 000	69 801 000	70 190 000	70 013 000	71 946 000
		8 %	1 %	0,25 %	3 %
Action sociale collective	15 295 000	9 930 000	9 800 000	9 850 000	7 350 000
		-35 %	-1 %	1 %	-25 %
Aide aux cotisants en difficulté	29 515 000	31 060 000	31 914 000	33 165 000	34 822 000
		5 %	3 %	4 %	5 %
Catastrophes et intempéries	538 500	540 000	540 000	540 000	585 000
		0,28 %	0 %	0 %	8,33 %

* ces chiffres diffèrent de ceux figurant dans l'annexe 5 de la COG, car ils tiennent compte du budget réellement exécuté fin 2011 ; ils reprennent en revanche le même taux d'évolution de 1 % par an que celui prévu dans la COG.

Source : RSI

²⁷⁸ Les articles D635-1, D635-6, D635-11 et D635-14 du CSS prévoient que le CA fixe le taux de prélèvement sur les cotisations de chacun des régimes complémentaires et des régimes invalidité-décès et décide de l'affectation des fonds. La part du prélèvement dans ces régimes ne peut excéder 2%. Elle est "notamment" affectée à l'ACED précise les textes. Au total, sur ces régimes, 16,7 M€ ont ainsi été prélevés en 2014, et 5,5 M€ affectés à l'ACED.

Graphique 4 : Répartition du budget de l'ASS en 2014



Source : RSI

[1594] L'ASS individuelle est majoritaire, elle représente près de 56 % du budget. En 2012, près de 85 000 aides avaient été accordées.

[1595] Les budgets sont en réalité modifiés sur la période, car abondés des éventuels reports ainsi que des éventuels virements entre lignes ou entre sections. Ainsi le budget prévisionnel est passé à 119 M€, au lieu de 112 M€, en 2013 et à 128 M€, au lieu de 113 M€, en 2014. En 2013, c'est la section catastrophes et intempéries qui a le plus augmenté (+86 %, puisque l'on passe de 540 K€ à plus d'1M€). En 2014, la hausse porte surtout sur les aides collectives (+25 %) et sur les catastrophes et intempéries, dont le budget affecté double par rapport à 2013 (plus de 2 M€).

[1596] C'est cependant le budget exécuté qui permet de constater la tendance réelle sur la période.

Tableau 4 : Budgets COG exécutés 2012-2014 (en €)

Exécuté	2012	2013	2014	Evolution 2014/2012
Aide individuelle	64 468 228	65 534 439	65 945 576	2,29 %
Aide collective	9 375 038	7 928 619	7 981 447	-14,86 %
ACED	29 585 553	29 953 403	34 973 998	18,21 %
Total budget (y compris section 4)	103 505 019	104 182 461	110 445 021	6,70 %

Source : RSI

[1597] On voit que les tendances sur la période sont cependant les mêmes que pour le budget prévu dans la COG : légère hausse des aides individuelles (stabilisation à compter de 2014), baisse des aides collectives et hausse de l'ACED, notamment en 2014.

[1598] Le budget exécuté n'est pas toujours conforme aux prévisions, notamment en matière d'ASS collective.

Tableau 5 : Exécution du budget 2014 (en €)

	Budget prévisionnel	Budget exécuté
Aides individuelles	78 095 000	65 945 576
<i>Taux de consommation</i>		84,44 %
Aides collectives	12 271 000	7 981 447
<i>Taux de consommation</i>		65,04 %
ACED	36 598 000	34 973 998
<i>Taux de consommation</i>		95,56 %
Catastrophes	2 000 000	1 544 000
<i>Taux de consommation</i>		77 %

Source : RSI

[1599] Il est intéressant de souligner, de façon plus générale, un taux de consommation décroissant sur la période : 93 % en 2012, 87 % en 2013 et 85 % en 2014. En 2014, seule l'aide aux cotisants a un taux de consommation de plus de 90 % (95,6 %, contre 84,4 % pour l'action sociale individuelle, 65 % pour l'action sociale collective et 77,2 % pour les catastrophes et intempéries). 18 M€ ont été reportés d'un exercice sur l'autre depuis 2012.

[1600] Les crédits sont d'abord répartis entre actions au niveau national via des "dotations paramétriques" qui précisent la part de chacune des actions au sein de l'enveloppe. Les budgets sont fléchés sur les mesures estimées prioritaires, afin de guider les actions des caisses. Ainsi en 2013, les actions individuelles santé ont été fléchées à 100 % sur de l'aide à la complémentaire au détriment de la prise en charge du reste à charge. En 2014, cette part est redescendue à 30 %. Ces dotations paramétriques obligent les caisses locales à revoir leurs priorités. Certes, les crédits sont fongibles entre lignes d'une même section, mais vouloir faire plus sur l'une, c'est nécessairement réduire sa capacité d'action sur l'autre. On constate ainsi, toujours sur l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, que celle-ci représentait 20 % des aides individuelles santé en 2012, 27 % en 2013 et 34 % en 2014.

[1601] Une fois les dotations paramétriques fixées action par action, les crédits sont répartis entre caisses locales selon des critères adoptés par la CNASS. Ceux-ci sont construits à partir de données statistiques générales, de données de résultat sur l'ASS et des budgets exécutés. Par exemple, pour le soutien à l'acquisition d'une complémentaire santé, jouent les critères du nombre de bénéficiaires de la CMUC²⁷⁹ et du nombre de retraités exonérés de CSG²⁸⁰. L'attribution se fait en fonction du poids de la caisse sur ces critères là.

[1602] Par ailleurs, 6 % des crédits sont conservés au niveau national, en vue d'éventuels réajustements de fin d'année. Enfin, le règlement intérieur de l'ASS précise qu'au delà de 10 % des crédits de l'exercice passé reportés, le reliquat abonde ces 6 % de réserve attribués en fin d'année. En deçà, les crédits reportés sont distribués entre caisses, en fonction des besoins, sous forme de "dotation complémentaire" en cours d'année, qui ne peut excéder 10 % de la dotation de base initiale. Les dotations de base sont notifiées en janvier et la dotation complémentaire en avril, ainsi que la dotation issue des cotisations des régimes de retraite complémentaire et des régimes invalidité-décès. Début octobre sont attribués les derniers crédits en fonction des réaffectations issues de la réserve de 6 %.

²⁷⁹ Couverture maladie universelle complémentaire.

²⁸⁰ Contribution sociale généralisée.

1.3 L'importance de l'aide aux cotisants (ACED)

1.3.1 Une aide ancienne, en plein développement

- [1603] L'ACED est une aide ancienne, qui était déjà accordée par les caisses ayant précédé le RSI, avec un statut "à part" au sein de l'ASS du régime.
- [1604] L'article L133-6-6 du CSS crée auprès de la caisse nationale du RSI un fonds national d'action sociale (FNAS), destiné à financer des actions pour venir en aide aux assurés qui ont des difficultés pour régler leurs cotisations. Ce fonds est administré par une commission d'action sociale spécifique, qui dispose de son propre président, différent de celui de la CNASS, et qui est le président du CA (ou son représentant)²⁸¹. Cette commission fixe les orientations générales de l'ACED. Le prélèvement sur les ressources des différentes branches se fait au prorata de leur prise en charge respective au titre de l'aide accordée sur l'exercice²⁸².
- [1605] Ce fonds est inclus dans l'ASS du RSI (il constitue en réalité l'une des quatre sections du budget de l'ASS), mais a bien une existence "à part".
- [1606] L'annexe 4 de la COG lui consacre donc des développements particuliers. Il précise que ce fonds comprend deux « sections », l'une sur les cotisations maladie, famille, retraite et indemnités journalières (IJ) des artisans/commerçants (AC) et l'autre sur les cotisations maladie des professions libérales (PL). La première section comprend plusieurs lignes : l'une sur les cotisations du régime obligatoire, l'autre sur celles des régimes complémentaires vieillesse et des régimes invalidité décès des artisans et des commerçants. Les crédits sont limitatifs, sauf pour la ligne retraite complémentaire et invalidité, dont le montant est indicatif. Les lignes de la première « section » sont fongibles, ce qui est une nouveauté de la COG 2012-2015 et un engagement de l'Etat, qui s'accompagne de la part du RSI d'un reporting sur la ventilation par risque des aides octroyées, devenu un indicateur de pilotage (*cf. supra*). En revanche les crédits des deux sections (A/C et PL) ne sont pas fongibles. Les règles budgétaires sont ensuite les mêmes que pour l'ASS "classique".
- [1607] Le règlement intérieur de l'ASS, et la lettre réseau 2009/014 du 24 février 2009, précisent que cette aide s'adresse d'abord aux entreprises viables et aux primo-débiteurs. Elle doit permettre de régler un trimestre de cotisations, éventuellement renouvelable une fois.
- [1608] L'aide intervient en dernier ressort, après révision des cotisations sur une assiette estimée et étude d'un nouvel échancier. Les assurés visés sont ceux qui subissent un événement ponctuel extérieur (travaux de proximité, défaillance d'un partenaire important...), victimes d'accidents de la vie, femmes avec de jeunes enfants ou assurés malades poursuivant une activité avec baisse de revenus. Parmi les pièces demandées figurent les déclarations de revenus, les avis d'imposition et le bilan des deux dernières années.
- [1609] En revanche, contrairement aux autres prestations, évoquées *infra*, il n'existe pas de barème en matière d'ACED. Les caisses de base sont libres d'attribuer les montants qu'elles veulent. La répartition des crédits entre caisses se fait sur le nombre de bénéficiaires d'indemnités journalières (plus de 180 jours d'IJ sur une année) et sur le nombre de cotisants.

²⁸¹ Cette commission comprend : le Président du CA ou son représentant, président, 6 membres du CA, le président du CA de l'ACOSS ou son représentant. Les DG du RSI et de l'ACOSS, ou leur représentant, ont voix consultative, et un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale et un représentant du ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales, ainsi que le contrôleur économique et financier, assistent aux réunions.

²⁸² Article R133-23 du CSS.

Les montants consacrés annuellement par le RSI à l'ACED, même s'ils sont moins importants que le budget ASS individuelle santé/ retraite, sont en augmentation constante sur la période. Et partout où la mission s'est déplacée, ces aides-là étaient en augmentation, parfois forte, comme en Bretagne où le nombre de dossiers a progressé de plus de 44 % entre 2013 et 2014, notamment à cause de la baisse d'activité engendrée par les fortes intempéries.

Tableau 6 : Budget exécuté ACED (en €)

	2012	2013	2014
Budget exécuté	29 585 553	29 953 403	34 973 998
Taux d'exécution	95,25 %	89,71 %	95,56 %

Source : RSI

[1610] Surtout, c'est cette section qui connaît le taux de consommation des crédits le plus élevé, comme cela a été souligné *supra*. Les écarts sont forts entre les actions dans les régions visitées par la mission. Ainsi, dans une région importante, le taux de consommation des crédits ACED est de 99 %, contre 72 % pour les aides individuelles.

[1611] Le taux d'évolution prévisionnel du budget de l'ACED norme le taux d'évolution du budget des autres sections chaque année. C'est ainsi que le service ASS procède pour constituer son budget annuel global. Les crédits non consommés, essentiellement depuis la section ASS collective, servent à alimenter la section ACED.

[1612] Le tableau *infra* indique la répartition par risque de la prise en charge des cotisations, qui porte massivement, en dehors de la CSG/CRDS, sur la retraite de base et la maladie. Sur les IJ et la retraite, la prise en charge de cotisations permet de réouvrir des droits.

Tableau 7 : Répartition par risque des prises en charge de cotisations pour les A/C

	2012	2013	2014
CSG/CRDS	28,59 %	20,76 %	20,81 %
Maladie	17,25 %	16,60 %	16,08 %
IJ	1,91 %	1,82 %	1,80 %
Vieillesse de base	24,39 %	35,75 %	35,00 %
Régime invalidité-décès (RID) A	-	1,61 %	1,50 %
RID C	1,35 %	1,11 %	1,13 %
Retraite complémentaire	15,52 %	13,20 %	12,79 %
Cotisations famille	11,00 %	8,75 %	9,19 %
Contribution à la formation professionnelle	0,00 %	0,41 %	0,43 %

Source : RSI

En 2014, pour les A/C, le nombre d'aides s'est élevé à 14 360, avec un taux de 40,85 % de rejets. L'aide moyenne accordée est de 2385 €. Les aides sont plus faibles pour les PL, puisqu'elles ne concernent que la cotisation maladie.

Tableau 8 : Nombre et montant moyen des aides accordées

A C E D	Artisans Commerçants				Professionnels libéraux			
	Nombre de rejets	Nombre d'accords	Part de rejets	Aide moyenne exécutée en €	Nombre de rejets	Nombre d'accords	Part de rejets	Aide moyenne exécutée en €
2014	9920	14 360	40,85 %	2 385	359	1 408	20,31 %	1 112
2013	10 649	13 855	43,45 %	2 148	349	1 736	16,73 %	1 094
2012	10 443	13 780	43,11 %	2 034	344	1 552	18,14 %	998
2011	9 070	14 241	38,90 %	1 924	433	2 080	17,23 %	798

Source : RSI

[1613] Une étude menée récemment par le RSI montre que les aides se concentrent dans certaines régions : ainsi, le montant moyen a été de plus de 3 100 € dans les régions Centre, Bourgogne, Franche-Comté, Rhône-Alpes et Picardie.

[1614] Depuis 2012, l'ACED n'a cessé de se développer, que ce soit en nombre d'accords, de part de cotisants aidés, du montant d'aide moyenne ou de la part des cotisations prises en charge.

Tableau 9 : Evolution de la prise en charge de cotisations depuis 2012

	2012	2013	2014
Accords	13 778	14 003	14 360
Part de cotisants aidés	0,91 %	0,92 %	0,95 %
Aide moyenne	2 112,02	2 152,43	2 385,16
Cotisations liquidées	17 156 280 426	17 396 957 035	17 421 964 970
Part de cotisations prises en charge	0,17 %	0,17 %	0,20 %

Source : RSI

[1615] Les motifs d'intervention de la commission sont essentiellement les problèmes de santé et la conjoncture économique.

Tableau 10 : Répartition des décisions 2014 par motif

Motif	Décisions 2014
agression-cambriolage	0,1 %
problème de santé	30,9 %
décès	0,8 %
conjoncture économique	50,2 %
problème lié à l'activité	3,9 %
catastrophes et intempéries	0,8 %
sinistre	3,4 %
travaux, tramway	2,7 %
problèmes ISU	0,2 %
RSA	2,7 %
autres	4,3 %
Total	100 %

Source : RSI

[1616] A noter que la Mutualité sociale agricole (MSA), qui accorde à ses ressortissants le même type d'aide, reste sur des montants globaux similaires à ceux engagés par le RSI : 30,5 M€ en 2014, contre 19,8 M€ en 2010, avec une hausse sur la période encore plus importante, pour une population de cotisants nettement inférieure.

1.3.2 Une aide répondant à une forte demande, mais dont l'encadrement pourrait encore être amélioré

[1617] Partout où la mission s'est déplacée, c'est toujours l'ACED qui était citée en exemple, notamment par les administrateurs, comme étant la "prestation phare" de l'ASS du RSI, et celle qui apportait le plus de soutien aux travailleurs indépendants. L'un des sujets récurrents n'était pas l'accroissement continu de l'aide, mais l'accès aux droits des cotisants et la connaissance de cette aide. Etait notamment déplorée l'absence de "publicité" sur l'ASS du RSI, et tout particulièrement de l'ACED.

[1618] Le RSI a réalisé une enquête de satisfaction auprès de 4 600 bénéficiaires en 2010 dans laquelle il est mentionné que 10 % des commentaires des personnes interrogées portent sur l'accès à l'information, et soulignent que les renseignements n'arrivent que quand la situation est devenue précaire. Une demande d'information en amont est réclamée. Plusieurs administrateurs rencontrés par la mission évoquent la possibilité de la mise en place d'un partenariat avec les chambres des métiers et les chambres de commerce et d'industrie à cette fin, lors du dépôt de la liasse CFE (Centre de formalités des entreprises), ou avec les experts-comptables, afin de faire de la « détection précoce ».

[1619] Le règlement intérieur de l'ASS précise quant à lui que la CNASS mène désormais une politique « proactive » en allant au devant des assurés en difficulté, notamment par une « anticipation des difficultés lorsque l'entreprise est encore viable ». Elle s'appuie sur les informations recueillies par les services en relation avec les assurés ou par les partenaires. Plusieurs caisses informent ainsi les ressortissants sur l'existence de l'action sanitaire et sociale par courriers personnalisés, notamment pour des TI en arrêt de travail (Nord-Pas-de-Calais, Champagne Ardenne...). Des aides anticipées peuvent également être accordées, lorsque le TI n'est pas encore débiteur, mais a des difficultés de trésorerie. De la même façon, dans son guide méthodologique de février 2015 sur l'accompagnement des crises agricoles, la MSA insiste sur le côté « veille » nécessaire en amont pour notamment informer les exploitants agricoles sur l'existence de telles aides et souligne le rôle des élus et l'importance de la proximité des caisses du terrain.

[1621] A l'inverse, la mission n'a pas constaté de réels conflits d'intérêt concernant l'attribution de cette aide. Les instructions de la caisse nationale sont respectées : lorsqu'un administrateur connaît un dossier, il ne prend pas part aux délibérations. L'anonymat est respecté, même si dans des territoires peu denses, il est facile d'identifier la personne en question. Les dossiers ne sont pas connus avant et sont découverts en séance où ils sont exposés par les services oralement, aucun document papier n'étant remis sur table, à part au Président. Les administrateurs n'étaient pas bénéficiaires des aides, dans les régions où s'est déplacée la mission.

[1622] L'accès à l'aide se fait par ailleurs rarement via les administrateurs. L'enquête de satisfaction déjà citée évalue à 3,4 % les dossiers d'ASS présentés à l'initiative des administrateurs, et ces dossiers dans l'enquête concernent majoritairement des retraités, donc probablement peu l'ACED. Le service ASS du RSI estime quant à lui à 8 % la part des administrateurs dans l'accès à l'information des ressortissants sur l'ASS en général. On ne peut donc pas parler de prédominance du « canal » des élus sur l'ASS, et notamment sur l'ACED.

[1623] A noter cependant le cas d'une région qui tient un tableau Excel des dossiers ACED "signalés". Ces dossiers sensibles représentent 41 % des demandes en juillet 2015. Et pour 60 % d'entre eux, ils ont été signalés par les administrateurs, mais souvent une fois arrivés dans le service. La mission n'a cependant rencontré aucun équivalent dans les autres régions visitées.

[1624] Contrairement aux autres aides distribuées par le RSI, l'ACED ne fait pas l'objet d'un barème national. Au niveau local, des barèmes ou des plafonds (par exemple en cas d'ouverture du droit aux IJ²⁸³) ont donc pu être élaborés par les CASS. La caisse RSI Rhône a ainsi mis en place un véritable barème en croisant la durée d'affiliation (cinq tranches entre un et vingt ans) au régime et les ressources mensuelles (quatre tranches entre 1 000 € et 4 000 €). Dans certaines caisses de base, il est par ailleurs fait un tri en amont sur des dossiers "simples" ou des dossiers "d'urgence sociale" qui ne passent plus en CASS que pour information, comme c'est le cas pour certaines aides individuelles.

[1625] Sans empiéter sur la liberté de décision des administrateurs, la mission estime, au vu de l'ampleur des écarts sur les montants accordés dans les régions, que la caisse nationale pourrait travailler sur une ébauche de socle commun en matière d'ACED, tout en tenant compte des spécificités du tissu régional.

Recommandation n°139 :Élaborer un socle commun de règles d'attribution en matière d'ACED (plafond, montant).

[1626] De la même façon, sur la fréquence d'attribution des aides, lors de ses déplacements, la mission a pu constater que ces aides étaient parfois accordées trois fois sur une année, et plus sur plusieurs années²⁸⁴. Il paraît important de veiller à ce que l'aide n'excède pas les deux fois, comme cela est prévu dans le règlement intérieur, une fréquence supérieure semblant remettre en cause le critère "d'entreprise viable".

Recommandation n°140 :Réaffirmer le plafonnement à deux aides aux cotisants en difficulté au total.

[1627] Le critère d'une aide "renouvelable une fois" n'est pas non plus borné dans le temps. Il a été dit à la mission "qu'en général, l'attribution ne se faisait pas deux fois la même année", mais il semblerait utile de le préciser. La CASS doit être capable d'évaluer le besoin de l'assuré et de calibrer le montant de l'aide pour l'année entière.

Recommandation n°141 : Affirmer le principe d'une seule aide par an.

[1628] Dans les deux cas, la caisse nationale peut s'inspirer des "bonnes pratiques locales" qui ont souvent établi leurs propres règles²⁸⁵.

[1629] Dans le cadre de la COG 2012-2015 a par ailleurs été mis en place un indicateur de pilotage sur l'ACED, qui contrôle que les comptes cotisants sont bien à jour six mois après l'octroi de l'aide. On voit que c'est le cas pour environ 60 % d'entre eux.

²⁸³ Ainsi la caisse de RSI Bretagne intervient sur les arrêts de travail de plus d'un mois quand le droit aux IJ n'est pas ouvert. Et si l'arrêt est inférieur à trois mois, un trimestre de cotisations est versé. Au delà, la CASS décide. La caisse RSI de Champagne-Ardenne met à jour l'assuré en cas d'ouverture de droit aux IJ dans la limite de 6 000 €. Au-delà, le dossier passe en CASS.

²⁸⁴ Une étude fournie par le RSI dans la phase contradictoire et portant sur la période 2011-2015 montre que 2,3% des bénéficiaires ont reçu plus d'une aide sur une année (4,1% du budget) et 12,3% des bénéficiaires plus d'une aide sur la période (21,6% du budget).

²⁸⁵ Ainsi en Bretagne : deux accords sur trois ans par assuré ; délai de carence d'une année imposée après les deux accords. Ou au RSI Rhône : pas d'intervention si l'assuré a déjà été aidé au cours des six derniers mois ; minoration de l'aide de 25% si l'assuré a déjà été aidé au cours de l'année précédente et de 50% s'il a été aidé pour le même motif au cours des trois dernières années.

Tableau 11 : Taux de comptes cotisants à jour 6 mois après l'attribution d'une aide

	à jour	2012	2013	2014
1er semestre	3 mois après	48 %	55 %	49 %
	6 mois après	37 %	64 %	62 %
2nd semestre	3 mois après	43 %	64 %	NR
	6 mois après	59,70 %	58 %	67 %

Source : RSI

[1630] Cet indicateur est cependant mal appréhendé dans les caisses : certaines le connaissent, voire le remontent, mais d'autres ignorent jusqu'à son existence, car c'est en réalité la caisse nationale qui le consolide à partir des données du logiciel d'action sociale dans la plupart des cas. Il n'est en outre pas utilisé comme critère dans l'affectation des crédits entre les caisses, ce qui est regrettable, car cela pourrait avoir un effet incitatif pour que les caisses de base effectuent un réel suivi et accompagnement de l'assuré et du devenir de l'aide. Dans certaines régions, c'est un accompagnement global qui est proposé, avec un diagnostic posé, en partenariat avec la chambre de commerce ou la chambre des métiers. Ainsi la caisse RSI du Rhône a signé une convention de partenariat avec la chambre des Métiers et de l'Artisanat du Rhône en 2013, et l'aide est majorée de 25 % si l'accompagnement de la chambre consulaire est accepté par l'assuré. Enfin, il semblerait cohérent d'en faire un indicateur de résultat et non un indicateur de pilotage.

Recommandation n°142 : Faire de l'indicateur d'efficacité de l'ACED un indicateur de résultat dans la COG et un critère de répartition des crédits entre les caisses de base et engager celles-ci à en faire un véritable suivi.

[1631] En revanche, le second indicateur de pilotage de la COG qui porte également sur l'ACED devrait être supprimé. S'il est important d'avoir la ventilation par risque des crédits affectés à l'ACED en fin d'exercice, surtout depuis que les lignes de cette section sont devenues fongibles, il ne paraît pas nécessaire d'en faire un indicateur COG.

Recommandation n°143 : Supprimer la ventilation par risque des crédits ACED en tant qu'indicateur de pilotage dans la COG.

2 LA RATIONALISATION DES AIDES INDIVIDUELLES ET LE REcul DES AIDES COLLECTIVES DOIVENT RESTER DES AXES DE LA PROCHAINE COG

2.1 De multiples aides individuelles, mieux encadrées qu'auparavant, même si des marges de progrès subsistent

2.1.1 Des aides différentes et nombreuses

[1632] Le règlement intérieur de l'ASS reprend les principales dispositions des lettres réseau de ces dernières années et liste les catégories d'aides individuelles, financées par la branche maladie ou la branche retraite selon la nature de l'aide accordée.

[1633] On y retrouve :

- le soutien à l'adhésion à une complémentaire santé ; ces aides viennent en complément de l'aide à la complémentaire santé (ACS) ou pour atténuer les effets de seuil de cette aide. La CNASS en a généralisé le principe en 2013 et a fixé des plafonds de recevabilité : 1300€/mois pour une personne seule et 2166€/mois pour un couple. L'aide n'est accordée que

si le coût de la complémentaire santé dépasse 4 % des revenus annuels. Le montant de l'aide est en revanche laissé à l'appréciation des caisses ;

- l'hébergement des familles de malades hospitalisés, l'aide étant payée directement par la caisse nationale aux établissements ;
- des secours pécuniaires pour le travailleur indépendant confronté à des difficultés ponctuelles ou à des problèmes de santé (aides au chauffage, secours, participation à des frais de santé...) ;
- le financement du plan MAPI, dont le détail figure dans l'annexe 5 sur les organismes conventionnés ;
- l'évaluation globale des besoins à domicile (EGBD), qui permet un diagnostic complet de la personne et d'éclairer la CASS sur l'octroi des aides. Elle s'inscrit dans le programme "Vivre chez soi le plus longtemps possible" du RSI. Instaurée en 2012, elle est devenue systématique en cas de première attribution d'une aide. Comme pour l'aide ménagère, les frais d'évaluation incombent au régime auprès duquel le nombre de trimestres validés en droit propre du demandeur est prépondérant. Elle est effectuée par une structure inter-régimes, des groupements d'intérêt économique (GIE) ou des travailleurs sociaux de la MSA. Cette structure est conventionnée avec le RSI et ne peut être celle qui délivrera ensuite une éventuelle aide ;
- l'aide ménagère à domicile (AMD) qui contribue au maintien à domicile des personnes confrontées à l'incapacité temporaire au métier, à la maladie, la maternité, à un accident de la vie, à une sortie d'hospitalisation ou à la dépendance. Depuis 2006, la CNASS a décidé de suivre les barèmes du régime général. La prise en charge du taux horaire varie en fonction des ressources de la personne. Lorsque l'assuré est retraité, c'est le régime auprès duquel il valide le plus de trimestres qui est compétent. Un tarif plafond est opposé aux services prestataires. L'aide n'est pas cumulable avec les aides légales ou départementales ayant le même objet. Seuls les GIR 5 et 6²⁸⁶ sont pris en compte. Depuis 2010²⁸⁷, les aides sont plafonnées : 8H/mois pour un GIR 6 et 14H/mois pour un GIR 5. Ces aides étant très encadrées, le règlement intérieur précise que les dossiers conformes aux critères peuvent être traités par délégation par le directeur général pour accord de prise en charge, le passage en CASS se faisant *a posteriori* et pour information. L'aide moyenne accordée était en 2012 de 1436 € et avait bénéficié à 26 707 bénéficiaires. La lettre réseau de 2014 sur l'aide ménagère précise que le prestataire doit signer une convention et que le RSI peut contrôler l'effectivité de la prestation réalisée ;
- l'aide à l'adaptation du cadre de vie. Ces aides sont de deux ordres : participation au financement de travaux d'équipement et aménagement dans les pièces de vie nécessaires au maintien à domicile, ou de rénovation thermique, participation aux frais de dossier des prestations de diagnostic obligatoires effectuées par le réseau des PACT²⁸⁸. Dans les deux cas, il est également mis en place un barème national avec un taux de participation du RSI en fonction des ressources, le montant de l'aide étant plafonné ;
- des aides techniques : téléassistance et portage de repas. Dans le premier cas a aussi été mis en place un barème national, le taux de prise en charge des dépenses variant selon les ressources ;
- des aides diverses : aide au répit des proches aidant des personnes en perte d'autonomie, l'aide aux "vacances accompagnées", l'aide au conjoint survivant, cette dernière étant financée sur le régime de retraite complémentaire.

²⁸⁶ GIR 5 : comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage. GIR 6 : se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

²⁸⁷ CNASS du 3 février 2010.

²⁸⁸ Réseau associatif social pour l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie de personnes défavorisées.

2.1.2 Des aides en cours de rationalisation, mais encore éclatées

- [1634] Un bilan réalisé par le RSI sur les aides individuelles de 2011 à 2014 montre que les aides individuelles ont crû sur la période, en montant global (64,4 M€ en 2011 et 66 M€ en 2014) et en nombre de bénéficiaires (49 023 en 2011 et 56 793 en 2014).
- [1635] On observe les résultats des orientations nouvelles fixées par le RSI, notamment sur l'aide ménagère, dont le nombre d'heures a été plafonné : les bénéficiaires sont passés de 27 734 en 2011 à 25 299 en 2014, ne représentant plus que 47 % des bénéficiaires des aides individuelles, contre 56,5 % en 2011, et les coûts de 38 M€ en 2012 à 32 M€ en 2014, ne représentant plus que 48 % des aides individuelles, contre 69,5 % en 2011. Héritage de l'ASS des anciennes caisses de retraite ayant précédé le RSI, dont elle constituait la prestation principale d'ASS, l'aide ménagère était accordée sans être encadrée avant la COG actuelle. La COG 2012-2015 constitue dans ce domaine un tournant, même si la précédente COG avait amorcé le mouvement.
- [1636] Cette rationalisation va de pair avec une augmentation des prestations d'EGBD, les bénéficiaires passant de 462 en 2012 à 7453 en 2014.
- [1637] On remarque également que le soutien à une complémentaire santé est devenu une priorité du RSI, plutôt que la prise en compte des restes à charge. La part des bénéficiaires est ainsi passée de 5,2 % à 8,5 %.
- [1638] De plus en plus de barèmes nationaux ont été mis en place pour encadrer et harmoniser les actions des caisses régionales (exemple en 2014 des prestations de téléassistance, qui s'ajoutent à l'AMD, aux aides à l'habitat, au soutien à une complémentaire santé...). Cette barémisation est allée de pair avec une simplification des procédures, le passage en CASS se faisant *a posteriori* et pour information. Il paraît important de continuer dans cette voie.

Recommandation n°144 :Élaborer des règles communes pour l'ensemble des aides individuelles.

- [1639] Par ailleurs, contrairement à la pratique d'autres caisses de sécurité sociale, comme les caisses d'allocations familiales, en matière d'aides financières directes, ce sont des secours financiers qui sont accordés et non des prêts²⁸⁹. Cette pratique gagnerait à être développée.

Recommandation n°145 :Substituer progressivement des prêts aux secours financiers

- [1640] Enfin, comme la mission a pu le constater lors de ses déplacements, les caisses locales ajoutent parfois d'autres aides à celles déjà listées dans le règlement intérieur de la caisse nationale. Ainsi en est-il des aides au renouvellement de l'électroménager pour favoriser le maintien à domicile, ou de l'aide au déménagement ou aux frais d'obsèques. La mission recommande de limiter le nombre des aides individuelles, la multiplicité de celles-ci rendant l'offre du régime peu lisible et empêchant un suivi rigoureux de la part de la caisse nationale (*cf. infra*). Les aides de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et de la MSA²⁹⁰, en matière de vieillesse, sont d'ailleurs moins nombreuses.

Recommandation n°146 :Réduire le nombre d'aides individuelles, en santé, comme en retraite.

²⁸⁹ Les secours aux actifs, aux retraités et aux invalides représentent 24% des aides individuelles en montant en 2014 (15,9 M€ d'aides accordées pour 20 551 bénéficiaires).

²⁹⁰ La MSA propose ainsi un « panier de services » composé de l'aide à domicile, de la téléassistance, du portage de repas et de l'adaptation du logement à la perte d'autonomie, ainsi qu'une aide aux aidants. La CNAVTS divise ses aides individuelles en aides au maintien à domicile et habitat et cadre de vie.

2.2 Des aides collectives en diminution sur l'opportunité desquelles on peut s'interroger

2.2.1 Des aides encore peu tournées vers l'inter-régimes

[1641] La COG 2012-2015 a été l'occasion pour le RSI de revoir sa "stratégie" en matière d'ASS collective.

[1642] Le règlement intérieur précise ainsi que ne sont plus financées des constructions d'EHPAD (établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes), mais des offres d'hébergement de transition plus diversifiées et préservant mieux l'autonomie des personnes âgées, avec des alternatives au domicile : foyers-logements, résidences-services, MARPA²⁹¹, etc.

Des prêts et des subventions²⁹² peuvent ainsi être accordés, en échange de places réservées aux assurés du RSI, par la caisse nationale (depuis 2013), après avis de la CASS locale. Le modèle de dossier à remplir peut être celui utilisé dans le cadre des appels à projet des agences régionales de santé (ARS). La CNRSI signe avec l'établissement une convention pour 30 ans, qui fixe notamment la contrepartie en termes de places réservées, mais aussi en termes de partenariat (l'établissement fait le lien auprès des ressortissants du RSI en relayant l'offre d'ASS et en accueillant des actions de prévention mises en œuvre par les structures inter-régimes). Il est écrit dans le règlement intérieur que la CNRSI réalise chaque année une enquête sur le suivi des places réservées. La dernière enquête date de 2012 et démontre un taux d'occupation de 93 % des places réservées (2784 en 2012) dans les quelques 700 établissements financés. La part de lits par rapport aux ressortissants de plus de 85 ans s'élève à un lit pour 20 personnes²⁹³.

[1643] Sont également subventionnées des associations, œuvrant dans la sphère des personnes âgées, malades, handicapées ou en risque de fragilité. Mais le règlement intérieur précise bien que le soutien au financement de ces structures ne doit pas viser à assurer leur fonctionnement, ce qui était largement le cas sur la période précédente²⁹⁴. Les commissions régionales se prononcent désormais sur des « fiches action » et non plus globalement sur une association. Les subventions visent des projets dont les objectifs sont : être des relais d'information dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie, assurer des actions de socialisation, de convivialité, accompagner les ressortissants du RSI, ou assurer de la médiation sociale. Les associations financées le sont directement par la CNRSI si elles sont nationales et par les caisses locales si ce sont des associations, dont le ressort territorial est limité.

[1644] La lettre réseau 2013/047 du 4 avril 2013 sur le sujet harmonise les supports de demande de subvention pour toutes les régions²⁹⁵, ainsi que la fiche de présentation en CASS. Une convention type a été élaborée pour formaliser les engagements des associations. Le règlement intérieur précise qu'une attention particulière doit être portée sur « les indicateurs d'évaluation des actions (réalisation des projets) et de résultats ». Il est ajouté que ces « résultats doivent être mesurés sur le plan pécuniaire, mais aussi en termes de bénéficiaires des actions, voire en termes d'impacts observables et mesurables auprès des bénéficiaires ».

²⁹¹ Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées.

²⁹² Prêts sans intérêt sur 15 ans avec différé d'amortissement de 3 ans et un remboursement en 12 annuités pour les participations supérieures à 85 000€.

²⁹³ Source : entretiens RSI.

²⁹⁴ Les CLIC (Centres locaux d'information et de coordination), animés par des professionnels de la gérontologie, notamment.

²⁹⁵ Sont ainsi demandés : les objectifs du projet après analyse des besoins, le programme détaillé de l'action envisagée, le descriptif qui explique les modalités de mise en œuvre, les publics ciblés, les moyens humains et techniques nécessaires et les modalités d'évaluation des actions.

- [1645] Sont enfin précisées les situations de conflit d'intérêt, où des administrateurs seraient appelés à voter sur des dossiers liés à des associations auxquelles ils appartiennent. Il est ainsi mentionné que l'administrateur, dans ce cas, ne peut participer ni à l'instruction du dossier, ni aux délibérations et doit sortir de la salle au moment du vote. Cette pratique a été constatée par la mission lors de ses déplacements.
- [1646] Les crédits de l'ASS collective sont majoritairement issus des ressources du régime retraite complémentaire (70 % en 2014) et 40 % des projets financés sont relatifs à des associations de retraités ou à des structures d'hébergement pour personnes âgées²⁹⁶.
- [1647] En 2014, 405 associations ont été subventionnées, pour 1,3 M€ et 138 établissements pour 1,2 M€.
- [1648] En revanche, même si le RSI s'est engagé sur la période 2012-2015 à vendre les établissements dont il est propriétaire à des bailleurs sociaux, trois établissements restent encore de la propriété du régime²⁹⁷, ce qui représente un budget important, en termes d'entretien et de taxes foncières. A ces crédits s'ajoutent des soldes à régler avec les anciens gestionnaires, alors même que les immeubles ont été vendus, ou des travaux en cours. Alors qu'étaient prévus 600 K€ en 2012 et 450 K€ en 2013 sur la ligne "autres charges (contributions diverses, immeubles sociaux)" de la section de l'ASS collective, le budget exécuté a été respectivement ces années-là de 1 M€ et 1,9 M€, grâce à des virements internes au sein de la section ASS collective et aux reports de crédits non consommés d'un exercice sur l'autre. En 2014 cependant la baisse s'amorce avec 350 K€ de budget provisoire exécuté.

Recommandation n°147 :Achever la vente des établissements médico-sociaux du RSI.

- [1649] La section 2 finance enfin des actions inter-régimes, incluses dans la ligne "Prévention perte d'autonomie", qui finance aussi des actions propres au RSI, et qui ne représente que 9 % du total de la section en 2014.

Tableau 12 : Part des financements liés à l'inter-régimes au sein de l'ASS collective

	2012	2013	2014
Prévention perte d'autonomie	368 242	1 107 488	725 652
Total ASS collective	9 375 038	7 928 619	7 981 447
<i>Part dans les financements de l'ASS collective</i>	3,93 %	13,97 %	9,09 %

Source : RSI

- [1650] Depuis 2011, la CNAVTS, la CCMSA et le RSI sont en effet engagés dans une démarche commune en matière de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (délibération des CA de mai 2011 ; mise en place du comité de pilotage de coordination CCMSA/CNAVTS/RSI en juillet 2012). En janvier 2014, les trois régimes ont signé une convention inter-régimes pour la prévention et la préservation de l'autonomie des personnes âgées et ont ainsi concrétisé un partenariat déjà existant dans certaines régions et une offre commune. L'offre de prévention inter-régimes se décline en trois domaines :

- des informations et des conseils ;
- des programmes d'actions et des ateliers collectifs de prévention ;

²⁹⁶ Source: Etude 2015 du RSI "Evolution des aides individuelles hors ACED, de 2011 à 2014".

²⁹⁷ Plus une dizaine de baux emphytéotiques.

- des actions individuelles à destination des plus fragiles reposant sur l'évaluation globale des besoins à domicile²⁹⁸ et des plans d'aide personnalisés.

[1651] Plusieurs régions ont mis en place une structure inter-régimes qui porte ces actions communes et est cofinancée (associations, groupement d'intérêt public...).

Elle vise à organiser des appels à projet et à mettre en place des ateliers du "bien vieillir" destinés à faire de la prévention de la perte d'autonomie, mais aussi à faire de l'EGBD. Ces structures permettent de couvrir le territoire de façon plus efficace et d'éviter les doublons d'ateliers. Elles permettent aussi aux ressortissants du RSI d'avoir accès à une offre de prévention, dont ils ne disposaient pas avant le développement de l'inter-régime. Elles donnent enfin les moyens au RSI de dissocier organismes réalisant les évaluations et organismes prestataires en matière de maintien à domicile, et de rationaliser l'aide ménagère en la conditionnant à une évaluation indépendante, ce qui constitue un véritable progrès.

2.2.2 Des actions à réduire et une dynamique inter-régimes à encourager

[1652] Sur les aides collectives, le RSI s'est bien engagé sur la durée de la COG dans une politique de "rationalisation" et de désengagement. On ne peut que souligner le recul des montants exécutés (15,2 M€ en 2011 contre 7,9 M€ en 2014), de près de la moitié entre les deux COG. Les crédits ont de plus clairement basculé du financement d'EHPAD vers le financement d'aides au maintien à domicile des personnes âgées peu dépendantes et de structures plus innovantes leur correspondant.

[1653] La situation reste cependant ambiguë : le régime avait prévu une hausse de 25 % des budgets en 2014 sur cette section (plus de 12 M€ prévus), alors même que la consommation des crédits stagne autour de 7,9 M€ en 2013 et 2014, soit 65 % de taux de consommation cette dernière année. Dans toutes les régions visitées, le taux de consommation de l'ASS collective est en baisse. Le projet de rapport annuel 2014 du RSI met en exergue sur le bilan de l'ASS 2014 "le renforcement de la relation partenariale" auprès des associations de retraités et auprès des établissements d'accueil, sans qu'il ne soit clairement écrit d'ailleurs qu'il leur est apporté un soutien financier. L'ASS collective est encore mise en avant par le régime.

[1654] Si l'on compare les actions du RSI à celles du régime général, ces actions collectives ne représentent que 6,4 % des montants globaux en 2014 contre plus de 18 % au régime général. La MSA concentre quant à elle ses financements collectifs vieillesse aux établissements sur les MARPA²⁹⁹, ce qui présente une certaine cohérence, mais cela représente une faible proportion de son ASS globale (3,23 %, contre 22 % pour l'ASS collective globale, la plus grande part étant représentée par la branche famille).

[1655] C'est pourtant bien la décroissance des crédits qu'il faut encourager, pour arriver à terme à une extinction des aides collectives (en dehors des aides inter-régimes), dont la légitimité suscite des interrogations.

[1656] Ainsi, concernant le financement des établissements, même si ce sont des structures plus "innovantes", le système de réservation de places n'est pas très opérant. Si l'on regarde les places réservées aujourd'hui, le taux de réservation pour les ressortissants du RSI est conforme à la proportion de retraités de travailleurs indépendants sur le territoire, ce qui relativise l'intérêt de ce système de réservation.

²⁹⁸ La grille FRAGIRE est un outil commun de mesure de la fragilité des personnes âgées non dépendantes.

²⁹⁹ Créé en 1987 par la MSA, la MARPA est un concept de petites unités de vie non médicalisées de moins de 25 résidents : accompagnement personnalisé (4,5 ETP minimum) des résidents au sein de véritables logements individuels comprenant kitchenette et terrasse et/ou jardinet privatif comprenant également desespaces communs de convivialité, recours libre à divers services proposés par l'établissement et/ou par des intervenants extérieurs (notamment sanitaires et médico-sociaux). 190 MARPA fonctionnent aujourd'hui avec 4300 résidents.

Recommandation n°148 : Mettre fin progressivement au financement d'établissements.

- [1657] Concernant le financement d'associations, la mission constate qu'il est extrêmement éparpillé sur le territoire, et que les montants accordés ne permettent pas le financement de projets d'ampleur. Ensuite, les associations de retraités semblent être au cœur du financement opéré par le régime, ce qui sous-entend que c'est d'abord leur fonctionnement qui est financé. C'est même sous cette dénomination que sont désignées les associations en général dans l'étude réalisée par le RSI sur les aides individuelles (1,3 M€ sur 6,4 M€ d'ASS collective en 2014). Le régime général finance moins directement des associations de retraités, et centre ses subventions sur les associations rendant un service aux personnes âgées, alors que le RSI reste encore massivement présent dans le secteur associatif, au niveau local (la CCMSA par exemple n'a que des partenariats nationaux avec les associations), et notamment les associations de retraités. Enfin, le suivi des actions et leur évaluation est défaillant.
- [1658] Depuis 2009, un tableau de bord est suivi par la caisse nationale sur les associations de retraités, avec la dénomination du projet et un indicateur de résultat (nombre de personnes concernées par le projet). Sur les autres associations n'est demandé que le nombre de ressortissants du RSI concernées. La lettre réseau du 4 avril 2013 déjà citée fait peu de place à l'évaluation. Elle demande juste aux caisses de base de recenser les projets financés en les saisissant dans le logiciel d'action sociale ASI. Aucun canevas d'évaluation commun aux caisses ne leur est proposé. Seuls les dossiers de demande et les fiches de passage en CASS sont annexées à la lettre réseau.
- [1659] Si dans le dossier de demande de subvention, l'association doit remplir une rubrique "modalités d'évaluation" ("chaque projet dès sa conception doit intégrer un mode d'évaluation (modalités, indicateur qualitatifs et quantitatifs")), et s'il est écrit dans le modèle de convention de partenariat signée avec l'association que celle-ci doit analyser ses résultats³⁰⁰, la mission n'a pas noté, lors de ses passages en région, que l'évaluation des projets des associations était un point fort de l'ASS du RSI.
- [1660] L'une des régions visitées affirme ainsi avoir financé en 2014 26 associations et n'avoir aucun retour sur les résultats des actions financées, même si la lettre de transmission locale de la convention de partenariat attire leur attention sur le paragraphe demandant une analyse des résultats. Ce qui ne l'a pas empêché de financer de nouveau les mêmes associations en 2015... Cette même caisse précise aussi que les associations composées de bénévoles ont parfois du mal à remplir les dossiers. Les subventions sont accordées quand même sous "réserve qu'ils s'engagent à ne pas en demander à d'autres partenaires". Dans cette même région, la CARSAT³⁰¹, rencontrée par la mission, subventionne aussi des projets associatifs, mais ne verse la dernière tranche de subvention que sur présentation des résultats de l'action. L'écart en matière de culture de l'évaluation entre la caisse de RSI et la CARSAT dans cette région est manifeste. Une caisse de base importante assume quant à elle financer des associations et non des "projets".
- [1661] A terme, ces financements associatifs devraient être réduits, voire supprimés, et dans l'intervalle leur évaluation devrait être améliorée.

Recommandation n°149 : Mettre en place un véritable suivi des projets associatifs financés au niveau local et soumettre le bénéfice de nouvelles subventions à la bonne réalisation des projets antérieurs déjà financés, lorsque c'est le cas.

³⁰⁰ " Afin de mesurer l'efficacité de ce partenariat, l'association recense les actions d'évaluation afin de mesurer l'impact auprès des ressortissants du RSI en terme de cible et de fréquentation aux projets... Chaque action sera décrite en fonction de l'objectif visé... L'association s'engage à transmettre dans les meilleurs délais un document de présentation et d'analyse des résultats des évaluations réalisées".

³⁰¹ Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

- [1662] A l'inverse, l'inter-régimes paraît une voie à privilégier : elle permet une mutualisation des crédits et un maillage optimal du territoire, et évite les doublons. Lors de ses déplacements, la mission a pu constater que les réalisations étaient inégales selon les régions, en fonction du passé de coopération entre les régimes au niveau local et des problèmes de gouvernance associés. Les actions inter-régimes sont pourtant un axe à renforcer dans les années qui viennent, si l'on veut rationaliser l'offre sur le territoire, la rendre plus lisible pour les assurés et réaliser des économies.
- [1663] Les actions inter-régimes pourraient en outre élargir leur champ : engagement à ne pas financer les mêmes structures si ce financement est pérennisé (associations et surtout établissements), ou vérification en commun qu'il n'existe pas de doublons en matière d'aide à domicile avec des assurés bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la Majoration tierce personne (MTP) par ailleurs, en mettant en place des échanges avec les conseils départementaux ou les caisses d'assurance maladie du régime général, comme cela se fait avec certaines CARSAT.

Recommandation n°150 : Renforcer les actions inter-régimes en fléchant l'essentiel des crédits d'ASS collective sur ce type d'actions.

3 SI LE RSI VEUT MAINTENIR LA NOUVELLE PRESTATION DE L'ACCOMPAGNEMENT AU DEPART A LA RETRAITE (ADR), IL DEVRA LA FINANCER A ENVELOPPE CONSTANTE

3.1 Le contexte de la suppression de l'indemnité de départ

- [1664] L'indemnité de départ (IDD) permettait à des artisans et commerçants qui répondaient à des critères d'activité et de revenus de percevoir, lors de leur cessation d'activité, une aide spécifique versée sur fonds budgétaires.
- [1665] Cette aide avait été créée par l'article 106 de la loi de finances pour 1982. Elle avait pris la suite d'une aide spéciale compensatrice instituée pour cinq ans par la loi n°72-657 du 13 juillet 1972 instituant des mesures en faveur de certaines catégories de commerçants et artisans âgés, et financée à l'époque par des contributions sociales³⁰².
- [1666] L'aide spéciale compensatrice était versée sur demande aux chefs d'entreprise artisanale ou commerciale à faibles revenus renonçant, à la fin de leur carrière, à exploiter leur fonds ou leur entreprise ainsi qu'à exercer des fonctions de direction dans toute entreprise. De plus, l'aide spéciale compensatrice était liée à une vente du fonds, de l'entreprise ou du droit au bail pour un montant inférieur au plafond de l'aide. La loi de finances pour 1982 a instauré l'IDD dans le prolongement de l'aide spéciale compensatrice, lui assignant la même finalité. Le dispositif de l'IDD a ensuite évolué à la marge, au fil de plusieurs modifications législatives et réglementaires. En 2003, la loi de finances a dissocié ce dispositif des contributions sociales perçues auprès des entreprises commerciales et artisanales et basculé son financement sur le budget de l'Etat³⁰³.

³⁰² Taxe d'entraide assise sur la contribution sociale de solidarité et taxe additionnelle sur les surfaces de vente, ayant toutes deux le caractère de contributions sociales.

³⁰³ Action n°2 du programme 134 "Développement des entreprises et du tourisme" au sein de la Mission Économie.

[1667] Dans ses fondements, l'IDD était donc à la fois une mesure à caractère social, destinée à faciliter le départ en retraite des commerçants et artisans à faibles revenus et à faible capitalisation (en finançant des dépenses de transition comme une assurance complémentaire ou un déménagement...), et une mesure économique destinée à faciliter la transmission d'entreprise (en diminuant éventuellement le prix de vente de l'entreprise). Au plan économique, elle a accompagné une période de concentration de l'appareil commercial et de restructuration de l'appareil artisanal. Il s'agissait ainsi de faciliter la cessation d'activité de commerçants, et par analogie d'artisans, qui s'inscrivaient dans des régimes de retraite alors désavantageux et dont la valeur de cession de l'entreprise (« capital retraite ») se trouvait amputée du fait de la désertification rurale, de la concurrence des formes modernes de distribution et de l'absence de repreneurs potentiels.

[1668] La mise en œuvre de l'IDD s'opérait selon les modalités établies par un décret et un arrêté modifiés en dernier lieu en 2007³⁰⁴. Pour bénéficier de l'aide, la demande devait être déposée avant la cessation d'activité. Le demandeur devait justifier de critères stricts d'activité et de revenus :

- être commerçant ou artisan dûment inscrit au registre au moment de la demande ;
- justifier de quinze ans au moins d'affiliation au régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales ;
- avoir atteint l'âge de 60 ans révolus (hors cas d'incapacité définitive, ou 57 ans dans le périmètre des opérations collectives de restructuration) ;
- disposer de revenus situés en deçà d'un double seuil portant sur les revenus annuels de l'activité ainsi que sur l'ensemble des revenus du ménage au cours des cinq années précédant la demande.

[1669] Ce seuil, inchangé depuis 2007, était de 11 940 € annuels de revenus déclarés pour une personne seule (dont 5 780 € au plus de ressources non professionnelles) et de 21 210 € pour un ménage (dont 10 490 € de ressources non professionnelles). Le montant de l'aide, également inchangé depuis 2004, était individualisé dans une fourchette réglementairement large, mais centrée sur une moyenne de 8 070 € pour un isolé et de 12 550 € pour un ménage.

[1670] L'aide était en déclin sur les dernières années.

Tableau 13 : Évolution de l'IDD depuis 2007

Année	Demandes	Dossiers agréés	Taux de rejet	Montant global (en M€)
2007	4997	3827	23,41 %	29,6
2008	2929	2081	28,95 %	26,5
2009	2423	1787	26,25 %	23,6
2010	2378	1798	24,39 %	21
2011	2016	1459	27,63 %	18,5
2012	1694	1263	25,44 %	15,8
2013	1804	1330	26,27 %	12,6

Source : RSI

[1671] Les crédits affectés n'étaient plus que de 9 M€ dans la loi de finances initiale (LFI) pour 2014, réduits à 6,2 M€ en loi de finances rectificative (LFR), pour une aide totale de plus de 10 M€ (cf. *infra*).

³⁰⁴ Décret 82-307 du 2 avril 1982 modifié fixant les conditions d'attribution de l'aide prévue en faveur de certaines catégories de commerçants et artisans par l'article 106 de la loi de finances pour 1982. Arrêté du 30 décembre 2004 modifié relatif aux règles générales d'attribution de l'aide instituée en faveur des commerçants et artisans par l'article 106 de la loi de finances pour 1982.

- [1672] Un rapport du contrôle général économique et financier datant de mai 2011³⁰⁵ recommandait de supprimer l'IDD et d'y substituer, pour des situations individuelles critiques, une intervention renforcée de l'action sociale du RSI. Les arguments étaient nombreux : l'alignement des régimes de retraite de base et complémentaire sur ceux du régime général ne justifiait plus de discriminer spécifiquement les artisans et commerçants sur leur niveau de retraite ; l'IDD était une indemnité en déclin (2,3 % des artisans et commerçants étaient concernés en 2011 et le nombre d'IDD a été divisé par deux sur les cinq dernières années), l'aide n'étant plus incitative étant donné la non revalorisation des plafonds de revenus et des montants d'aide ; sa vocation (sociale/économique) était ambiguë et son rôle économique n'était pas prouvé ; ou encore complexité de la procédure qui mêlait intervention des caisses de base, de la caisse nationale, puis du ministère en charge du commerce et de l'artisanat, et divergence des pratiques. Le rapport faisait le constat de "l'inadaptation de l'IDD comme outil d'intervention en faveur des commerçants et artisans pauvres au moment de leur retraite".
- [1673] L'IDD a finalement été supprimée par l'article 92 de la loi de finances pour 2014 qui précise que les dispositions restent applicables aux demandes déposées avant le 31 décembre 2014.

3.2 La création dans l'urgence de l'Accompagnement au départ à la retraite (ADR)

- [1674] A la suite de la suppression de l'aide, le conseil d'administration de la caisse nationale du RSI a adressé un courrier à la Secrétaire d'Etat chargée du commerce, de l'artisanat, de la consommation et de l'économie sociale et solidaire, suite au CA du 9 décembre 2014, dans lequel il propose de substituer à l'IDD une aide avec un objectif similaire : accompagner les travailleurs indépendants en fin de carrière se trouvant en difficulté financière. Il proposait de financer cette aide avec les 18 M€ de reports de crédits des années passées en 2015, et demandait une nouvelle ligne pérenne annuelle de 20 M€ à compter de la future COG. Les critères d'attribution de la nouvelle aide seraient à terme rénovés. Par courrier en date du 27 avril 2015, la direction de la sécurité sociale indique au conseil d'administration que les dépenses d'ASS de 2015 doivent au global être maintenues "à un niveau proche de celles de l'année 2014", leur démarche ne devant pas conduire à « une augmentation globale des dépenses ».
- [1675] La lettre réseau n°2015-029 en date du 18 février 2015 précise les nouveaux critères d'attribution pour l'année 2015, dans l'attente d'une réflexion plus globale sur leur nature : les critères de l'IDD sont repris (être cotisant actif au RSI au moment de la retraite), mais également durcis (avoir cotisé, et non pas juste être affilié, au moins 15 ans et avoir plus de 60 trimestres d'activité au RSI ; avoir été affilié majoritairement sur l'ensemble de sa carrière au RSI et être non imposable sur les revenus pour les deux années civiles qui précèdent le passage à la retraite). Le plafond de ressources est celui des revenus correspondant au seuil de non-imposition sur les revenus. Il reste proche de celui de l'IDD (11 885 € de revenu pour une personne seule). Le montant maximum diminue un peu (10 000 € pour les demandeurs percevant des revenus à hauteur de l'ASPA³⁰⁶ et 7 500 € pour ceux percevant des revenus à hauteur de l'ACS). Entre les deux plafonds, l'aide est modulée.
- [1676] L'aide comprend deux volets : pour les nouveaux retraités, une aide "à la transition" dans l'esprit de l'IDD (à demander dans l'année qui suit le départ en retraite) ; pour les personnes qui prendront leur retraite dans les six mois, une aide destinée à couvrir ou réduire des cotisations dues, afin que la personne bénéficie du maximum de trimestres cotisés.

³⁰⁵ Rapport sur l'indemnité de départ des commerçants et artisans, mai 2011.

³⁰⁶ Allocation de solidarité aux personnes âgées.

[1677] La procédure est quasi-identique à celle d'une aide « classique ». La lettre réseau mentionne que les CASS locales peuvent "attirer l'attention de la CNASS sur les situations leur semblant atypiques ou présentant des difficultés de traitement particulières", ce qui a été interprété par les caisses locales comme une obligation de remontée systématique pour décision à la caisse nationale. Il faut dire que la lettre-réseau ajoute que « la CNASS veillera à harmoniser les décisions et à assurer une équité de traitement sur l'ensemble du territoire. Elle validera l'aide et son montant ». La situation a depuis été clarifiée par le service ASS de la caisse nationale par un mail en juin 2015, mais ces ambiguïtés ont certainement contribué à ralentir la montée en charge de l'instruction des dossiers.

[1678] La montée en charge de l'aide se fait en effet lentement. 191 dossiers ont été instruits à fin septembre et 91 aides accordées, soit un taux de rejet de plus de 50 %. 426 dossiers sont encore en instance dans les caisses. Les montants dépensés sont de 0,97 M€. Dans les régions visitées par la mission avant l'été, les demandes étaient inférieures à la dizaine.

[1679] Le régime a tâtonné au cours de l'année 2015 sur la manière de communiquer sur le dispositif et de sensibiliser ses assurés. La lettre-réseau ne prévoit rien et mentionne juste que "les caisses qui envisagent des actions proactives vers les publics concernés sont invitées à en informer le département ASS de la caisse nationale, afin de mutualiser les expériences entre caisses". Elle prévoit la mise à disposition d'une « plaquette d'information ». L'information semble s'être faite en début d'année de façon globale (certaines caisses de base ayant ainsi envoyé systématiquement la brochure sur l'ADR avec les notifications de nouvelles retraites). Elle s'est ensuite resserrée : envoi d'un courrier vers les assurés de plus de 65 ans bénéficiant de la CMUC ou de l'ACS en juin 2015 et préparation à l'été 2015 d'une campagne vers les bénéficiaires de l'ACED de plus de 65 ans en 2014.

3.3 Quel avenir pour cette nouvelle aide?

[1680] La mission ne peut que reprendre à son compte les constats qui avaient été fait par le rapport du contrôle général économique et financier précité, notamment sur le maintien d'une aide à la vocation ambiguë, à la fois économique et sociale, alors même que les différences avec les autres régimes de retraite s'estompent, et que les périodes de forte restructuration de l'appareil commercial et artisanal sont révolues.

[1681] La mise en place sur l'ASS du RSI d'une aide équivalente à l'IDD, alors même qu'il a été clairement décidé de la supprimer, et qu'elle n'existe dans aucun autre régime, ne paraît pas cohérente. Elle présente en outre clairement des doublons avec d'autres aides existantes du RSI : la possibilité d'obtenir une prise en charge de cotisations via l'ADR fait double emploi avec l'ACED, et l'aide "de transition" pour financer une complémentaire ou un déménagement sont également prises en charge sur certaines aides de l'ASS individuelle.

[1682] La suppression de l'ADR n'empêcherait pas le RSI de continuer, comme il le fait déjà aujourd'hui, avec les secours, le soutien à une complémentaire ou l'ACED, à soutenir les retraités et futurs retraités en difficulté.

Recommandation n°151 : Ne pas reconduire l'ADR sur la prochaine COG.

[1683] Si le RSI tient à conserver ce type d'aide, elle ne pourra clairement pas être financée par des crédits supplémentaires sur la prochaine COG. Le régime devra donc établir des priorités entre les actions qu'il souhaite financer.

[1684] Le RSI a par ailleurs suggéré, lors des entretiens menés par la mission, une évolution de l'ADR vers un nouveau type d'aide, destinée à faciliter la transmission d'entreprise et la cession du fonds de commerce.

- [1685] La lettre-réseau sur l'ADR précitée évoquait déjà la possibilité d'un "dispositif complémentaire" qui serait étudié au premier trimestre 2015, voire expérimenté auprès de quelques caisses. Il viserait à faciliter la transmission d'une entreprise artisanale ou commerciale, dans une zone où sa disparition porte préjudice au maintien des services sur un territoire donné. Cette aide pourrait permettre la mise aux normes de l'entreprise ou venir en déduction du prix d'achat pour le repreneur. Cette expérimentation serait financée sur l'action sociale individuelle retraite.
- [1686] Cette réflexion n'a pour l'instant pas abouti, aucune caisse de base ne s'étant montrée intéressée, et aucune expérimentation n'a eu lieu. Un marché vient d'être passé par la caisse nationale avec un prestataire afin de mener une étude sociologique pour préciser les besoins, les difficultés rencontrées par les ressortissants et les critères sociaux éventuels d'attribution. L'idée d'une "aide à la transmission d'entreprise" n'est pourtant pas nouvelle. On a vu *supra* que dès la création de l'IDD, sa vocation "économique" était mêlée à sa vocation "sociale". Une "prime de transmission" avait d'ailleurs été créée en 2007³⁰⁷ dans le cadre de la mise en place d'actions de tutorat exercées par le cédant de fonds de commerce sur le repreneur. D'un montant peu incitatif de 1000 €, elle avait été rapidement supprimée.
- [1687] La réalisation d'une expérimentation permettrait de constater si cette aide correspond à un vrai besoin. Mais la mission ne peut que souligner d'ores et déjà les inconvénients que présente une telle aide : efficacité économique à prouver (possibilité d'érosion du capital en tirant à la baisse le prix de cession) et discrimination par rapport à des régimes similaires où ce type d'aide n'existe pas (problématique de transmission des exploitations agricoles à la MSA ou des officines pharmaceutiques à la CAVP³⁰⁸ ...).
- [1688] La mission souhaite enfin souligner le sujet du solde des dossiers d'IDD en cours. Le RSI a évalué le montant des aides pour lesquelles la commission spécialisée a donné un accord en 2014 à 11 M€ (pour 1092 dossiers) et à 4 M€ pour les dossiers déposés en 2014, mais examinés en 2015 (plus de 300 dossiers), ce qui fait au minimum un besoin de financement de 15 M€. Or, les crédits budgétés sont de 4,6 M€ pour 2015 et 4 M€ pour 2016, auxquels s'ajoutent 4 M€ de trésorerie que le RSI aurait récupéré sur les années antérieures. Il manquerait donc 2,5 M€ pour pouvoir solder le stock de dossiers d'IDD. Le RSI a déjà été alerté en région sur la situation sociale de certaines personnes qui attendent leur versement.

Recommandation n°152 : Faire en sorte que l'Etat honore ses les engagements sur les dossiers d'IDD déposés avant le 31 décembre 2014 et pour lesquels une aide a été accordée, en prévoyant des crédits supplémentaires sur le programme 134.

4 LE PILOTAGE GLOBAL ET L'EVALUATION DES ACTIONS RESTENT A AMELIORER

4.1 Un suivi budgétaire à consolider

- [1689] Le département de l'ASS à la caisse nationale est un petit département (huit ETP) au sein duquel beaucoup de choses se font encore manuellement, notamment les tableaux de suivi budgétaire (sur Excel) et le suivi des actions. La mission a pu le ressentir dans l'inégale qualité des données qui lui ont été fournies, les chiffres notamment étant parfois contradictoires.

³⁰⁷ Décret n°2007-479.

³⁰⁸ Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens.

[1690] Les systèmes d'information semblent par ailleurs à refondre. L'applicatif ASI (Action Sociale Individuelle) qui permet aux caisses de base d'ordonner les dépenses par section et d'enregistrer et de suivre les décisions des CASS régionales était l'outil utilisé par la CANCAVA (Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale). Le RSI l'a conservé. En 2008, il a intégré l'ACED, en 2013 les aides santé et les subventions aux associations, et depuis le début 2015 les décisions sur les PL. Il doit également permettre de faire du suivi budgétaire.

[1691] Dans les régions visitées cependant, le suivi se faisait en général par le biais de tableaux Excel "à part". C'est d'ailleurs la circulaire sur le calendrier budgétaire de février 2014 elle-même qui prévoit en annexe un tableau de suivi budgétaire à renvoyer à la caisse nationale le 10 janvier de l'année n, ainsi qu'à chaque fin de trimestre. Il semblerait à la mission intéressant de voir de quelle façon ces tableaux de suivi budgétaire pourraient être intégrés totalement dans l'outil ASI, afin d'éviter la double saisie.

Recommandation n°153 : Intégrer le suivi budgétaire actuellement fait sur Excel au sein de l'outil ASI.

[1692] Ces tableaux "manuels" permettent aussi de faire l'interface avec le logiciel comptable Eric's, qui ne dispose pas des mêmes rubriques qu'ASI et ne fait pas le lien avec les sections budgétaires de l'ASS, mais classe les crédits comptablement par risque. Les agents des services dans les caisses de base passent beaucoup de leur temps à remplir ces multiples tableaux et à doubler leurs tâches. La mission n'a pas pu chiffrer la perte de temps associée à leur constitution mais il y a là un gisement d'efficacité certain. Le logiciel comptable est en voie d'évolution et, à compter de 2016, ses rubriques devraient correspondre aux rubriques d'ASI, et avoir une division en sections et risques. Il a déjà été un peu aménagé en 2015. Les agents en caisses locales mentionnent cependant que des tableaux Excel resteront nécessaires, afin d'apporter la preuve de correspondance entre les deux outils. Seul un outil unique résoudrait cette difficulté.

[1693] C'est d'ailleurs ce qu'a proposé un audit interne de la caisse nationale sur la simplification du processus budgétaire et comptable de l'ASS en février 2015.

Recommandation n°154 : Mettre en place une réelle interface entre ASI et Eric's et étudier la possibilité d'un outil unique.

4.2 Un suivi et une évaluation des actions à renforcer

[1694] Si la caisse nationale a fait de véritables progrès en matière d'harmonisation des procédures (formulaire, dossier de demande d'aide..., ce qui n'empêche d'ailleurs pas les caisses locales de les "améliorer", comme la mission a pu le constater sur le terrain) et des barèmes notamment sur l'ASS individuelle, on a vu *supra* qu'il existait des marges d'amélioration sur certaines aides individuelles, sans barème, ainsi que sur l'ACED. Il y a bien sûr un équilibre à trouver entre une harmonisation permettant une égalité des assurés sur le territoire et la nécessaire liberté de décision des CASS. Mais le département ASS de la caisse nationale a encore des progrès à réaliser dans le pilotage des modalités d'attribution des aides au niveau local, en mutualisant par exemple les bonnes pratiques ou initiatives locales. Les aides individuelles doivent encore être rationalisées et l'ACED mieux encadrée. « La stratégie d'ASS » du RSI, évoquée à plusieurs reprises dans la COG, y gagnera en lisibilité.

[1695] En matière de remontées des actions, le suivi semble "artisanal", que ce soit par exemple sur le nombre de dossiers examinés sur l'ADR ou sur les aides collectives. La mission n'a ainsi pas pu se faire communiquer un état consolidé de la nature des projets associatifs financés en 2014 ou des établissements subventionnés cette même année.

- [1696] La mission a également examiné quelles étaient les modalités de suivi du contrôle interne. Six risques³⁰⁹ à couvrir sur l'ASS font partie du plan de contrôle interne du RSI (processus E1 : mettre en œuvre l'ASS³¹⁰). Les risques permettent de couvrir les étapes du processus et d'éviter les doublons. La mission ne propose donc pas de les modifier.
- [1697] Un seul des risques fait l'objet d'une action de maîtrise des risques (AMR) avec remontée trimestrielle. Celle-ci consiste à contrôler les écarts entre les prises en charge accordées et les affectations de cotisation sur les comptes effectuées par les URSSAF³¹¹.
- [1698] Mais le service en charge du contrôle interne au RSI a précisé à la mission que cet indicateur n'était pas remonté au service de contrôle interne. La caisse nationale souligne que le risque est sous contrôle car les caisses ont à leur disposition un outil bureautique local validé conjointement par le directeur et l'agent comptable d'une caisse régionale, outil qui leur permet de rapprocher les flux d'affectation des aides (provenance V2 ACOSS³¹²) des procès-verbaux des décisions des commissions d'action sociale. Ce contrôle devrait être automatisé dans la prochaine version de l'applicatif national d'action sociale (ASI) dont la mise en production est prévue pour la fin de 2015.
- [1699] A ce stade cependant, les flux d'échanges entre la V2 et le RSI sur les décisions des CASS ne fonctionnent pas toujours correctement. Lors de ses déplacements, et notamment dans une région importante, il a été souligné à la mission que les flux ne fonctionnaient pas toujours, et qu'il était nécessaire de les compléter avec des bordereaux manuels. Surtout, cette caisse évaluait à une cinquantaine de dossiers par an, les dossiers où l'aide n'était pas intégrée, ni en flux informatique, ni manuellement, du côté des URSSAF. Il y a là un point clair d'amélioration dans l'efficacité de l'ACED.

Recommandation n°155 : S'assurer de la mise en place du système d'information qui permettrait de contrôler que l'aide au cotisant est bien prise en compte sur le compte cotisant. En faire éventuellement un indicateur COG.

- [1700] Plus globalement, la mission a relevé un déficit en matière d'évaluation des actions financées. Si la lettre-réseau n°2013-163 du 24 décembre 2013 sur la procédure d'évaluation des réalisations régionales d'ASS diffuse pour l'année 2013, comme ce fut le cas en 2012, un canevas d'évaluation pour "objectiver les résultats produits" avec des fiches par action, on a vu *supra* que la démarche s'était à peine enclenchée sur les aides collectives, et que localement il existe une culture de l'évaluation plutôt faible. La caisse nationale semble avoir abandonné cette démarche, faute d'avoir été suivie par les caisses de base qui ont trouvé les fiches "trop compliquées" et faute d'avoir pu exploiter les remontées.
- [1701] Cette évaluation des actions financées devrait être relancée et porter sur l'ensemble des actions, avec un reporting, sans doute plus simple, des caisses de base : ASS collective bien sûr, mais aussi ASS individuelle (suivi des personnes ayant bénéficié d'une aide à la complémentaire par exemple pour regarder s'ils n'ont pas sollicité quand même quelques mois plus tard une prise en charge d'un reste à charge) et ACED. L'indicateur COG sur l'ACED est une première étape intéressante, mais on a vu comment il pouvait être mieux exploité, si les caisses régionales se l'approprient réellement.

³⁰⁹ ACED : mise en paiement à tort d'une demande d'ACED ; écart entre les prises en charge accordées et les affectations de cotisations effectuées par l'URSSAF sur le compte. Secours pécuniaire : mise en paiement d'une prestation non commandée ou pour un mauvais montant ; intégration de mauvaises coordonnées bancaires en vue du paiement ; mise en paiement à tort (volume ou destination) ; écart entre les prestations accordées et les facturations reçues.

³¹⁰ Le référentiel de contrôle interne, revu en 2013, comprend dix processus : processus A : affilier, modifier, radier ; processus C : acquérir des droits ; processus D : liquider des prestations ; processus E : attribuer des aides ; processus F : recouvrer ; processus H : maîtriser les actions confiées aux OC ; processus I : comptabiliser ; processus J : mettre en œuvre les fonctions support ; processus L : processus local ; processus N : mettre en œuvre les fonctions support du système d'information. Au sein de ces processus sont identifiés des risques (248 en 2014), avec des actions de maîtrise des risques associées (32 en 2014, dont 16 font l'objet d'un suivi trimestriel), à remonter à la caisse nationale.

³¹¹ Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

³¹² Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

[1702] La mission recommande donc d'insérer dans la future COG un autre indicateur d'évaluation de l'ASS, en plus de celui existant sur l'ACED, par exemple sur l'ASS collective, si elle est maintenue.

Recommandation n°156 :Créer un indicateur d'évaluation de l'efficacité des actions autres que l'ACED, par exemple en matière d'ASS collective.

[1703] A ces indicateurs, pourraient s'ajouter des résultats d'enquêtes de satisfaction ciblées sur l'ASS. La dernière date de 2010, comme mentionné *supra*. La note de satisfaction globale était de 7/10, et 58 % des répondants donnaient une note supérieure à 8/10. C'étaient essentiellement les retraités qui soutenaient ce résultat. Quatre axes d'amélioration avaient été identifiés : les délais de traitement du service, la simplification de la démarche (imprimés...), l'accessibilité téléphonique et la traçabilité de la demande jusqu'à la décision finale.

[1704] Elle mentionnait aussi que 85 % des personnes interrogées estimaient que l'aide avait "résolu leurs difficultés", les actifs étant moins satisfaits que les retraités.

[1705] Il serait intéressant de renouveler ce type d'enquête, par exemple tous les deux ans, pour évaluer la "performance" du RSI. Elles seraient complémentaires avec les tableaux de reporting des actions des caisses. Seule la lettre-réseau 2015 sur l'aide ménagère à domicile mentionne que "les caisses régionales pourront procéder à des enquêtes de satisfaction". Cette démarche gagnerait à être généralisée et à être pilotée par le niveau national.

Recommandation n°157 :Réaliser à une fréquence plus soutenue des enquêtes de satisfaction sur l'ASS.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Élaborer un socle commun de règles d'attribution en matière d'ACED (plafond, montant)	CNRSI	A initier dès 2016
2	Réaffirmer le plafonnement à deux aides aux cotisants en difficulté au total	CNRSI	2016
3	Affirmer le principe d'une seule aide aux cotisants en difficulté par an	CNRSI	2016
4	Faire de l'indicateur d'efficacité de l'ACED un indicateur de résultat dans la COG et un critère de répartition des crédits entre les caisses de base et engager celles-ci à en faire un véritable suivi	CNRSI - DSS	2016
5	Supprimer la ventilation par risque des crédits ACED en tant qu'indicateur de pilotage dans la COG	CNRSI - DSS	2016
6	Élaborer des règles communes pour l'ensemble des aides individuelles	CNRSI	A initier dès 2016
7	Substituer progressivement des prêts aux secours financiers	CNRSI	A initier dès 2016
8	Réduire le nombre d'aides individuelles, en santé, comme en retraite	CNRSI	2016
9	Achever la vente des établissements médico-sociaux du RSI	CNRSI	A initier dès 2016
10	Mettre fin progressivement au financement d'établissements	CNRSI	A initier dès 2016
11	Mettre en place un véritable suivi des projets associatifs financés au niveau local et soumettre le bénéfice de nouvelles subventions à la bonne réalisation des projets antérieurs déjà financés, lorsque c'est le cas	CNRSI	A initier dès 2016
12	Renforcer les actions inter-régimes en fléchant l'essentiel des crédits d'ASS collective sur ce type d'actions	CNRSI - DSS	2016
13	Ne pas reconduire l'ADR sur la prochaine COG	CNRSI	2016
14	Faire en sorte que l'Etat honore ses les engagements sur les dossiers d'IDD déposés avant le 31 décembre 2014 et pour lesquels une aide a été accordée, en prévoyant des crédits supplémentaires sur le	DGE - DB	2016

	programme 134		
15	Intégrer le suivi budgétaire actuellement fait sur Excel au sein de l'outil ASI	CNRSI	A initier dès 2016
16	Mettre en place une réelle interface entre ASI et Eric's et étudier la possibilité d'un outil unique	CNRSI	A initier dès 2016
17	S'assurer de la mise en place du système d'information qui permettrait de contrôler que l'aide au cotisant est bien prise en compte sur le compte cotisant. En faire éventuellement un indicateur COG.	CNRSI - DSS	2016
18	Créer un indicateur d'évaluation de l'efficacité des actions autres que l'ACED, par exemple en matière d'ASS collective	CNRSI - DSS	2016
19	Réaliser à une fréquence plus soutenue des enquêtes de satisfaction sur l'ASS	CNRSI	A initier dès 2016