

ESPACE SOCIAL EUROPÉEN



• UCANSS
Entretien
avec
Raynal
Le May

• ACOSS

Cap sur le télétravail

• COUR DES COMPTES

Les recommandations

LA SÉCURITÉ SOCIALE POST-COVID



“ Notre branche va
apporter une réponse
personnalisée ”

Marie-Anne
Montchamp
(CNSA)

PSC DES AGENTS PUBLICS **QUELLE SUITE ?**



mgen

GRUPE vyv

MA SANTÉ, C'EST SÉRIEUX.

J'AI
CHOISI
MGEN

MUTUELLE SANTÉ - PRÉVOYANCE

Martin Fourcade et 4 millions de personnes ont choisi MGEN pour ses valeurs solidaires, son authenticité mutualiste, l'accès aux soins de qualité et sa conception innovante de la protection qui intègre la prévoyance.

MARTIN FOURCADE
CHAMPION DU MONDE &
CHAMPION OLYMPIQUE
DE BIATHLON

MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, n°775 685 399, MGEN Vie, n°441 922 002, MGEN Fila, n°440 363 588, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - MGEN Action sanitaire et sociale, n°441 921 913, MGEN Centres de santé, n°477 901 714, mutuelles soumises aux dispositions du livre III du code de la Mutualité.

ESPACE
SOCIAL
EUROPÉEN

SOMMAIRE

4 PROJECTIONS

5 ACTUALITÉS

• Europe

Le Parlement impose un relèvement du budget de relance.

6 L'ÉVÈNEMENT

• Branche Autonomie

« Octroyer une aide sans expliquer quelles solutions existent ne sert à rien ». Entretien avec Marie-Anne Montchamp, présidente du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

8 SÉQUENCES

• Prévoyance

PSC des fonctionnaires : qu'attendre après la publication des rapports ?

• Sécu - Ucanss

« Nos caisses locales savent se mobiliser et s'adapter ». Interview de Raynal Le May, directeur de l'Ucanss.

• Sécu - Recouvrement

Télétravail/Co-working : vers une bascule ?

• Sécu - Analyse

Organisation territoriale et management des caisses : ce que demande la Cour des comptes.

ESPACE SOCIAL Sarl au capital de 120 000 RCS Paris B 480 706 159 (2005B02166) 27, rue des Bergers 75015 Paris Tél. : 01 53 24 13 00 - Fax. : 01 53 24 13 06 Associé unique et président du comité éditorial Pascal Beau Directeur de la publication et de la rédaction Alexandre Beau

ABONNEMENTS 01 53 24 13 18 abonnements@espace-social.com 21 numéros par an et 200 lettres électroniques. - Professionnel : 420 € TTC. - Individuel : 220 € TTC - Association : 320 € TTC.

RÉDACTION

Analyses : Pascal Beau Assurance-maladie - Sécu - International : Alexandre Beau - a.beau@espace-social.com Famille - Action sociale : Florence Pinaud, f.pinaud@espace-social.com Prévoyance complémentaire : Emilie Guédé, e.guede@espace-social.com Correspondant Europe : Henri Lewalle Rédacteur graphique - Site Internet - Réseaux - Podcast : Gladys De Micheli - g.demicheli@espace-social.com DA support papier : Aline Joly - andie.j27@gmail.com Secrétariat de rédaction : Iris Mondrian Iconographie : cocktailsante.com

IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers 95400 Villiers-le-Bel.

ADMINISTRATION secretariat@espace-social.com

COMMISSION PARITAIRE :

N° 0321 T 87714

ISSN : N° 0999-7822.

Prix au numéro : 13 €

Tous droits de reproduction réservés.

Membre du syndicat de la presse économique, juridique et politique. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obligatoirement obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) 20, rue des Grands-Augustins 75006 Paris

Tél. : 01 44 07 47 70 Fax : 01 45 34 67 19

CARNET



Alexandre Beau

TRANSFORMATION

Dans ce numéro, nous abordons la question des évolutions des modes de travail et des pratiques organisationnelles au sein de la Sécurité sociale post-crise. Un sujet de fond, qui ne se limite pas à la seule lecture des orientations prises par les administrations publiques, mais qui touche bien l'ensemble de la protection sociale et des acteurs économiques et sociaux de ce pays intervenant dans le secteur tertiaire.

C'est désormais un fait, aucune organisation n'échappera aux conséquences induites par cinq mois de confinement. Que l'on se place du point de vue des attentes de l'employeur ou bien du côté des aspirations du salarié relatives à ses conditions de travail, et bien sûr de l'usager, le constat est là. Il est partagé et implacable : on ne reviendra pas au modèle d'avant. Ne serait-ce que parce que cette explosion de l'activité à distance aura permis, outre un gain sanitaire évident, de développer paradoxalement un mouvement de décloisonnement et d'équilibre entre environnement professionnel et personnel, gage d'autonomie. Développant ainsi, parfois, une forme d'« empowerment » des salariés. Une grande majorité d'organisations auront ainsi réussi à maintenir un niveau de production quasi normal en ayant plus de 90 % de leurs collaborateurs travaillant depuis leur domicile. A l'ère de la digitalisation généralisée, cette bascule était possible voire prévisible. Sa trace sera ineffaçable.

Toutefois, ce changement d'ère devrait faire émerger un certain nombre de défis. Parmi ceux-ci, se pose celui du juste équilibre entre deux mondes. Celui que nous venons de décrire, concernant majoritairement les activités de back-office, et celui qui fait physiquement face à l'usager, notamment les plus fragiles souvent en situation de fracture numérique. Il ne s'agit pas ici d'un sujet secondaire en ce sens que la mission de solidarité nationale, pour la Sécurité sociale, se matérialise tout autant dans les services et prestations fournies que dans l'accueil et l'accompagnement des usagers. Cette mission n'étant pas « télétravaillable », il faudra réaliser au sein des organisations un travail minutieux de redéfinition des métiers pour répondre à ces attentes légitimes. N'oublions pas que, il y a encore deux ans de cela, la France était paralysée par un mouvement national demandant, entre autres choses, une présence accrue des services publics dans des territoires jusqu'ici abandonnés. Alors, au boulot ! ■

En raison du contexte sanitaire, ESE transforme son traditionnel colloque consacré au PLFSS en une série d'entretiens vidéo hebdomadaires.

RDV sur notre site



www.espace-social.com



L'ALLEMAGNE CHAMPIONNE ?



L'Allemagne championne 2020 des grands pays développés et peut-être encore en 2021 ? Possible, au vu des données générales de la crise. Moins de contaminations, moins de décès, une meilleure prise en charge des patients par une meilleure organisation des soins hospitaliers et de l'articulation ville/hôpital, une moindre récession et par là même une meilleure capacité de reprise, un moindre chômage, une moindre dépense publique d'urgence pour amortir la crise, permise notamment par une meilleure santé budgétaire ex ante (assurances maladie et vieillesse en excédent notamment...), un meilleur climat général au sein de la population (pour l'instant), une décentralisation efficace, un débat public et médiatique moins hystérique que celui de la France et d'ailleurs, une meilleure gestion politique de la crise par le gouvernement fédéral due à l'anticipation de l'Etat et une opposition moins désireuse d'« allumer le feu » de principe. Quant au vaccin, l'alliance Pfizer/BioNTech place Berlin devant Paris (Sanofi et Pasteur). ■

► SANTÉ AU TRAVAIL, ÇA AVANCE

La négociation patronat-syndicats sur la gouvernance, la prévention et l'organisation (SSTI) de la santé au travail avance. Un texte « martyr » circule. Les ultimes réunions programmées les 27 novembre et 2 décembre devraient permettre de boucler un accord en vue d'être formalisé par la loi. A suivre !

► CANNABIS LÉGALISÉ, IMPACT INCERTAIN



Question sensible : la légalisation du cannabis fait-elle chuter la consommation ? Deux ans d'expérience au Canada (seul pays du G7 à avoir choisi cette voie) donne des résultats très mitigés, pour l'instant. Certes, le Comité de vigilance, faute d'évaluation solide, reste muet. Mais les remontées de terrain montrent, outre une hausse de la consommation, des transferts de trafic vers des drogues dures et plus

rentables. Quant à l'aspect santé publique...

► 30 PREMIÈRES MUTUELLES

Plus le temps passe, plus la concentration des mutuelles s'opère et modifie le paysage des compléments santé. Les 30 premiers groupements pèsent désormais 82 % du total du CA mutualiste, avec près de 16 Mds. Question fonds propres, le montant frôle les 13 Mds €. Quant aux personnes protégées, le chiffre est de 27,4 millions de personnes (33,6 millions, rapportés à la population totale).

► TRAÇAGE, UN LÉGER MIEUX



Plus de 7 millions de téléchargements de Tous-AntiCovid mi-novembre. Déjà trois fois mieux que la précédente application StopCovid. Mais loin encore des autres applications en UE (22 millions en Allemagne, 19 millions au

Royaume-Uni, 10 en Italie, 9 millions en Espagne). Reste qu'aucun pays n'annonce des résultats concrets très efficaces sur le traçage.

► PUBLIC/PRIVÉ, ÇA MARCHE MIEUX

Il était temps ! Après les dérapages, oublis, sectarismes et autres constatés lors de la première vague du printemps dernier, Etat, ARS et établissements publics ont enfin compris qu'il fallait solliciter les médecins de ville, les établissements privés (cliniques et Espic). Grosso modo, la capacité de réanimation intensive de 5 050 lits publics se voit aidée par les 1 800 lits du privé. Lequel est capable d'aller jusqu'à 4 000 lits pour les seules cliniques. Désormais, le débat porte sur les personnels soignants.

► DÉSINFORMATION

La désinformation, une maladie en temps de crise ? Pour y mettre fin, la Fédération hospitalière de France explique que, contrairement aux annonces des médias, il n'y a pas de démissions massives dans les hôpitaux et les Ehpad (les données sont étalées depuis 2018), mais plutôt une poussée d'absentéisme de 1 à 2 % selon les établissements. ■

LES CHIFFRES

de 10 à 11 millions

de doses de vaccin contre la grippe manquantes, selon les experts de Santé publique France.

186 Mds €

de coût de la crise Covid-19 pour les finances publiques (100 Mds de pertes de recettes Etat/Sécu et 86 de dépenses directes).

9

ministres de la Santé en Belgique, dont 8 « communautaires... »

218,9 Mds €

pour l'Ondam 2020 (+ 9 %), avec 7 Mds € en sus pour les hôpitaux

49 Mds €

de déficit pour les régimes de base de S. S. en 2020 (33 Mds € pour la Cnam), nouvelle projection PLFSS.

300 000

SDF, selon la Fondation Abbé Pierre.

LE PARLEMENT IMPOSE UN RELÈVEMENT DU BUDGET DE RELANCE

Majoritairement déçus par les arbitrages faits par le Conseil européen dans le cadre de l'élaboration du budget de relance, les eurodéputés réclamaient des efforts supplémentaires en faveur de la santé, de l'éducation et de la recherche. Après plus de deux mois et onze sessions de négociations, un accord est intervenu entre les parlementaires et la présidence allemande de l'UE. Le 10 novembre dernier, ils ont obtenu un relèvement du budget 2021-2027 fixé à 1 074 Mds € par le Conseil.

DES ENVELOPPES RÉÉVALUÉES

Le plan santé EU4Health élaboré par la Commission en mai devait être doté d'un budget de 9,4 Mds €. Le 21 juillet, le Conseil l'a drastiquement réduit en le ramenant à 1,67 Md € (cf. ESE n° 1178). Aujourd'hui, les parlementaires ont obtenu un rehaussement de 3,4 Mds pour finalement porter l'enveloppe à 5,07 Mds €, soit 54 % de la proposition initiale de la Commission. Ou comment au final avancer pour mieux reculer ! Dans la foulée, le Parlement a adopté EU4Health en recommandant, notamment, la création d'un mécanisme européen de renforcement de la coopération en temps de crise et un système de surveillance des pénuries de médicaments et d'équipements médicaux. Appel entendu par la Commission qui souhaite désormais se doter d'une nouvelle autorité, **l'Health Emergency Response Authority (Hera)**. Objectif : créer un point d'entrée unique à l'échelon européen pour la gestion de crise sanitaire à l'instar de la Barda, actuellement en place aux Etats-Unis. Concernant le programme Horizon, consacré à la recherche, aux innovations dans le domaine de la santé et aux essais cliniques, son budget avait été fixé par le Conseil à 75 Mds €, loin des 95 proposés par la Commission. Désormais, il est rehaussé de 5 %, soit 4 Mds € pour être au final porté à 79 Mds €. Enfin, le budget du programme Erasmus augmente de 2,2 Mds et atteint désormais 23,4 Mds €.

Pour compenser ces dépenses supplémentaires, 11 Mds €, soit l'équivalent des trois quarts de l'ajout budgétaire, devraient provenir des recettes de l'UE générées par les



Après d'après négociations, le Conseil européen du 21 juillet s'était accordé sur un budget de relance. Au grand dam du Parlement européen, celui-ci sacrifiait les propositions portées par la Commission sur les questions de santé en pleine crise de la Covid-19. La situation a quelque peu évolué depuis.



LA COMMISSAIRE EUROPÉENNE À LA SANTÉ, STELLA KYRIAKIDES, PRÉSENTANT LE PROJET DE CRÉATION DE L'HEALTH EMERGENCY RESPONSE AUTHORITY, LE 11 NOVEMBRE DERNIER.

amendes infligées en cas d'infraction aux règles de concurrence. En sus, pour améliorer le financement du Plan de relance de 750 Mds, la Commission devrait prochainement faire des propositions pour introduire de nouvelles recettes sur la base de la feuille de route négociée avec les eurodéputés.

UN TOURNANT HISTORIQUE

Les négociations entre les institutions européennes ont débouché sur un redimensionnement du plan budgétaire qui constitue désormais un meilleur levier pour juguler la crise à la fois sanitaire, économique et sociale, même si d'aucuns, comme le député Larroutouros (PS), réclament encore davantage de moyens. La ratification du Cadre financier pluriannuel (CFP) par le Parlement est maintenant acquise. Le budget s'élèvera à près de 1 090 Mds € pour la période 2021-2027. Avec le plan de relance de 750 Mds, **l'enveloppe globale se chiffre à près de 1 840 Mds €**. Un apport de moyens, sans précédent, pour relancer l'économie et améliorer la santé dans l'UE. Comme, en outre, l'UE pourra désormais emprunter sur les marchés financiers, on assiste avec cette décision économique à un tournant politique majeur.

RESTE UNE PIERRE D'ACHOPPEMENT ?

Alors que la procédure d'adoption du budget est encore loin d'être finalisée, la Hongrie et la Pologne continuent de s'opposer à l'application du mécanisme de conditionnalité des plans d'action de l'UE au respect des valeurs fondamentales. Les eurodéputés sont déterminés à l'imposer, à l'instar de Fabienne Keller (LREM, Renew) pour qui « nous ne pouvons plus accepter que certains Etats qui violent des droits et principes démocratiques fondamentaux continuent à recevoir de l'argent du contribuable européen ». Pour le co-rapporteur sur le budget, le député finlandais Petri Sarvamaa (PPE), cette nouvelle donne porte un caractère historique, car « c'est la première fois qu'un mécanisme permet à l'UE de cesser de financer les gouvernements qui ne respectent pas nos valeurs ». D'ici à la fin de l'année, un nouveau bras de fer s'engage... ■ **Henri Lewalle**

“ OCTROYER UNE AIDE SANS EXPLIQUER QUELLES SOLUTIONS EXISTENT NE SERT À RIEN ”

Marie-Anne Montchamp, présidente du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), a accordé un entretien à ESE dans lequel elle explique les principales caractéristiques de la nouvelle branche, tout en dessinant les contours de la politique liée à la perte d'autonomie. Des spécificités qui visent à transformer le modèle de la Sécurité sociale.



Marie-Anne Montchamp (février 2020).

Où en est la CNSA dans la mise en place de cette cinquième branche ?

Le PLFSS a confirmé la CNSA comme institution porteuse de la branche et va indiquer les principes qui vont régir la vie de l'institution. Ensuite, il y aura des dimensions réglementaires et une convention d'objectif et de gestion. Ces différents édifices vont définir les attributions et le rôle opératoire du Conseil de la CNSA.

Quel sera son rôle dans cette branche ?

Tel que je me le représente, il s'inscrit dans la droite ligne du Conseil actuel. Il disposera de nouvelles capacités budgétaires pour mieux accompagner ses orientations. Il aura des pouvoirs renforcés pour les affectations budgétaires entre les sections, avec une dose de « fongibilité ». Ce conseil conservera ses attributions prospectives et d'orientations budgétaires renforcées, mais aussi, sans doute, en ce qui concerne l'évaluation de la mise en œuvre des politiques publiques et la réduction des écarts territoriaux, qui font partie de la fragilité du système.

Ressemblera-t-il au conseil de la branche Maladie ou à celui de la branche Famille ?

Il ne sera certainement pas comme le Conseil de la Cnam et restera fondamentalement assez différent de celui de la Cnaf. Il restera une extrapolation du Conseil de la CNSA, dans un contexte de branche. L'originalité de notre institution repose notamment sur ses équilibres. La caisse possède une représentation de l'Etat, mais aussi des parties prenantes au sens large, avec les représentants des familles des personnes et ceux des professionnels qui les accompagnent, avec les fédérations qui sont les offreurs et parfois aussi les financeurs – comme la FNMF – et avec les territoires : départements et union des CCAS. Cette liste comporte aussi une représentation parlementaire importante, puisque la transparence envers le Parlement va être renforcée. Une annexe retracera le poids de la branche et

l'effort de la Nation pour l'autonomie dans le champ de la protection sociale. Une photographie transparente de ce que notre pays consent à la politique de l'Autonomie dans son acception large.

Pourquoi cette branche émerge-t-elle aujourd'hui ?

En protection sociale, il faut des temps longs et des crises pour voir des projets aboutir. Nous avons besoin de vingt ou même de trente ans pour qu'une institution décolle. Mais aussi d'une crise comme une guerre, une canicule ou une pandémie pour créer un effet d'accélération de l'Histoire. Cette combinaison provoque des avancées fulgurantes qui font suite au long mûrissement. La CNSA est restée quinze ans en laboratoire. Mais si elle n'avait pas existé depuis 2004, on n'aurait sans doute pas pu faire l'hypothèse d'une cinquième branche.

Comment définir cette politique d'autonomie ?

Il s'agit d'une politique d'égalité des chances, pour que nos concitoyens soient des citoyens à part entière, quels que soient leur âge, leur situation de handicap ou de santé. Elle met en place un ensemble de moyens pour accompagner les personnes et compenser leur situation spécifique, afin de garantir leur pleine et entière citoyenneté. Une grande ambition qui se confirme à travers la constitution d'une institution. Jusque-là, la CNSA était un peu comme une comète ou un satellite pour la Sécurité sociale. Mais maintenant, nous faisons partie du système solaire.

En quoi est-elle différente des autres branches de la Sécurité sociale ?

Cet enjeu Autonomie dans la protection sociale va apporter des transformations de notre modèle. Des transformations sur le financement d'une branche. Mais aussi sur sa gouvernance, avec la confirmation de la place des parties prenantes, au-delà du strict paritarisme. Cette gouvernance mixte donne une voix à ceux qui ne représentent ni l'Etat, ni les salariés, ni le patronat, ceux qui étaient jusque-là dans une position périphérique. La troisième transformation concerne l'offre de la branche avec une approche domiciliaire et une réponse personnalisée.

Comment pourra-t-elle avoir un rôle moteur sur le volet des métiers ?

Dans une approche où le point d'entrée est l'autonomie, tout part de la personne et non plus d'une norme établie. L'aspiration et le projet de la personne font partie de ce modèle de protection sociale et transforme ainsi tous les métiers du fait de ce nouveau référentiel commun. Pour garantir l'autonomie de nos concitoyens qu'ils soient malades, âgés ou en situation de handicap, leur accompagnement à travers les actes essentiels du quotidien est fondateur. Il leur permet de faire des choix et d'être eux-mêmes par une compensation complètement personnelle. Une approche qui ne peut être conçue qu'entre le professionnel du domicile ou de l'Ehpad et la personne accompagnée, versus celle, plus classique, du professionnel de santé ou médico-social. L'aide à domicile, qui n'était encore considérée que comme un satellite du champ médico-social, va devenir un élément central selon moi. Par l'émergence de la branche, nous assistons à une confirmation de la reconnaissance des métiers.

Comment la CNSA assurera-t-elle l'harmonie des politiques d'autonomie entre les départements ?

La CNSA de 2004 a mis en œuvre une approche de type agentielle. Elle accompagne les départements afin qu'ils développent des politiques de l'autonomie en égalité des chances, mais aussi en accord avec leurs choix politiques. Le fait de devenir une branche devrait renforcer les moyens matériels de ses missions d'animation, de coordination et de pilotage. Il s'agira moins d'édicter des normes et des référentiels communs que d'accompagnement quasi individualisé par des contractualisations originales et pluriannuelles, de vrais outils de pilotage. Nous savons à quel point les capacités de réponse et même les attentes peuvent différer d'un département très peuplé à un département d'outre-mer ou rural. Nous savons bien que les mêmes réponses n'apporteront pas partout le même résultat. Il faut développer une capacité de pilotage spécifique, que seule la CNSA peut faire, par son expérience et cette antériorité de relation avec ses partenaires. Sans compter que les territoires sont représentés dans son conseil.

Concrètement, que va changer cette politique de branche pour les Français en situation de perte d'autonomie ?

Elle apporte une réponse personnalisée, alors que l'ensemble de notre système de

protection sociale a d'abord été construit sur une vision généraliste de la santé ou de la famille avant d'affiner les approches. Dans le champ de l'autonomie, on analyse la situation pour définir les besoins et la réponse prend en compte ce qui est disponible, là où vit la personne. La branche va avoir la responsabilité de transformer la réponse pour qu'elle corresponde aux aspirations des gens qui veulent vieillir chez eux. Mais octroyer une aide sans expliquer quelles solutions existent ne sert à rien, il s'agit d'un délit d'initié. Si ma mère est en perte d'autonomie après être tombée dans la salle de bains, apprendre qu'elle pourra toucher l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) et que celle-ci sera de 150 € ne m'apporte rien. J'ai besoin de savoir de quels services d'aide à domicile elle pourra bénéficier dans la journée et la nuit, dans quel Ehpad elle pourra aller dormir ou sur quel service de télésurveillance nous pourrions compter. La Nation est-elle prête à un effort plus grand pour financer la perte d'autonomie par la solidarité ? Pour que les Français y consentent, il faut que le modèle leur semble désirable et qu'il apporte de vraies solutions à leurs situations.

■ Propos recueillis par Florence Pinaud

“ Le fait de devenir une branche devrait renforcer les moyens matériels de ses missions d'animation, de coordination et de pilotage. ”

PSC DES FONCTIONNAIRES

QU'ATTENDRE APRÈS LA PUBLICATION DES RAPPORTS ?

Les travaux de la mission des inspections générales de l'administration (IGA), des finances (IGF) et des affaires sociales (Igas) sur la protection sociale complémentaire (PSC) des agents publics ont été publiés début octobre. Beaucoup de constats avaient déjà été établis par les mutuelles des agents publics, mais toutes les pistes d'évolution ne font pas l'unanimité.

Après plusieurs ajournements, il aura fallu quinze mois pour que les deux rapports consacrés à la PSC des agents publics soient enfin publiés. La mission inter-inspection avait été lancée en décembre 2018 en vue d'actualiser les diagnostics et recommandations pour les trois fonctions publiques : d'Etat (FPE), territoriale (FPT) et hospitalière (FHP). Chacune est régie par un dispositif spécifique : référencement des Ocam après appels d'offres des ministères pour la FPE ; dans la FPT, participation au financement de couvertures labellisées par l'ACPR ou conventions de participation ; soins gratuits et intervention du Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS) pour la FPH.

La majeure partie de l'analyse est consacrée à la FPE et un certain nombre d'observations sont partagées avec les mutuelles du secteur. Parmi elles, le recul de la participation financière, avec une réduction de 39 % du budget maximal dans les cahiers des charges entre le premier (2008-2010) et le deuxième référencement (2016-2018). Les montants versés par les ministères représentent en moyenne 8 % des budgets d'action sociale, avec de très fortes disparités : de 121 € par agent aux Affaires étrangères à seulement 3 € pour l'Education nationale.

Les « effets pervers » du multiréférencement dans certains ministères (16 Ocam lors de la dernière vague, contre 10 auparavant) sont aussi épinglés, notamment la moins bonne lisibilité du dispositif et la segmentation accrue entraînant



une démutualisation des risques. La concentration des nouveaux référencés sur les jeunes actifs et l'absence de basculement obligatoire vers les nouvelles garanties (la majeure partie des adhérents est restée couverte par les anciennes offres) risquent également d'entraîner une baisse des transferts de solidarité et donc du niveau de participation des employeurs publics.

« BEAUCOUP DE TEMPS PERDU »
« La MFP a déjà posé depuis très longtemps les constats de la mission portant sur les dérives des dispositifs et leur inefficacité. Nous avons notamment souligné la faiblesse des participations, le côté disruptif des multiples référencements et l'absence de connaissance réelle des besoins des agents. Je me satisfais donc de voir que nos critiques sont partagées, mais nous avons perdu beaucoup de temps. Si ces constats avaient été pris en compte plus tôt, des solutions

auraient pu être envisagées sans attendre aussi longtemps », observe **Serge Brichet**, président de la Mutualité Fonction publique (MFP). Pour les agents de l'Etat, un premier ensemble de recommandations devrait être mis en œuvre avant 2024 (date d'un prochain référencement éventuel). Il vise notamment à favoriser la bascule des agents vers les nouvelles offres référencées, à augmenter la participation de l'Etat en santé (pour un coût entre 60 Ms et 1,3 Md € par an), à individualiser le versement de l'aide ou encore à renforcer la couverture prévoyance. Après 2024, trois scénarios possibles. Premier d'entre eux, privilégier le « monoréférencement » (soit un retour à la première vague), voire ouvrir aux ministères la possibilité de mettre en place des contrats de groupe à adhésion obligatoire. Deuxième voie, labelliser un nombre limité d'Ocam en garantissant l'absence de sélection des risques (une option proche du modèle FPT). Enfin, généraliser les transferts de solidarité en santé à tous les contrats responsables, ce qui remettrait en question la spécificité de cette PCS.



« Les rapports portent en germe une individualisation des couvertures et des prises en charge. Il y a aussi un risque de segmentation des populations, avec finalement très peu d'attention portée aux retraités et une concentration sur les actifs. Autre point d'attention, beaucoup de contraintes pèseraient sur les opérateurs, mais finalement très peu sur l'employeur public. La mission a ouvert la voie à un certain nombre de questions, en particulier sur une éventuelle harmonisation des dispositifs existants. Nous attendons désormais de voir comment les pouvoirs publics vont s'en emparer », poursuit Serge Brichet. La MFP et ses mutuelles placent sur la rédaction d'un « plaidoyer en faveur d'une politique ambitieuse de la protection sociale complémentaire dans la Fonction publique », qui devrait prochainement être dévoilé.

AMÉLIORER L'EXISTANT DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

La mission inter-inspection se montre moins critique concernant la FPT. Ici encore, beaucoup de constats rejoignent ceux des acteurs, notamment la reconnaissance de la PSC en tant que facteur d'attractivité pour la collectivité dans son rôle d'employeur. Par rapport à la FPE, le système apparaît plus lisible, la participation étant versée directement à l'agent, et les niveaux de participation plus élevés. Toutefois, la situation se révèle disparate entre les collectivités.

« Le double dispositif labellisation/convention de participation a été conforté par la mission et nous en sommes satisfaits. La dissociation du risque santé et prévoyance trouve également sa justification dans la FPT, elle permettrait aux nombreux agents déjà couverts en santé par le contrat collectif de leur conjoint salarié du privé de bénéficier également d'une couverture prévoyance », observe **Alain Gianazza**, président de la MNT. « En revanche, la possibilité pour les collectivités de mettre en place des contrats collectifs à adhésion obligatoire est contraire à la philosophie de la Mutualité de la Fonction publique.



Cette préconisation mérite également d'être approfondie pour ne pas rater sa cible, 50 % des agents n'ont pas de couverture prévoyance alors que la quasi-totalité sont couverts en santé. L'extension de la prévoyance pourrait aussi passer par une participation obligatoire de l'employeur, que nous défendons. » La mise en place de contrats collectifs à adhésion obligatoire poserait également des difficultés juridiques en touchant au statut des fonctionnaires territoriaux et au principe de libre administration des collectivités.

Autre piste de la mission, perfectionner la labellisation en prévoyant par exemple un socle minimal de prise en charge des risques en matière de santé. De son côté, la MNT a identifié des voies d'amélioration concernant les conventions de participation. « Il faudrait d'abord mettre en place une maîtrise financière mieux assurée dans le temps. Et pour les appels d'offres, une pondération qui n'accorde pas une part trop grande au seul critère prix. Enfin, le dispositif de solidarité intergénérationnelle ne fonctionne pas, car les nouveaux opérateurs se concentrent sur les actifs au détriment des retraités. Nous défendons donc le principe d'un dispositif de régulation inter-opérateur », explique son président.

HÔPITAL : ATTENTION AU RESPECT DES PARTICULARITÉS

Du côté des hospitaliers, le rapport Igas/IGF évoque des voies d'évolution « étroites en termes juridiques et économiques ». Le maintien des soins gratuits est préconisé, en parallèle de la négociation « de préférence au niveau des GHT » d'un accord avec les syndicats sur la participation au financement de la couverture com-

plémentaire maladie. La mission recommande de maintenir les moyens existants pour pouvoir financer une prévoyance collective à adhésion obligatoire, sur la base d'un socle national ou d'accords locaux. « Le statut hospitalier est complètement différent de celui des fonctions publiques d'Etat et territoriale. L'article 44 de la loi du 9 janvier 1986 prévoit des soins gratuits ainsi que l'intervention du CGOS pour les arrêts de travail, cette spécificité du statut est un vrai sujet de préoccupation pour nous. Nous voulons aussi insister sur l'égalité de traitement. Avec la mise en place de contrats collectifs dans les GHT, les retraités seront de fait éliminés. Ne pas prévoir de mécanismes de solidarité intergénérationnelle est totalement inacceptable. D'autant plus que les deux rapports des trois inspections indiquent que les nouveaux opérateurs s'adressent uniquement aux jeunes actifs », avait déclaré **Gérard Yuidepot**, président de la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH), à ESE dès la publication du rapport. Autre risque, des inégalités importantes entre GHT.

Pour l'heure, les discussions sur le sort de la PSC des fonctionnaires sont en cours avec Amélie de Montchalin. Un groupe de travail entre la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) et les organisations syndicales s'est tenu le 13 octobre dernier. La ministre de la Transformation et de la Fonction publique a fait de ce sujet une priorité, mais ses marges de manœuvre risquent d'être fortement réduites par le contexte économique. Le gouvernement devra boucler sa réforme avant la fin de l'habilitation à légiférer par ordonnance, le 7 mars prochain.

REPÈRES :

98 % des agents publics couverts par une complémentaire santé en 2014 (Irdes).

16 organismes référencés pour la FPE (10 lors du premier référencement).

50 % des agents territoriaux non couverts en prévoyance.

Des hypothèses de financement de 28 Ms à 1,3 Md € selon les différents scénarios d'évolution.

Emilie Guédé

UCANSS

“ NOS CAISSES LOCALES SAVENT SE MOBILISER ET S'ADAPTER ”



Confinement, développement du télétravail, négociation sur la classification des employés et cadres... 2020 s'annonce clairement comme une année charnière pour la Sécurité sociale. Dans le cadre de son podcast « Parlons-en ! », ESE a interviewé Raynal Le May, directeur de l'Ucanss, pour comprendre comment ces différents thèmes vont impacter durablement son activité et son organisation. Retour sur cet échange.

Comment la Sécurité sociale s'est-elle organisée pour faire face à ce deuxième confinement ?

Au printemps dernier, la Sécurité sociale avait fait la démonstration de sa capacité à répondre à une double exigence : maintenir une continuité de service tout en protégeant l'ensemble de ses salariés. Pour cette nouvelle phase de confinement, l'ensemble des branches réactivent les modes d'organisation qui ont fonctionné pour s'assurer que les activités de gestion et d'accueil des usagers puissent s'effectuer dans les meilleures conditions, tout en respectant

les protocoles de sécurité en vigueur. Le principal défi demeure l'accueil de nos publics, qui appelle des aménagements spécifiques avec un recours prioritaire au rendez-vous. Concernant la protection de nos salariés, depuis le 30 octobre dernier, nous avons massivement basculé sur du télétravail intégral pour toutes nos activités « télétravaillables ». En parallèle, nous avons également des collaborateurs qui continuent de travailler sur site. Cela concerne notamment les activités d'accueil physique, la gestion des courriers et l'entretien des locaux. En fonction des réseaux et des orga-

nismes, on estime qu'actuellement de 70 à 90 % de nos salariés ont basculé totalement ou partiellement sur du travail à distance.

Quels ont été les principaux enseignements de la première phase de confinement ?

Nous avons appris de cette première expérience que nos caisses locales savent se mobiliser et s'adapter en un temps record quand la situation l'exige. Nos salariés ont su être au rendez-vous de la continuité de service. Autre élément à retenir, la capacité à agir des services informatiques de nos différentes branches qui ont su créer les conditions permettant le maintien de l'activité à distance, sans que cela ne vienne trop fortement impacter nos standards de production. Une des autres conclusions que nous avons pu tirer, et qui préfigure plus l'après-crise sanitaire et le confinement, est que le télétravail obligatoire cinq jours sur cinq n'est pas notre cible d'organisation à terme. Nous devons réfléchir à tirer tous les enseignements de cette crise, tant sur les aspects qui ont fonctionné que sur des limites qui ont pu émerger.

Le télétravail va-t-il devenir la norme à la sortie de cette crise ?

Le modèle qui va se dégager va indistinctement intégrer plus massivement la pratique du télétravail. Avant la crise, de 10 à 20 % de nos collaborateurs télétravaillaient. Les réticences de principe qui pouvaient s'exprimer alors sont aujourd'hui levées. En sortie de crise, il nous faudra trouver le point d'équilibre entre les aspirations de nos salariés et la nécessité de maintenir le collectif de travail. Notre protocole de 2017 prévoit une possibilité de télétravailler jusqu'à trois jours par semaine. Ce point d'équilibre a fait jusqu'à présent consensus entre le Comex de l'Ucanss et les parte-

naires sociaux. Ce protocole permet à nos employeurs de négocier, dès à présent, des accords locaux qui permettront d'ouvrir plus largement le recours au télétravail. En 2021, nous aurons en tout état de cause un rendez-vous avec les fédérations syndicales pour examiner les évolutions possibles de ce protocole.

Le management va-t-il être impacté par cette nouvelle donne ?

Ces périodes sont des moments de fortes tensions pour nos managers qui doivent assurer la continuité du service, dans des conditions parfois dégradées, en ayant une attention renforcée à la situation de leurs équipes. De manière un peu paradoxale, le premier confinement a montré que la distance physique avait renforcé la relation individualisée. Le manager ne s'adresse pas seulement à un collectif de travail, mais à des salariés qui ont chacun des contextes particuliers avec, par exemple, une présence d'enfants ou la cohabitation avec des personnes à risque. La situation familiale pénètre dans la sphère de l'entreprise. En termes de pratiques managériales, il me semble que le confinement a pu également bousculer certaines postures en renforçant notamment l'autonomie des collaborateurs.

La négociation portant sur la classification des employés et cadres de la Sécurité sociale touche à sa fin. Dans quel cadre s'est-elle déroulée ?

Il faut tout d'abord rappeler la dimension dans laquelle cette négociation s'inscrit. La Sécurité sociale emploie plus de 150 000 collaborateurs, dont près de 2 000 agents de direction et 2 000 praticiens-conseils. Cette négociation concerne exclusivement les employés et cadres, qui représentent l'essentiel de nos collaborateurs. J'ai ouvert cette négociation à fort enjeu en novembre 2018. Deux ans plus tard, après 20 réunions de négociation et de nombreux échanges et débats avec les partenaires sociaux, une réunion conclusive s'est tenue le 10 novembre dernier.

Pouvez-vous nous préciser quels en ont été les principaux enjeux ?

Nous avons deux enjeux majeurs. Le premier portait sur la motivation et la fidélisation de nos collaborateurs, avec l'idée de faire évoluer notre classification et nos modes de rémunération, afin de permettre à nos salariés de mieux se projeter en termes de parcours professionnels et de progression salariale. L'autre enjeu concernait l'attractivité de nos métiers. La Sécurité sociale recrute environ 7 000 nouveaux collaborateurs par an. Cette rénovation de notre classification s'inscrit clairement dans notre politique de marque employeur, avec l'ambition de recruter et de fidéliser les compétences indispensables à l'exercice de nos missions.

Dans le détail, il nous est apparu essentiel de procéder à une simplification d'ampleur de nos grilles de classification. Jusqu'alors nous en avions quatre, couvrant les postes d'employés et de cadres, les personnels de nos établissements, les ingénieurs-conseils et les informaticiens, qui elles-mêmes englobaient une quarantaine de niveaux. Nous souhaitons désormais basculer vers une seule grille couvrant neuf niveaux tout en y intégrant, et c'est une nouveauté, des emplois repères qui permettent de positionner des postes clés pour donner davantage de lisibilité globale au système. Concernant l'attractivité de nos emplois, nous avons fortement revalorisé nos salaires d'embauche sur les trois premiers niveaux d'employés et sur ceux de cadres managers. Ce faisant, nous rattrapons un certain retard par rapport à d'autres acteurs du secteur. Concernant nos objectifs de motivation et de fidélisation, nous souhaitons revaloriser fortement « les pas de compétences » qui marquent la progression d'une expertise au sein de chaque niveau et dé plafonner nos coefficients pour mettre fin aux situations où des collaborateurs se voyaient bloqués en termes de progression salariale.

Sur le plan financier, quelle enveloppe budgétaire l'Ucanss



engage-t-elle sur cette négociation ?

Comme vous avez pu le constater, notre feuille de route est ambitieuse. C'est pour cela que l'Etat nous a permis d'engager une enveloppe globale de près de 80 Ms € en année pleine. La négociation ayant débuté en 2018, nous avons prévu une enveloppe qui s'étalait sur les quatre années suivantes. Si tout se passe bien, nous mobiliserons 40 Ms € en 2021 et donc 80 Ms € en 2022. Au-delà des chiffres, ces montants conséquents se transformeront *in fine* en gain de pouvoir d'achat pour l'ensemble de nos collaborateurs.

Quelles sont les prochaines étapes ?

Le 10 novembre dernier, nous avons eu notre dernière réunion de négociation, qui nous a encore permis de faire évoluer le texte en répondant à certaines des demandes des organisations syndicales. Ce projet d'accord sera proposé à la signature des trois organisations syndicales représentatives, qui ont souhaité disposer de trois semaines pour se positionner sur le texte. Une séance de signature est programmée le 8 décembre. Pour être adopté, le texte doit être approuvé par au moins une organisation sans que les deux autres ne s'y opposent. Une fois cette étape décisive passée, nous devons mettre à jour nos systèmes informatiques tout en accompagnant les directions et services RH des organismes locaux. Il s'agira de traduire concrètement ces enjeux majeurs dans le quotidien des organismes et d'en porter le sens sur la durée, afin que l'ensemble des salariés du Régime général de la Sécurité sociale s'approprie ce nouveau cadre conventionnel, dont la mise en œuvre pourrait intervenir avant l'été 2021.

■ Propos recueillis par Alexandre Beau

“ Nous avons fortement revalorisé nos salaires d'embauche ”



RECOUVREMENT

TÉLÉTRAVAIL / CO-WORKING : LA BASCULE ?

Les mois de confinement vont laisser des traces profondes dans les entreprises et les administrations sur la façon d'organiser son activité. Loin d'être en retard sur ces réflexions, les organismes de Sécurité sociale travaillent d'ores et déjà sur l'évolution de leurs modes d'organisation pour laisser une part grandissante au télétravail. Focus sur les travaux en cours au sein de la branche Recouvrement.

On pouvait le pressentir, voire le projeter, les deux grandes phases de confinement auront eu un impact direct sur la façon d'aborder l'organisation du travail dans une majorité d'entreprises issues du secteur tertiaire. Les services publics, Sécurité sociale en tête, n'échappant pas à cette tendance de fond. Malgré la complexité de la réorganisation forcée de leur outil de production, les différentes branches ont su encaisser le choc en s'adaptant en un temps record à cette nouvelle configuration. Et, à l'instar de nombreuses entreprises et administrations, le retour au modèle d'« avant » ne semble désormais plus envisageable.

C'est ainsi que l'Acoss, et elle n'est pas la seule caisse nationale dans ce cas, a décidé d'accélérer ses travaux relatifs à l'installation pérenne de la télé-activité au sein de son organisation. Une démarche loin d'être inédite, car, dans le cadre de la régionalisation des activités des Urssaf datant de 2017, elle avait déjà déployé un dispositif de télétravail. L'ampleur du dispositif était toutefois moindre que celle constatée pendant le premier confinement. Celui-ci ne mobilisant jusqu'alors « que » de 5 à 62 % des salariés selon les caisses.



DÉFINIR UN SOCLE COMMUN

Un comité de pilotage, regroupant des personnalités issues des Urssaf et de l'Acoss, a eu pour tâche au cours des cinq derniers mois de réaliser une étude de projet visant à définir les contours d'une future organisation du travail incluant davantage de phases de télétravail qu'actuellement. Au cours de ce laps de temps, charge lui aura été notamment confiée de recueillir les attentes des différents acteurs au sein de la branche, au travers d'ateliers et d'enquêtes (près de 8 000 personnes interrogées), et d'évaluer l'impact qu'aurait une telle évolution des modes de pratique. Tout ce travail a fini par déboucher sur l'élaboration d'une norme cible autour de l'utilisation du télétravail et la définition d'un socle commun à l'ensemble de la branche. Instaurer entre deux et trois jours de travail à distance par semaine, telle est la principale demande formulée par les milliers de salariés de la branche Recouvrement et reprise

par le comité de pilotage. Clairement, les retours du réseau auront mis en exergue que la pratique de télétravail présente un certain nombre d'atouts : moins de fatigue et de stress liés au temps de transport entre domicile et lieu de travail, une plus grande autonomie dans la gestion de son activité et, enfin, l'instauration d'une nouvelle forme de rapport de confiance entre les managers et leurs équipes du fait de la distance. Toutefois, les enquêtes menées par le comité de pilotage font également ressortir que le droit à la déconnexion et l'usage du matériel personnel pour un usage professionnel sont aussi perçus comme des sujets nécessitant d'être suivis avec attention par la caisse nationale. De même, en limitant le nombre de jours « télétravaillables » à deux ou trois jours par semaine, les salariés estiment qu'on parvient à atteindre une forme d'équilibre entre activité à distance et en présentiel. Pour accompagner et faciliter la

transition vers ce nouveau mode de travail, l'Acoss entend appuyer sa démarche sur la base d'un socle commun à l'ensemble de la branche reposant sur quatre principes fondamentaux.

► **Le droit au travail généralisé.** La démarche continue de s'appuyer sur le principe volontariat, à l'instar de ce qui était mis en place en période de pré-confinement, sans discriminer selon des critères d'ancienneté ou de type de contrat. L'Acoss entend aussi passer d'une logique d'« emploi éligible » à une logique d'activité « télétravaillable ».

► **L'instauration d'une relation de travail favorisant les dynamiques collectives, l'autonomie et la responsabilité du salarié.** Comme précisé précédemment, le salarié devra au minimum travailler deux jours par semaine sur site. Il sera toutefois possible de déroger à cette règle en cas d'événement rendant difficile le déplacement depuis le domicile, par exemple en cas de grève dans les transports en commun. Evolution des pratiques oblige, des travaux concernant la relation managériale collective et individuelle dans le cadre du travail à distance seront menés.

► **L'adaptation des environnements de travail.** Première mesure prise, l'adaptation des équipements des salariés. Yann-Gaël Amghar, directeur général de l'Acoss, a ainsi indiqué aux organisations syndicales, que la Caisse nationale s'engage à fournir à chaque salarié optant pour le télétravail un ordinateur portable ainsi qu'un écran, que ce soit pour son activité à domicile ou bien sur site. Ce chantier pouvant s'étalonner sur trois ans en parallèle du renouvellement du parc informatique de la branche. Autres volets liés à ce principe : la création d'espaces de travail de type co-working et l'adaptation des politiques de déplacement.

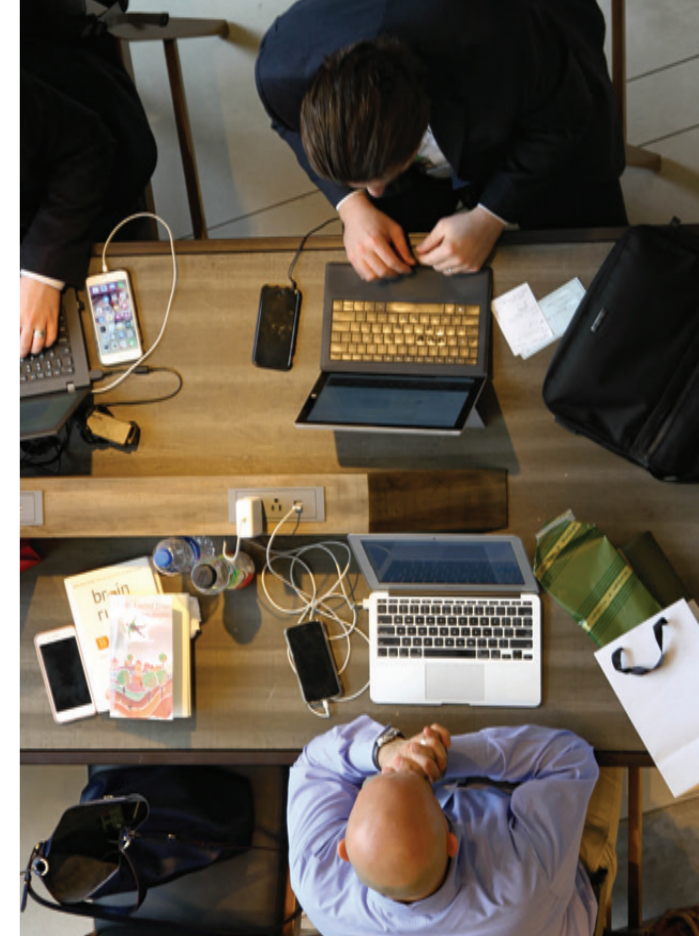
► **L'organisation et l'accompagnement des transformations structurelles induites par ces évolutions.** Pour mener à bien la transformation des modes de travail, la branche Recouvrement entend à la fois

« renforcer l'accompagnement et la formation pour favoriser le changement de culture et la maîtrise du déploiement », notamment sur des aspects techniques, mais aussi accentuer la digitalisation de ses outils, services et autres processus afin d'être davantage en phase avec une gestion à distance de son outil de production.

DÉVELOPPER EN PARALLÈLE LE CO-WORKING

Si les salariés de la branche devraient à l'avenir passer près de la moitié de leur temps d'activité hebdomadaire à leur domicile, l'Acoss entend toutefois optimiser le temps dévolu d'activité sur site. En effet, dans le cadre de l'implémentation croissante d'une stratégie de mutualisation des activités interbranches, les personnels des Urssaf et de la caisse centrale pourraient être amenés à travailler sur d'autres sites de Sécurité sociale les jours où ils ne peuvent pas télétravailler. Ainsi, une expérimentation est actuellement en cours en Ile-de-France, région où la question des temps de trajet domicile-travail demeure épineuse, permettant aux collaborateurs de l'Urssaf de pouvoir réaliser leurs jours « présents » dans le site de Sécurité sociale le plus proche de leur domicile. Si cet essai venait à être concluant, on pourrait donc projeter qu'à terme l'ensemble des salariés de la branche recouvrement puissent aller deux ou trois jours par semaine dans la CPAM, la CAF ou la Carsat dans des espaces de co-working spécifiques. Une logique de gestion transbranche qui permet à la fois de répondre à une attente des salariés et à l'Acoss de faire des économies sur le poste immobilier sans avoir à recourir à la fermeture de sites. Respectant ainsi l'engagement pris dans le cadre de la COG 2017-2022.

Des expérimentations portant sur ces nouvelles orientations seront lancées en cette fin d'année. Ces travaux seront tout particulièrement suivis par une instance de gouvernance pérenne, qui doit prendre la forme d'une direction de projet nationale



au sein de l'Acoss et qui sera installée en vue de s'assurer de la bonne coordination des différents chantiers inscrits dans cette feuille de route.

UN AVANT-GOÛT DE COG

Bien que l'exercice de projection du monde « d'après-Covid » soit pour le moment hautement hypothétique, la combinaison télétravail-co-working devrait selon toute vraisemblance se présenter comme la troisième grande révolution organisationnelle qu'auront connue les organismes de Sécurité sociale au cours de ces quarante dernières années, après l'informatisation généralisée des activités et la mise en ligne de nombreuses activités et services au profit de l'utilisateur. De façon assez spectaculaire, des mutations qui auraient dû prendre logiquement des années se feront au final sur « seulement » quelques mois. Les différentes COG 2022-2027, dont les premières négociations sont attendues pour le début d'année prochaine, devraient matérialiser cette transformation en profondeur des pratiques et des organisations. Un changement d'ampleur, qui répond également à une attente générale au sein de l'administration publique d'assouplir au maximum un modèle bureaucratique très souvent pointé du doigt.

■ Alexandre Beau

SÉCURITÉ SOCIALE

ORGANISATION TERRITORIALE ET MANAGEMENT DES CAISSES : CE QUE DEMANDE LA COUR DES COMPTES



Peu évoqué dans les médias, le volet organisation et management de la Sécurité sociale du récent rapport de la Cour des comptes mérite un regard. Ne serait-ce que parce qu'il préfigure peut-être une étape nouvelle majeure pour l'institution. Explications.

« Il faut poursuivre le mouvement de réorganisation, de mutualisation et de quête d'efficacité dans le réseau des organismes de Sécurité sociale », résumait Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes, lors de la présentation du rapport annuel, annexé au PLFSS. Le cru 2020 de la Cour n'est pas spectaculaire en soi. Le contexte de la crise sanitaire accentue d'ailleurs l'écart entre les préoccupations immédiates des gestionnaires et certaines recommandations des magistrats de la Rue Cambon.

CARENES !

Effet gilets jaunes peut-être, la tonalité des constats et recommandations de la Cour semble moins vindicative qu'à l'accoutumée... Pour autant, les magistrats pointent des manques. – L'efficacité des coûts de gestion, en termes de charges fixes et variables, tarde trop. Le nombre d'organismes demeure trop élevé, la réorganisation du réseau se fait attendre. Et on constate trop peu de mobilité géographique et interbranche. Les quelque 120 000 agents (hors Urssaf et Acof) semblent figés dans leur situation professionnelle et leur

perspective de carrière. – Pas assez, aussi, de mutualisation des missions et des tâches, un levier pour le redéploiement des organismes. Trois types de mutualisation sont à l'œuvre. Sur des missions nationales en premier lieu, sur des exigences d'entraide globales et ponctuelles, ensuite, et sur des actions intercaisses locales, enfin. C'est le cas de la démarche Tram pour l'Assurance-Maladie, dotée d'obligations pour les CPAM, 12 processus mutualisés et des objectifs chiffrés à atteindre. – La question de la taille efficiente des caisses est posée. 52 % des ef-

fectifs Maladie émarginent dans des petites CPAM (25 % du total du nombre de CPAM). Pour la branche Famille, le taux est de 52,4 %. On a ainsi une répartition des effectifs Maladie qui va de 99 agents à la caisse de Guéret (Creuse) à 2 156 pour la caisse de Paris. Un écart de 1 à 22. Pour la Famille, toujours 67 agents à Mende et 1 429 pour la CAF de Lille. Pour les Carsat, la Cour montre du doigt la situation de la Cramif (le plus gros organisme local de Sécurité sociale) et ses 2 242 agents, alors que la fonction Vieillesse pour la région Ile-de-France est dévolue à la Cnav. Il y a une inadéquation entre l'organi-

CHIFFRES REPÈRES (DONNÉES 2018)

- 118 000 agents ETP dans les branches Maladie, Vieillesse et Famille (hors recouvrement), 6 % en moins entre 2013 et 2017.
- Nombre d'organismes : 123 CPAM et autres, 101 CAF, 21 caisses Vieillesse.
- Accueil physique local : 1 086 agences Maladie (1 404 en 2014), 297 agences Famille (340 en 2014), 227 agences Vieillesse (285 en 2014).
- Visites des assurés sur quatre ans : – 65 % en CPAM, – 44 % en CAF, – 60 % en Vieillesse.
- Mobilité des agents : très faible, avec 0,4 % par an (75 % des mobilités s'opèrent au sein de la même branche).
- Mutualisation des tâches : 91 % des agents des Carsat, 17,7 % des CPAM et 10,4 % des CAF la pratiquent.



QUID DU RECOUVREMENT ?

Le réseau des Urssaf collecte déjà près de 400 Mds € de cotisations. D'ici à 2023, s'ajouteront encore 110 Mds € de collecte au titre des régimes de retraite complémentaire des salariés Arrco-Agirc. Resteraient hors champ les recettes de la CCMSA et des régimes de retraite des professions libérales réglementées. Cette projection n'inclut pas l'impact potentiel d'un futur régime unique de retraite universel.

La Cour des comptes, bien que favorable à cette évolution, s'interroge sur la faisabilité du transfert de cette collecte. Les modes de calcul diffèrent entre les cotisations globales versées par les entreprises pour la Maladie et la Famille et l'individualisation des données pour les retraites complémentaires. S'agissant du réseau des unions, la Cour plaide pour une amélioration de l'efficacité des sites de production (140 en 2019) et une optimisation de l'accompagnement des employeurs dans la transmission des DSN, couplées avec une simplification et une fiabilisation des procédures déclaratives.



RECOMMANDATIONS

L'essentiel des suggestions porte sur six voies d'amélioration. Il faut d'abord préciser les missions imparties, les spécialiser davantage et favoriser les partenariats locaux. Un périmètre minimal d'activité doit être fixé, afin de consolider les métiers et l'expertise des branches.

Seconde piste, la création de caisses interdépartementales est indispensable dans les territoires peu peuplés (expérience de la CCSS de Mende, en Lozère, regroupant toutes les fonctions du régime général). Il faut suivre ainsi ce qui se passe dans les Hautes-Alpes et dans le Cantal. Les missions nationales peuvent faire l'objet de partage accru entre branches. Et donc permettre la création de caisses locales interbranches. Au passage, la création de la cinquième branche, « Autonomie », nécessitera une mise à plat des compétences des trois premières (voir ESE n° 1181). Le principe d'étoffer l'échelon régional de la Sécurité sociale (cas de la branche Recouvrement) est souhaité. Y compris pour la gestion de certaines prestations familiales.

La tendance de la Cour des comptes est là. Moins d'organismes, redistribution des missions du service social aux CPAM ainsi que des AT-MP, plus de flexibilité du binôme missions/organisations, partage accru des systèmes d'information, mise en commun de moyens, marchés interbranches (rôle de l'Ucans depuis 2017), obligation de socle de coopérations interbranches, alignement et limitation des compétences des conseils des caisses Famille et Vieillesse sur celles des caisses Maladie, autant de chantiers à ouvrir, voire amplifier, pour les contrôleurs/auditeurs. De quoi nourrir peut-être les futurs travaux des COG pour les années à venir.

■ Pascal Beau

5 Mds € d'« erreurs » jugées « coûteuses »		
BRANCHE	NATURE	MONTANT
CNAF	Erreurs liées aux données déclaratives (non corrigées 24 mois après le premier versement)	3,3
	Erreurs d'opérations en 2019 (non corrigées 6 mois après versement)	1,7
CNAM	Erreurs de règlement des frais de santé	1
	Erreurs de calcul des I. J.	0,4
CNAV	Erreurs de calcul des retraites versées entre 2012 et 2019	0,3

sation et la socio-démographie des organismes et des populations prises en charge. La faible mobilité géographique des agents s'explique par la rigidité des règles conventionnelles négociées ces dernières années. Côté productivité, les magistrats soulignent que pour l'Assurance-Maladie l'alignement des indicateurs des CPAM sur celui de la vingtième caisse dégagerait l'équivalent de 2 900 postes ETP... Quant à la qualité de service, en dépit de progrès importants, perdurent des situations à problème. Comme les demandes de départ à la retraite : 15 % des demandes en Ile-de-France ne sont pas traitées à temps (10 % à l'échelle nationale).

INCOHÉRENCES DE L'ARTICULATION MISSIONS/ORGANISMES/TERRITOIRES

La position des Carsat est jugée instable. Ces caisses ont deux caisses nationales au-dessus d'elles et relèvent de trois branches différentes : Cnam et Cnav et Vieillesse, AT-MP et Maladie (service social et échelon médical), respectivement. Selon la Cour il y aurait des incohérences en termes de missions, d'organisation et de territoire. Illustration de cette situation, l'obligation pour les gestionnaires de piloter pas moins de 100 indicateurs de gestion, contre 40 pour les CPAM et les CAF. En filigrane de ces constats se nichent les solutions prônées par les magistrats.



Voir sa vie basculer
Être mieux accompagné(e)
Aller de l'avant

Vivre
après

Avec **Vivre après**, nous mettons à la disposition de ceux pour qui rien ne sera jamais comme avant, un coordinateur pour les écouter, les informer et les orienter et des services personnalisés en fonction de leurs besoins.

Ce dispositif permet d'améliorer encore les garanties **OCIRP** qui assurent, en cas de décès, le versement d'une rente et un accompagnement social personnalisé mis en place durablement.

OCIRP
protéger. agir. soutenir

En partenariat avec
GRUPE IMA

vivreapres.fr

Le site accessible à tous pour s'informer sur le deuil, les maladies graves, les séparations ou les périodes de rupture professionnelle.