

RÉPONSES DES MINISTRES

*REPONSE COMMUNE DU MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS
SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE*

*DU MINISTRE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA
VIE ASSOCIATIVE*

*DU MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA
FONCTION PUBLIQUE*

Nous vous remercions de nous avoir communiqué le projet de rapport au Parlement de la Cour des comptes sur la sécurité sociale. Comme chaque année, nous avons accordé une grande attention aux analyses et avis formulés par la Cour.

En préalable, nous tenons à rappeler que malgré la situation de la branche vieillesse, exposée à des contraintes importantes en termes d'évolution de dépenses, l'année 2007 a été marquée, notamment, par le retour à l'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse et de la CNAF (avec une amélioration du solde du premier de 1,5 Md€ par rapport à l'année précédente et de plus de 1 Md€ pour la seconde), et par le versement par l'Etat de 5,1 Md€ venant apurer définitivement l'ensemble des dettes de l'Etat vis-à-vis du régime général antérieures à 2007, dont certaines avaient été contractées il y a plus de 8 ans.

La situation de la branche maladie s'est également améliorée pour la troisième année consécutive, avec une diminution de son déficit de 1,3 Md€ par rapport à l'année précédente. L'ONDAM a certes connu un dépassement important mais les dépenses qui entrent dans son champ, comme l'indique la Cour, évoluent moins vite que le PIB. Le déficit devrait continuer à diminuer en 2008 pour s'établir autour de 4 Md€. C'est le fruit du supplément de recettes acquis en 2007 mais également d'une meilleure maîtrise des dépenses avec les mesures que nous avons prises l'été dernier dans le cadre du plan d'alerte (1,2 Md€ d'économies en année pleine) et dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Nous poursuivrons les efforts pour parvenir à l'objectif de redressement des finances sociales et d'équilibre du régime général d'ici 2011. C'est un objectif ambitieux mais qui garantira la pérennité de notre système de protection sociale pour les générations futures. Des mesures de redressement seront prises dès le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, à la fois pour la branche maladie et pour la branche vieillesse.

Comme le prévoit la loi organique sur les lois de financement de la sécurité sociale, le Parlement votera dans le prochain PLFSS définitivement les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2007. Ce sera donc au Parlement de se prononcer sur les demandes de régularisations comptables formulées par la

Cour dans son rapport de certification des comptes du régime général de juin 2008.

En ce sens, nous considérons que le déroulement actuel des opérations d'arrêté, d'approbation, d'information, de certification et de vote des comptes de l'exercice clos est pertinent même si des améliorations sont possibles. Ainsi, sur l'articulation de la Commission des comptes de la sécurité sociale avec la certification des comptes, pour lever toute ambiguïté dans les éléments publiés au premier semestre sous l'égide du Secrétaire général de la Commission des comptes, nous veillerons à ce que soit précisé systématiquement que les comptes présentés sont tels qu'arrêtés par les agents comptables des caisses nationales, sans préjudice de l'issue du processus de certification. Fournir le plus rapidement possible une information financière sincère sur l'année écoulée est une exigence démocratique fondamentale à laquelle les publications et réunions de la Commission des comptes visent à répondre ; retenir cette information jusqu'à l'été, tout comme supprimer l'analyse rétrospective du passé, indispensable à la compréhension de la situation actuelle et future des comptes de la sécurité sociale nous paraîtrait constituer à cet égard une régression peu justifiée.

S'agissant des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, nous tenons à rappeler l'action du gouvernement pour clarifier les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Au-delà du remboursement de la dette de l'Etat vis-à-vis du régime général en octobre 2007 à hauteur de 5,1 Md€ et vis-à-vis du FFIPSA pour 0,6 Md€, un effort particulier a été engagé pour améliorer la budgétisation des dispositifs d'exonérations de cotisations sociales et de prestations sociales, qui s'appuie désormais sur les prévisions pluriannuelles fournies par les régimes, et pour garantir la bonne exécution des crédits budgétaires et le respect du principe de neutralité financière.

Concernant la construction de l'ONDAM et son articulation avec la politique conventionnelle de la branche maladie, nous tenons à renouveler notre attachement au mode de gouvernance mis en place par la réforme de l'Assurance maladie de 2004. Si les négociations conventionnelles comportent un volet relatif aux revalorisations, elles font primer avant tout les économies et l'amélioration des conditions de l'exercice professionnel.

Sur le premier aspect, l'UNCAM a pour sa part déjà prévu de retenir des engagements de maîtrise médicalisée supérieurs aux revalorisations accordées. Ceci permet de compenser le fait que dans certains cas, il peut y avoir des écarts – pas forcément d'ailleurs de la seule responsabilité des praticiens – entre les engagements et les résultats. En outre cette pratique de l'UNCAM est confortée par les dispositions importantes adoptées dans la LFSS 2008 s'agissant de l'entrée en vigueur des revalorisations des tarifs des professionnels libéraux.

Sur le second aspect, il faut donner crédit à l'Assurance maladie d'avoir respecté les thèmes prioritaires pour l'Etat inscrits dans la Convention d'objectifs et de gestion signée en août 2006 : le développement de la prévention, l'accompagnement des politiques de santé publique portées par l'Etat, la contribution à une meilleure répartition des professionnels sur le territoire.

En ce qui concerne le sujet des dépenses de soins infirmiers, sur lequel la Cour consacre une partie de son rapport, le Gouvernement est très attaché à une contribution optimale des différents professionnels de santé dans la prise en charge des patients à domicile. Des travaux importants ont d'ores et déjà été entrepris dans ce domaine : une étude sur les patients atteints de pathologies lourdes et pris en charge par les services de soins infirmiers à domicile est en cours et doit aboutir à la fin de l'année ; des travaux sur les indications d'inclusion des patients en hospitalisation à domicile ont été lancés en parallèle à des réunions sur l'intervention des libéraux en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ce sujet constituera d'ailleurs un des enjeux de la mise en place des agences régionales de santé (ARS) : au delà de ce qui a déjà été entrepris, le travail de prospective et d'évaluation des besoins sera au cœur de l'activité des ARS auxquelles il est prévu de demander de construire des schémas régionaux de l'organisation des soins ambulatoires, à visée indicative, afin de rationaliser l'offre de soins. Les ARS seront en effet responsables sur les champs sanitaires et médico-sociaux, corrigeant ainsi le fonctionnement en « tuyaux d'orgues » justement dénoncé par la Cour.

Le rôle des ARS sera également crucial pour la redéfinition de l'offre de soins hospitaliers. La France est le pays au monde où le nombre d'établissements de soins publics et privés rapporté à la population est le plus élevé. L'excellence médicale, les progrès techniques, les normes sanitaires, mais aussi l'amélioration des moyens de transport et de télécommunication, conduisent à réévaluer la valeur de la proximité des soins hospitaliers, en fonction du type de soins. La mise en place des ARS donnera l'occasion de redéfinir l'offre de soins sur le territoire. Cependant, la seule implication des ARS ne saurait suffire. Devront être associés l'ensemble des acteurs locaux du monde hospitalier et en particulier le corps médical. Il conviendra par ailleurs de mieux valoriser l'implication des directeurs d'établissements dans la conduite de ces opérations.

Le rapport de la Cour consacre par ailleurs une partie de ses analyses à la répartition des charges entre contributeurs. Le rapport relève en premier lieu que des incertitudes entourent la répartition entre ménages et organismes complémentaires en ce qui concerne l'évolution de la prise en charge des dépenses de santé. Il faut signaler à cet égard que la DREES s'est livrée en 2008 à une réestimation des prestations versées par les mutuelles à partir des informations fournies par l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles. Cette révision ne remet toutefois pas en cause le constat de la Cour

d'une stabilité de la répartition des dépenses par contributeur et du profil général d'évolution du reste à charge des ménages qui enregistre une baisse sur moyenne période.

Nous partageons en outre les conclusions de la Cour sur le maintien à un niveau très élevé de la part prise en charge par le régime obligatoire, malgré les mesures d'économie conjoncturelles mises en place depuis 2004. La prise en charge accrue de médicaments innovants ou très coûteux et l'augmentation du nombre des assurés sociaux bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur en raison, notamment, d'une affection de longue durée (ALD), expliquent en effet la tendance structurelle d'augmentation du taux d'engagement de l'Assurance maladie. Cet accroissement mécanique des dépenses prises en charge par le régime obligatoire est du reste estimé à environ 3 Md€ sur cinq ans par le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie dans son rapport de juillet dernier, soit un niveau sensiblement supérieur à celui calculé par la Cour.

Le degré de mutualisation des dépenses remboursables n'est donc pas affecté sur moyenne période, même si les efforts entamés dès 2007 doivent être poursuivis pour répondre à la préoccupation de la Cour concernant le rythme de progression très dynamique des dépassements d'honoraires auxquels sont confrontés les assurés.

Concernant les développements relatifs à la gestion des régimes de retraite, le Gouvernement partage les analyses de la Cour, et les précautions exprimées par la commission des affaires sociales du Sénat, au sujet des opérations d'adossement des régimes spéciaux aux régimes de droit commun. Dans le même esprit que la réforme des droits, effective au 1er juillet 2008, et qui vise à mettre tous les Français sur un pied d'égalité en matière de retraite, le Gouvernement veillera le cas échéant par tous moyens à garantir une stricte neutralité financière des opérations d'adossement.

S'agissant des minima de pensions, et comme le rappelle la Cour, le gouvernement a entrepris avec les partenaires sociaux dans le cadre du rendez-vous 2008 sur les retraites une réflexion sur le ciblage du minimum contributif et l'objectif de 85% du SMIC pour une carrière complète fixé par la loi du 21 août 2003. Cette réflexion associe les régimes complémentaires.

Enfin, nous remercions la Cour d'avoir consacré une partie importante de son rapport aux programmes de qualité et d'efficacité (PQE) et nous sommes sensibles aux propositions faites pour renforcer la dimension de mesure de l'efficacité des politiques de sécurité sociale, notamment en termes d'articulation avec les conventions d'objectifs et de gestion. Nous considérons néanmoins que si, comme y invite la Cour, des parallèles doivent être trouvés entre la démarche de performance de la sécurité sociale et celle de l'Etat, on ne peut totalement calquer l'une à l'autre.

La démarche des PQE s'inscrit en effet plus dans une échéance pluriannuelle, où interviennent également des facteurs relevant du contexte

économique, sanitaire et social. Elle est centrée en outre sur l'impact final des politiques de sécurité sociale qui sont avant tout transversales, ce qui rend plus difficile l'identification des leviers d'action dont disposent les administrations et organismes chargés de leur mise en œuvre. Ces spécificités militent pour que soit mis en place un programme d'audit particulier inséré au sein du dispositif d'évaluation des politiques sanitaires et sociales, en cours d'élaboration à l'initiative de la DREES et de l'IGAS.

*REPONSE DE LA MINISTRE DE L'ECONOMIE, DE L'INDUSTRIE ET DE
L'EMPLOI*

Je vous remercie de m'avoir communiqué le projet de rapport au Parlement de la Cour des comptes sur la sécurité sociale. J'ai naturellement accordé une grande attention aux observations et recommandations formulées par la Haute juridiction. De nombreuses analyses rejoignent mes préoccupations. Au delà des remarques techniques qui vous ont d'ores et déjà été communiquées, je souhaite revenir sur un des points examinés par la Cour.

Sur le financement de la sécurité sociale, la Cour propose de limiter les allègements généraux de cotisations sociales aux entreprises de moins de 20 salariés ou à certains secteurs d'activité. Je souhaite souligner que le problème du coût du travail au niveau du SMIC n'est pas étroitement lié à la taille de l'entreprise ou à son secteur d'activité. L'introduction d'un critère de restriction de cette nature générerait des distorsions économiques significatives, sous la forme d'effets de seuil importants. Dans la loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008, le gouvernement s'est employé à réduire ce type d'effets qui nuit beaucoup au développement des PME.

Je partage en revanche l'analyse de la Cour selon laquelle l'existence de trappes à bas salaires n'est, en l'état actuel du barème des allègements, pas avérée. Les études disponibles mettent en évidence la complexité des effets des allègements sur les salaires. Les allègements ont vraisemblablement une influence positive sur le niveau des salaires dans la mesure où le bénéfice de l'exonération est partagé entre employeurs et salariés. Par ailleurs, la dégressivité modérée du barème actuel, en limitant pour l'employeur le coût d'une revalorisation salariale, permet au dispositif de ne pas peser sensiblement sur les évolutions salariales.

Enfin, je partage l'appréciation de la Cour sur la nécessité de poursuivre et d'amplifier les réformes menées en matière de finances sociales pour ramener la France dans le groupe des pays de l'Union Européenne qui ont rétabli la situation de leurs finances publiques.

REPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE

Ce document comporte trois développements qui appellent des observations de la part de mon département ministériel :

- l'évaluation du dispositif de contrôle interne de la mutualité sociale agricole,
- l'équilibre du financement de la protection sociale agricole,
- le contrôle du paiement des contributions sociales par l'administration centrale du ministère de l'agriculture et de la pêche (sur la base de l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004).

Sur le premier point, le ministère de l'agriculture et de la pêche partage les préoccupations de la Cour sur la nécessité de mettre en œuvre une évaluation des dispositifs de contrôle interne des organismes de MSA par des audits ainsi que des actions de formation et de sensibilisation des organismes et de leur personnel.

L'article 102 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a renforcé les pouvoirs de la caisse centrale de la MSA sur les caisses locales et le décret d'application n° 2008-485 du 22 mai 2008 a institué un dispositif de contrôles périodiques sur les activités des caisses et leur organisation dont notamment, la comptabilité et le contrôle interne. A cet effet, une équipe nationale de sept auditeurs a été constituée et une cartographie des risques ainsi qu'un référentiel de contrôles ont été établis. Les premiers audits sont programmés en septembre 2008 et en cas de défaillances locales, la caisse centrale pourra demander la mise en place d'un plan de redressement.

La caisse centrale a, par ailleurs, en projet la création d'un autre dispositif de contrôles visant à vérifier la réalité des actions des plans de contrôle interne des caisses et à assister celles d'entre elles qui seraient confrontées à des difficultés dans le déploiement du dispositif institutionnel.

Les organismes de MSA, appuyés par leur échelon national, doivent également s'attacher à créer des conditions propices à une appropriation collective de la culture du contrôle interne et du risque par l'ensemble des personnels. Celle-ci sera le facteur clé d'une mise en œuvre aboutie de la démarche.

S'agissant du second point relatif au financement du régime des non salariés agricoles, le ministère de l'agriculture et de la pêche rappelle que la création du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) par la loi de finances pour 2004 en remplacement du BAPSA a donné lieu à un changement de sources de financement du régime qui a installé le régime dans un déficit structurel.

Ce déficit dépassera 2,5 Md€ en 2008, et l'endettement cumulé devrait atteindre 7,4 Md€ à la fin de l'année.

Ce déficit n'est pas lié à une mauvaise gestion ou à une dérive incontrôlée des dépenses des assurés. L'effort contributif des exploitants agricoles n'est pas non plus en cause.

Le déficit du FFIPSA découle en premier lieu du déséquilibre démographique du régime : il n'y a qu'un cotisant pour trois retraités et les 3/4 de ces cotisants ont un revenu inférieur au SMIC ce qui nécessite d'autres recettes que les cotisations dont le produit est inférieur à 18% des charges du régime.

En second lieu ce déficit structurel résulte de la structure des recettes autres que les cotisations.

La loi de finances pour 2004 qui a créé le FFIPSA a substitué une affectation de taxes sur les tabacs (dont le produit décline en 2008 grâce au succès de la politique de santé publique du gouvernement) aux recettes que percevait le BAPSA à savoir 0,7 point de TVA sur les 3 taux de TVA (dont le produit augmentera de 5% en 2008) un abondement de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et la subvention d'équilibre que lui versait l'Etat.

Le FFIPSA a recours à l'emprunt pour financer son déficit. Le FFIPSA a reçu en LFSS 2008 l'autorisation de procéder à des ouvertures de crédit court terme pour un montant total de 8,4 Md€. Les frais financiers prévisionnels de cet emprunt sont de 320 M€ sur 2008 (186,3 M€ en 2007).

Le financement du régime est donc, principalement, un enjeu de solidarité nationale et interprofessionnelle. Le problème de financement est, pour l'essentiel, que le niveau de la solidarité nationale et interprofessionnelle est insuffisant.

Certes, ce déséquilibre est financé et il n'existe aucun risque de non-versement des prestations. Néanmoins, la dette atteindrait rapidement un niveau qui ne serait pas soutenable si une solution pérenne n'était pas rapidement mise en œuvre.

C'est pourquoi, le 3 octobre dernier, les ministres chargés de l'agriculture et du budget ont signé une lettre au Président du FFIPSA lui indiquant que «pour la branche vieillesse, qui relève de la solidarité nationale, l'Etat prendra sa responsabilité en assurant l'équilibre par des taxes affectées».

La régulation des dépenses d'assurance maladie relève en revanche de la protection sociale. Une des solutions examinées par le gouvernement pourrait être un adossement financier de la branche maladie du FFIPSA à la CNAMTS, en affectant à celle-ci des ressources supplémentaires et en définissant des règles de gouvernance respectueuses des spécificités du monde agricole.

Des travaux interministériels sont en cours pour examiner les solutions envisageables. Le ministère de l'agriculture et de la pêche considère comme la Cour des comptes qu'il faut rapidement mettre en œuvre des financements suffisamment dimensionnés pour assurer durablement l'équilibre financier du régime des non-salariés agricoles.

Le ministère de l'agriculture et de la pêche veillera cependant à ce que la solution retenue n'implique en aucun cas de changement dans la gestion des prestations et le recouvrement des cotisations. Comme c'est le cas pour le régime des salariés agricoles ou pour les prestations familiales des exploitants agricoles qui sont respectivement intégrés et adossés financièrement au régime général, la MSA doit demeurer l'organisme gestionnaire et l'interlocuteur unique des professions agricoles. C'est un réseau mutualiste qui a fait les preuves de son efficacité et dont le guichet unique est un élément essentiel de simplification des relations avec les assurés et de qualité du service public.

En ce qui concerne le troisième point, le projet de rapport constate que si la gestion centralisée des personnels et la généralisation de la paie sans ordonnancement préalable (PSOP) constituent un double facteur d'harmonisation des pratiques de gestion et de sécurisation du paiement des contributions sociales par le ministère, il reste au ministère à se doter d'une véritable politique de contrôle interne : la réorganisation du service des ressources humaines mise en place par le décret n° 2008-636 du 30 juin 2008 va maintenant en faciliter la réalisation.

Par ailleurs, la Cour observe qu'aucun avantage en nature n'est intégré par le ministère de l'agriculture et de la pêche dans le calcul de ses contributions sociales, alors que l'attribution de logements de fonction devrait rentrer dans ce dispositif. Le ministère en prend acte et, faisant procéder à l'identification des avantages en nature par les gestionnaires de la paie, entend mettre en place un dispositif permettant la retenue des contributions sociales à travers la paie des agents.

RÉPONSES DES ORGANISMES

PREMIÈRE PARTIE – LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2007

Chapitre I Les comptes sociaux

REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)

En ce qui concerne les analyses de la Cour sur les comptes pour 2007 et leur financement, il apparaît nécessaire, sans préjudice des remarques techniques formulées par les services de l'Agence centrale dans le cadre de la procédure contradictoire, de rappeler plusieurs éléments. La neutralité des relations financières avec l'Etat constitue un objectif de l'Agence centrale. Elle apporte ainsi une attention particulière en ce qui concerne la compensation intégrale des exonérations de cotisations et de contributions sociales. Deux indicateurs ont été créés pour suivre la neutralité dans les PQE à l'attention du Parlement. Par ailleurs, la Cour énumère les outils disponibles afin de pallier les déficits de trésorerie de l'Agence centrale. Dans ce cadre, il est fait mention du développement de la politique de billets de trésorerie. L'émission de billets de trésorerie constitue un outil supplémentaire et utile en matière de financement de la trésorerie. Son utilisation reste limitée au regard des montants avancés par la CDC. Cet outil est de plus sujet aux fluctuations du marché. Par ailleurs, comme le souligne la Cour, la Caisse des dépôts et consignations a été amenée à durcir ses conditions financières à compter de 2008 tant concernant les prix que les volumes (ce qui fut d'ailleurs déjà le cas en 2004). L'Agence centrale ne dispose pas des moyens de juger de la capacité de la Caisse à assurer les financements qui lui sont confiés. Elle n'est pas davantage en mesure d'analyser la justification des positions prises par celle-ci concernant les conditions financières qu'elle applique. L'Agence centrale souhaite néanmoins rappeler que ce durcissement, combiné aux tensions financières et au déficit actuel de trésorerie rendent particulièrement délicate la gestion financière à court terme des fonds qui lui sont confiés. Après l'opération d'apurement des dettes de l'Etat effectué en 2007, l'engagement pris par le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique lors de la dernière commission des comptes de trouver des solutions pour apurer la dette constitue donc un élément important pour l'Agence centrale, eu égard aux contraintes auxquelles elle est confrontée.

Enfin, en ce qui concerne l'analyse de la Cour sur les dispositifs d'exonération, l'Agence centrale souhaite rappeler que la multiplicité des dispositifs est source de nombreuses difficultés. Leur gestion s'en trouve ardue, tant en ce qui concerne leur vérification et leur contrôle qu'en ce qui concerne leur suivi statistique. La multiplicité des dispositifs entraîne en

outre le recours à des mécaniques de compensation souvent distinctes qui ne permettent pas toujours de garantir la neutralité des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Enfin, la relation avec les usagers n'est pas facilitée par cette multiplicité voire, parfois, par la succession de dispositifs ou d'évolution de ces dispositifs. Les organismes rencontrent des difficultés à expliquer et jouer leur rôle d'assistance aux usagers pour leur permettre d'exercer leurs droits. De plus, de trop nombreux dispositifs et les évolutions régulières qu'ils connaissent ne garantissent pas la sécurité juridique des cotisants. Aussi, si l'opportunité de disposer d'autant de dispositifs peut – du point de vue de la gestion – être discutée, les différentes réformes envisagées doivent-elles néanmoins être appréciées eu égard au degré de complexité qu'elles pourraient représenter pour les usagers. Néanmoins, tout effort de rationalisation des dispositifs d'exonération ne pourrait qu'être encouragé par la branche recouvrement, pour des raisons de gestion et de relation avec l'usager et afin de faciliter la clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

Chapitre II

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

En premier lieu, il apparaît que le rapport ne s'intéresse que peu aux causes du ralentissement important de l'ONDAM constaté depuis 2004. En effet depuis trois ans, les dépenses d'assurance maladie et de santé évoluent à un rythme proche de celui de la croissance du produit intérieur brut. Cette situation pourrait se prolonger cette année. Il est assez rare historiquement qu'une telle modération soit constatée dans une période pendant laquelle l'évolution de la croissance a été sensiblement identique à son niveau structurel.

L'une des raisons de cette évolution tient à la modération des revalorisations tarifaires accordées aux professionnels de santé, qui ce sont élevées en moyenne sur la période 2004-2008 à 1,3 % par an.

En second lieu, la CNAMTS conteste l'affirmation du rapport selon laquelle la négociation conventionnelle tient insuffisamment compte du cadre de l'ONDAM. A chaque débat du conseil de l'UNCAM et du collège des directeurs, une réflexion est menée sur la cohérence avec l'ONDAM, comme le montrent les comptes rendus. Ainsi, la politique conventionnelle s'inscrit dans le cadre des objectifs de dépenses assignés à l'Assurance Maladie et les revalorisations tarifaires sont naturellement prises en compte dans les projections de dépenses pour l'année à venir qui font l'objet d'un dialogue étroit avec les ministères compétents.

A cet égard, la CNAMTS estime à 1,7 milliards d'euros et non à 2,2 milliards d'euros l'impact en année pleine des revalorisations accordées entre 2005 et 2007 et à 2,3 milliards d'euros et non à 2,8 milliards d'euros celui des revalorisations accordées entre 2003 et juillet 2007. La CNAMTS souligne que pour la période 2004-2008, l'impact total des mesures tarifaires s'élève à 1,945 milliard d'euros, ce qui équivaut à une revalorisation nette des tarifs d'actes médicaux et paramédicaux de 1,3 % par an.

La construction de l'ONDAM fait également l'objet d'une précision accrue grâce à l'exercice, mené pour la première fois pour l'année 2009, de médicalisation de la projection des dépenses. Cet exercice améliore sensiblement l'analyse des dépenses et de leur tendanciel.

La Cour note à juste titre l'évolution du sous-objectif de dépenses des soins de ville : à cet égard, l'exercice de médicalisation des projections de dépenses a permis d'objectiver, pour l'avenir, une contention des dépenses en établissement pour les soins délivrés aux personnes en ALD corrélée avec une progression des soins de ville, à relier avec l'évolution des modes de prise en charge. Dans ces conditions, une progression différenciée des deux sous-objectifs apparaît pertinente.

L'appréciation selon laquelle la prise en compte d'objectifs conventionnels relatifs à l'organisation du système de soins risque de subordonner cette organisation aux intérêts des professionnels paraît excessive et infondée. L'objectif poursuivi par l'UNCAM dans la négociation conventionnelle consiste au contraire à faire prendre en compte par les professions de santé des contraintes d'efficacité et de meilleure utilisation des ressources, dont il n'est pas certain que les autres leviers existants puissent être aussi opérants.

A cet égard, il convient de souligner qu'à la demande des pouvoirs publics le cycle de négociation en cours permettra de mettre en place, pour la première fois, des outils de régulation démographique et de rémunération à la performance. Les négociations ont également permis, comme vous le relevez à juste titre, d'enclencher des baisses tarifaires pour certains actes de cardiologie et de radiologie. Dès lors qu'il apparaît inévitable de revaloriser régulièrement les tarifs de certains services de soins, l'UNCAM jugerait regrettable de ne pas mettre à profit ces revalorisations pour accroître l'efficacité globale du système de soins.

La Cour souligne que la politique de maîtrise médicalisée n'a pas atteint la totalité de ses objectifs, mais ce constat ne doit pas masquer l'ampleur des résultats déjà obtenus sur la maîtrise du tendanciel des dépenses. Cumulée avec les autres mesures de maîtrise, cette politique a en effet permis une nette diminution du tendanciel des dépenses depuis 2004: le déficit atteindrait aujourd'hui près de 15 Md€ si les dépenses s'étaient poursuivies sur la tendance constatée entre 1998 et 2003, eu égard aux augmentations de recettes et plus de 20 Md€ sans ces augmentations. Les

outils de reporting plus fins qui sont actuellement mis en place conjointement avec les ministères concernés permettront un suivi plus précis et une analyse partagée des résultats.

Chapitre IV

Les contrôles sous la surveillance de la Cour

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

En ce qui concerne l'efficacité du réseau, la CNAMTS rappelle l'ampleur des gains de productivité réalisés par l'assurance maladie : la productivité (bénéficiaires rapportés aux ETP) a crû de 3,5% pour la seule année 2007. La politique de remplacement partiel des départs à la retraite (remplacement d'un départ et demi sur 10 dans les caisses les mieux dotées en personnel telles que la CPAM de Paris) permet en effet une réduction importante des effectifs, alors même qu'un investissement conséquent est réalisé pour améliorer le service aux assurés et développer la gestion du risque. Cette politique est associée à un plan de rapprochement ambitieux d'organismes. A cet égard, il est juste de relever comme la Cour l'a fait que les mutualisations ne sont pas suffisantes pour les caisses du Nord, mais qu'il fallait mettre en place un mouvement plus ambitieux de fusion de caisses qui sera effectif le 1^{er} janvier 2010.

REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)

Par ailleurs, les démarches de mutualisation entre organismes analysées par la Cour constituent un moyen pour l'ensemble du réseau d'optimiser l'utilisation des ressources existantes ou de pallier une insuffisance de ressources. La démarche conduite actuellement dans le cadre prévu par la convention d'objectifs et de gestion consiste à assurer ces mutualisations en prenant en compte les spécificités locales et les particularités des différents domaines d'application retenus. La branche poursuivra ces démarches tout en identifiant les bonnes pratiques au sein du réseau afin d'en assurer la diffusion et la mise à disposition de l'ensemble des organismes.

La gestion des créances prescrites fait l'objet d'une attention particulière du réseau du recouvrement. Un traitement informatique permettant de repérer les créances en voie de prescription a été développé et est utilisé par les organismes. Les créances prescrites font l'objet d'analyses lors des audits sur place conduits dans les organismes. Une nouvelle instruction relative à la prévention de la prescription sera diffusée en 2008 au réseau dans le cadre des instructions de contrôle interne. Un SPR (standard

de pratique recommandée) destiné à la prévention de la prescription des créances sera diffusé au cours du mois d'octobre 2008.

*REPONSE DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE
PARIS*

Lancé début 2006 notre projet d'entreprise a priorisé les chantiers les plus structurants pour l'amélioration du service rendu à nos publics et il ne pouvait donc, dès sa première année, produire des améliorations que de manière embryonnaire sur les résultats 2006 qui servent de socle aux observations de la Cour.

La tendance générale à l'amélioration de nos résultats a été constatée par les différentes missions qui se sont succédé en 2007 et début 2008 ; principalement les missions sur la certification des comptes 2007 diligentées par la Cour et la CNAMTS.

L'évolution de notre taux d'efficacité du CPG (53.2 % en 2006 ; 59.7 % en 2007) traduit également un niveau de progrès significatif et permet à la CPAM de Paris de se classer en 2007 parmi les douze premières CPAM en termes de taux de progression. (...)

La transformation de la CPAM de Paris se poursuit à un rythme particulièrement soutenu, grâce, notamment, à l'investissement massif du management et des agents à tous les niveaux, progressivement formés à une culture de la performance qui n'existait pas antérieurement dans l'entreprise. Mille personnes sont aujourd'hui directement concernées par une mobilité géographique ou professionnelle.

C'est pour cela que les appréciations de la Cour, fondées sur des constats faits en 2006, et publiées en septembre 2008, paraîtront en profond décalage et très dures au regard de la réalité de l'entreprise, telle qu'elle est vécue aujourd'hui par son personnel, et l'effort considérable fourni au cours de ces derniers mois.

REPONSE DE L'URSSAF DU CANTAL

Le projet d'insertion devant figurer dans le prochain rapport annuel de la Cour sur la sécurité sociale fait état de l'existence d'un problème de coût à l'URSSAF du Cantal qui devrait se résoudre progressivement.

Je vous informe que la publication des résultats 2007 la concernant confirme la baisse des coûts attendue sans toutefois en pénaliser ses performances.

*REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITÉ SOCIALE
AGRICOLE (CCMSA)*

Dans le chapitre consacré aux contrôles effectués sous sa surveillance, la Cour s'appuie, s'agissant du régime agricole, sur les rapports réalisés par les SRITEPSA chargés d'auditer 22 caisses de MSA. Elle fait un point sur la mise en place du contrôle interne dans le réseau. Ses observations relèvent de trois thèmes :

- Pilotage et organisation :

A partir de la date de publication du décret du 26 juin 2003, les règles de mise en œuvre du contrôle interne ont progressivement été définies et un guide méthodologique établi. Cette démarche a été rendue possible par l'association de l'ensemble des acteurs réunis autour de la caisse centrale.

La Cour émet plusieurs remarques sur des situations particulières:

- Etablissement tardif ou inexistant d'un protocole directeur/agent comptable.

- Recours dans certains cas à des outils peu performants.

La caisse centrale prend acte de ces remarques, mais note également que le calendrier de mise en œuvre des bonnes pratiques a été respecté, ce qui représente en trois années, 338 processus, auxquels sont rattachés plus de 700 bonnes pratiques. Au 31 décembre 2007, le taux de sécurisation moyen national se situait à 91,8 %.

Un rappel sera fait aux caisses par la Caisse centrale sur le respect des recommandations émises en matière de méthodologie (notamment rappel du protocole-type, diffusé avec la circulaire d'application) et sur l'obligation d'utiliser l'outil national mis à disposition de tous et constamment amélioré pour répondre aux besoins des CMSA en matière de gestion.

- Mise en œuvre des bonnes pratiques :

La Cour relève deux points :

Les caisses, dans certains cas, ont mis en place les bonnes pratiques définies au plan national, sans avoir procédé au préalable à une analyse de la situation locale. Ceci diminuerait la portée de la démarche, dans la mesure où peu de questions ont été soulevées sur la pertinence du fonctionnement en place.

L'évaluation du dispositif de contrôle interne reste imparfaite, et ne permet pas de mesurer objectivement les progrès accomplis.

La caisse centrale prend acte de ces deux remarques et note cependant que la Cour fait mention du respect du calendrier de diffusion et d'implantation dans les caisses des processus et des bonnes pratiques associées.

Une des options prises à l'origine pour la mise en place du dispositif de contrôle interne en MSA a été de définir un socle commun susceptible de sécuriser au mieux les actes de gestion pratiqués, dans un délai maîtrisé (3 ans).

Compte tenu de cette option, il n'a pas été possible, pour certaines caisses, de mener l'analyse locale souhaitée par la Cour. Notons toutefois que certaines caisses ont mis en place des bonnes pratiques locales, qu'elles justifient par un contexte spécifique. C'est dans un deuxième temps que les Caisses seront invitées à entreprendre systématiquement cette démarche complémentaire.

De même, si la nécessité d'une évaluation a été relevée dès le début de la réflexion, aucun outil, hormis la vérification comptable, n'a été adapté à la situation.

Ceci doit faire l'objet d'une réflexion à partir du 2^e semestre 2008, en vue de mettre en place des outils permettant de mesurer la pertinence du dispositif mis en place.

– La vérification comptable :

La Cour relève deux points :

Dans les caisses, il n'y a pas de lien clair établi entre les bonnes pratiques attachées aux processus métiers et les missions confiées à la vérification comptable. En outre, dans certains cas, l'agent comptable n'attache pas suffisamment d'intérêt aux travaux des vérificateurs.

Les taux d'erreurs relevés dans le cadre de la vérification comptable restent élevés et disparates d'une caisse à l'autre.

La caisse centrale prend acte de ces observations. Ce n'est que depuis le début de la réflexion sur le contrôle interne que le principe consistant à mener des actions nationales de vérification comptable communes à toutes les caisses a été arrêté.

Cette décision, prise dans le cadre de quotas globaux de vérification inchangés, a nécessité de redéfinir les modalités d'application des règles de vérification comptable : les méthodes de sélection et d'analyse doivent être harmonisées, et les résultats obtenus doivent être cohérents. Ce n'est pas encore toujours le cas, ce qui peut être source de disparités dans les taux d'erreurs présentés.

En outre, les fiches techniques de vérifications comptables envoyées par la CCMSA précisent la méthodologie de contrôle à pratiquer et mentionnent obligatoirement les références aux fiches bonnes pratiques des processus métier.

Enfin, les actions nationales arrêtées concernent des parties de législation « sensibles », pour lesquelles il est possible de présupposer des risques d'erreurs importants.

Aussi, les taux relevés au titre de ces actions spécifiques doivent-ils être interprétés dans leur contexte et ne pas conduire, par extrapolation, à un jugement global sur le respect de l'application de la réglementation par une caisse.

En revanche, certains résultats doivent inviter à la réflexion et à la recherche de solutions telles que celles évoquées par la Cour.

REPONSE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE CŒUR DE LOIRE

L'importance des retards dans le versement des prestations est imputable, pour une grande part, à la restructuration de l'entreprise suite à sa fusion en avril 2005 et à ses conséquences en termes de mobilités fonctionnelles et de formations nécessaires.

Les résultats 2007 et 2008, sans être encore parfaitement satisfaisants, ont mis en évidence une nette amélioration.

REPONSE DE LA FEDERATION GRAND SUD

Sur la première observation « le coût net de gestion excessif », il est ensuite précisé qu'une « diminution a été observée en 2007/2006 dans les deux cas, mais que le rang de classement n'a pour ainsi dire pas évolué ». Cette observation et son commentaire appellent une remise en perspective et deux informations complémentaires.

La reconfiguration du réseau des caisses de MSA en 35 organismes induit, dans les exercices qui précèdent la fusion des caisses, des charges supplémentaires, consécutives à la préparation des opérations d'unification du système d'information, d'unification du système de gestion électronique des documents, d'installation de la plateforme commune aux deux caisses, de mise en place des institutions représentatives du personnel, ainsi que de la simplification de la ligne hiérarchique et enfin de la mise en place d'une comptabilité unique. (...)

DEUXIÈME PARTIE – LA GESTION DES RISQUES

Chapitre V

Le financement des dépenses de santé : répartition et transferts de charge entre contributeurs depuis 1996

REPONSE DE L'UNION DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (UNOCAM)

Les éléments qui autorisent la Cour à conclure de façon définitive que le transfert de charge de l'assurance maladie obligatoire (AMO) vers l'assurance maladie complémentaire (AMC) se traduit par : « des coûts de gestion [sans doute] accrus, une perte de ressources publiques et enfin par des inégalités de traitement » se fondent à la fois sur des comparaisons très discutables entre AMO et AMC et sur un certain nombre d'approximations qu'il sera permis à l'Union de mettre en exergue dans les observations ci-dessous :

1/ Une comparaison artificielle et illégitime produit une démonstration biaisée.

La démonstration de la Cour consiste à placer artificiellement AMO et AMC sur un même plan, renvoyant dos à dos deux systèmes obéissant à des logiques radicalement différentes : un système obligatoire et monopolistique et un système facultatif et concurrentiel. Ce faisant, il est alors permis de « reprocher » à l'AMC de ne pas présenter les mêmes caractéristiques que le régime obligatoire. De fait, quel serait le regard porté sur la performance de l'AMO si on la jugeait à l'aune de certaines des caractéristiques propres à l'AMC telles que la liberté de choix des garanties par le souscripteur ou encore le respect de règles prudentielles ?

La Cour choisit de comparer les coûts de gestion de l'AMO et de l'AMC au moyen d'un ratio qui a pour principale vertu d'être très favorable à l'AMO compte tenu notamment du poids de ses prestations par rapport à celles des complémentaires. Ainsi, il n'est pas illogique que les coûts de gestion des AMC soient plus élevés puisqu'elles remboursent une part minime d'un grand nombre de poste de prestations. Dans certains domaines, on pourrait sans doute tirer des conclusions totalement différentes. De ce point de vue, il serait intéressant de comparer le ratio frais de gestion sur prestations versées par l'AMO sur les dépenses d'optique au ratio des AMC.

Le choix d'utiliser ce ratio est en soi discutable puisque moins l'assurance maladie agit pour limiter la charge des prestations, plus le ratio est

favorable ! Enfin, il est hautement contestable car il néglige plusieurs des différences intrinsèques de l'AMO et de l'AMC : les frais d'acquisition sont par définition nuls dans un contexte obligatoire et les économies d'échelle permises à un monopole d'Etat sont sans commune mesure avec ce que peuvent espérer des organismes d'assurance maladie complémentaire qui assurent une couverture par nature parcellaire. La « gestion » de l'assurance maladie obligatoire concerne bien sûr des activités très différentes ; ainsi, les coûts de recouvrement des cotisations sont assurés par les URSSAF. Par ailleurs, les organismes d'assurance maladie complémentaire (OCAM) ne peuvent se permettre d'être déficitaires, or le dénominateur du ratio de l'AMO inclut le déficit. Il n'est pas donc pas comparable avec ceux des AMC. Par ailleurs, n'y sont comptabilisés ni les frais de gestion hospitaliers ni la dette déplacée sur la CADES, et encore moins le fardeau du déficit. Dans son rapport de juin 2007 sur la certification des comptes de la sécurité sociale, la Cour pointait les insuffisances du contrôle interne de l'assurance maladie. Elle peut difficilement aujourd'hui citer en exemple la prétendue modestie de ses frais de gestion. Enfin, faut-il le rappeler, les règles prudentielles imposent aux organismes assureurs de constituer des provisions importantes, qui sont bien évidemment un élément non négligeable de l'écart arithmétique entre les cotisations perçues et les prestations versées.

La Cour pointe le caractère non-redistributif de l'AMC en faisant là encore une comparaison abusive avec un régime obligatoire.

La Cour retient comme critère d'évaluation de la couverture complémentaire une capacité de redistribution calquée sur celle de l'assurance maladie obligatoire (qui constitue « un outil de redistribution des revenus très puissant » selon la Cour). Cette assimilation est très discutable, les objectifs de gestion des organismes d'assurance maladie complémentaire, leurs bases de mutualisation du risque maladie, et leurs règles de fonctionnement juridiques et financières étant foncièrement différents de ceux de l'assurance maladie obligatoire. Dans le cadre d'un monopole d'Etat, on peut pratiquer la redistribution que l'on souhaite. Dans un système concurrentiel d'assurance, on se doit de préserver les intérêts de mutualités homogènes d'assurés, dans le cadre des règles fixées par l'Etat. On doit le faire d'autant plus qu'il faut veiller à l'équilibre des comptes, en majorant si nécessaire les cotisations, et que l'on n'a pas la possibilité de reporter des déficits sur les générations futures. Le Président de la République a d'ailleurs bien marqué la différence qu'il convenait d'opérer entre ce qui relève de la solidarité nationale et donc de l'AMO et ce qui doit être pris en charge au titre de la responsabilité individuelle et donc par une assurance complémentaire. On ne peut, par définition, pas faire jouer le même rôle, en matière de redistribution, à l'AMO et à l'AMC.

S'agissant des « aides publiques », la Cour néglige d'indiquer que l'activité d'assurance alimente significativement les ressources publiques. Il convient en outre de rappeler que les exonérations dont la Cour fait état

(exonération de taxe, exonérations fiscales et sociales) ont pour objectif affiché de favoriser la souscription de contrats complémentaires respectant des règles voulues par le législateur. En effet, aujourd'hui, pour accéder dans certains domaines à des soins de qualité, la souscription d'un contrat complémentaire est nécessaire. La CMUC a été mise en place pour cette raison.

Si ces exonérations n'avaient pas été instaurées, les souscriptions de contrats complémentaires auraient été moins importantes et le montant des « aides publiques » également, puisqu'elles sont liées aux cotisations de ces contrats. Une couverture, par la sécurité sociale de ce qui est pris en charge par les complémentaires coûterait beaucoup plus cher en aides publiques. On notera que la Cour des comptes n'a jamais calculé le coût en aides publiques voire en déficits de l'assurance maladie obligatoire.

L'UNOCAM regrette que les chiffrages réalisés sur le montant des « aides » aient fait l'objet d'une telle publicité, avant que ces estimations aient fait l'objet d'une validation par les directions concernées, puisque de l'aveu même de la Cour seuls les contrats Madelin sont effectivement suivis par la direction de la législation fiscale (cf. rapport remis à la MECSS) et que l'essentiel de l'évaluation repose donc sur de simples hypothèses.

2/ Des approximations pour le moins surprenantes de la part de la Cour.

S'agissant des transferts de charge, l'UNOCAM remet en question l'analyse faite par la Cour. L'UNOCAM rappelle qu'elle avait demandé aux pouvoirs publics, en l'absence d'une évaluation ex ante, une estimation ex post de ces transferts. Cette demande étant restée sans réponse à ce jour, cela rend les chiffrages de la Cour d'autant plus intéressants.

La lecture des principaux éléments de chiffrage retenus par la Cour appelle quelques observations de l'Union :

✓ Le chiffrage ex ante des impacts sur les OCAM effectués par la Cour fait apparaître des montants sensiblement supérieurs⁴⁴⁹ à ceux produits par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie⁴⁵⁰

- impact de la T2A sur les tickets modérateurs hospitaliers : 117 M€ pour le HCAAM, 230 M€ pour la Cour ;

- impact de la revalorisation en 2004 du FJH : 100 M€ pour le HCAAM, 129 M€ pour la Cour ;

- impact du TM forfaitaire de 18 € : 90 à 117 M€ selon le HCAAM, 135 M€ selon la Cour ;

449. Ce qui illustre la fragilité de ces chiffrages.

450. Cf. avis du HCAAM du 27 octobre 2005.

- passage à 15% des veinotoniques : opération « blanche » pour le HCAAM, 121 M€ pour la Cour ;

- ordonnanciers bizona : le calcul de la Cour (196 M€) retient la fourchette « haute » de la proposition du HCAAM (200 M€).

✓ Les chiffrages effectués dans le domaine du médicament font apparaître une répartition différente au regard des données disponibles, à travers notamment la base IMS Health : les mesures de contrôle, de baisse de taux, de déremboursements et de maîtrise ont permis 1 Md€ d'économies pour l'AMO, un surcoût de 100 M€ pour les AMC et de 900 M€ pour les ménages⁴⁵¹.

✓ L'impact de la T2A sur les tickets modérateurs hospitaliers est estimé à 230 M€. Or, sur la période de référence (2004-2006), l'impact cumulé de leur hausse pour les seuls EPS représente selon la DGCP plus de 330 M€, auxquels devraient encore être ajoutés ceux des établissements de santé privés auparavant financés par la dotation globale (PSPH).

✓ La méthodologie des calculs pose en outre deux problèmes tout à fait spécifiques :

- d'une part, il est pour le moins discutable de retenir pour toutes les dépenses la répartition de 92/8 entre les OCAM et les ménages : la relative méconnaissance de la population non couverte et notamment la forte proportion de personnes très jeunes aurait dû inciter à plus de prudence dans l'utilisation systématique de ce ratio ;

- d'autre part, l'analyse des dépenses induites sur la période considérée aurait pu prendre en compte les conséquences des augmentations des honoraires des professionnels et plus généralement des recettes des producteurs de soins : ces décisions prises de fait sans concertation reviennent à une facturation mécanique supplémentaire des organismes complémentaires et des ménages. L'exemple des soins conservateurs dentaires est de ce point de vue particulièrement exemplaire. Globalement, l'UNOCAM estime que pour la période considérée, les revalorisations se sont élevées à 1,65 Md€ pour l'AMO, et 500 M€ pour les AMC et les ménages sur la période 2004-2008. Il en est de même lorsque la Cour évoque une économie de l'AMO de 440 M€ sur le forfait journalier hospitalier puisque l'AMO ne finance que très marginalement cette prestation. L'augmentation du FJH si elle peut être assimilée à une recette nouvelle n'est donc pas un transfert de charge entre financeurs comme le sont la plupart des autres mesures présentées.

451. La Cour estime, faute de disposer de données détaillées, à 920 M€ l'économie réalisée par l'AMO, à 400 M€ celle réalisée par les AMC et à 1,3 Md€ la charge supplémentaire des ménages.

✓ Le titre du tableau « estimation financière en année pleine des transferts attendus » est en outre inexact, s'agissant d'impacts cumulés sur plusieurs exercices pour certains items.

S'agissant des transferts sur la période 2004-2006, la Cour souligne que « tout se passe comme si le transfert de financement organisé en direction des ménages avait été pris en charge par les complémentaires sans que les contrats responsables aient encore été appliqués en 2006 ».

On s'étonne de cette conclusion puisque si l'on se réfère aux données utilisées par la Cour elle-même, les mesures de « transferts » sur cette période ne sont en aucune façon liées au contrat responsable : hausse du forfait journalier hospitalier, déremboursement de médicaments ou baisse de taux, ordonnancier bizona ou encore T2A... Dans ces conditions, il est tout à fait logique qu'un transfert de charge « net » ait bien eu lieu de l'AMO vers l'AMC.

Par ailleurs, cette partie du rapport pourrait laisser croire que les organismes d'assurance maladie complémentaire n'ont pas appliqué le contrat responsable. Ceci ne correspond en rien à la réalité comme en atteste notamment, l'étude de la DREES pour qui en 2006 « 100% des contrats collectifs modaux et 99% des contrats individuels modaux sont déclarés responsables »⁴⁵². Il convient en outre de rappeler que le décret fixant le contenu des « contrats responsables » a été publié au JO du 30 septembre 2005 pour une entrée en vigueur au 1er janvier 2006 (et partiellement au 1er juin 2006).

Les OCAM avaient à cette époque eu à déplorer le peu de temps dont elles disposaient pour mettre en conformité leurs garanties avec les dispositions du contrat responsable.

S'agissant du chapitre consacré au « coût élevé de la complémentaire », l'UNOCAM relève des incohérences dans la présentation relative aux frais de gestion de l'AMO et de l'AMC. Les ratios coûts de gestion / prestations gérées dans les CNS ont été diffusés à la presse et à la MECSS alors qu'ils ont manifestement fait l'objet d'erreurs de calculs pour l'AMO, les institutions de prévoyance, les sociétés d'assurances et les mutuelles. Il semble par ailleurs, que les périmètres retenus pour l'AMO et les AMC soient différents : les chiffres comprennent les prestations en espèces et en nature pour l'AMO et pas pour les AMC.

REPONSE DE L'INSTITUT DES DONNÉES DE SANTE (IDS)

La Cour recommande que des états statistiques identiques soient rendus obligatoires pour les trois familles d'assurance maladie

452. Etudes et résultats n°635, mai 2008, « contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006 », DREES, page3.

complémentaire, Elle ajoute que la collecte pourrait en être assurée par l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, et la définition de leur contenu assurée par l'IDS.

Le Bureau de l'Institut des Données de Santé a décidé que ce dossier fasse l'objet d'un premier examen au sein de la Commission pour l'Analyse et la Diffusion d'Informations Statistiques (CADIS) afin d'établir un état des lieux. Il pourra être suivi, dans un second temps, de la définition du périmètre des états statistiques.

Afin d'améliorer l'analyse du reste à charge des assurés, les membres de l'Institut ont souhaité que soit mis en place un échantillon de bénéficiaires généralistes pérenne et partagé, alimenté par des données de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et des assureurs maladie complémentaires.

Pour atteindre cet objectif, l'IDS et l'IRDES ont signé une convention.

L'ESPS 2010, menée par l'IRDES, constitue une phase expérimentale pour atteindre l'objectif cible. L'IRDES assure l'échantillonnage, la préparation et production de l'enquête ESPS 2010, ainsi que la coordination de l'appariement des données de l'enquête, des données de l'échantillon permanent inter régimes de bénéficiaires de l'assurance maladie (EPIBAM) et de celles des remboursements effectués par les assureurs maladie complémentaires, sur la base du volontariat.

Chapitre VI

Les pharmacies d'officine et leurs titulaires libéraux

REPONSE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS (CNOP)

Le caractère très récent de la réforme des regroupements ne permet pas d'évaluer à ce jour la pertinence du dispositif. Il est normal que le nombre des dossiers déposés sur les six derniers mois soit modeste, surtout compte tenu des fortes incertitudes que les pouvoirs publics laissent peser sur l'avenir économique des officines (menaces à la fois sur les marges, la propriété du capital et le monopole sur le médicament). Ces incertitudes ne peuvent que retarder les décisions d'investissement de la part des professionnels.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

La Cour estime que le dispositif de rémunération des pharmaciens est généreux concernant les médicaments génériques et s'interroge sur l'opportunité de son maintien. A cet égard, il faut souligner que si un fort taux de substitution a été atteint, ce résultat ne constitue pas un acquis et que le

maintien de ce résultat nécessitera, à l'avenir, que l'implication des pharmaciens reste soutenue.

Chapitre VII

L'accès en ligne aux dossiers médicaux

RÉPONSE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS (CNOP)

Je vous prie de trouver ci-après nos observations sur ce document.

a) L'historique des remboursements :

Il est indiqué, à propos de l'historique des remboursements de l'assurance maladie, qu'il comprend « l'ensemble des médicaments remboursés, voire non remboursés si l'information a été saisie ». Or, l'information sur les médicaments non remboursables, qui est effectivement saisie par le pharmacien dans son système informatique, n'est jamais transmise à la CPAM. Elle ne peut donc figurer dans l'historique de la CNAMTS.

Il faut enfin noter, si l'on compare le DP et l'HR, que ce dernier ne mentionne un médicament qu'avec un décalage sensible par rapport à sa dispensation : il faut que le pharmacien ait télétransmis l'information à la caisse, ce qu'il ne fait pas toujours immédiatement, puis que l'HR soit mis à jour, ce qui prend environ cinq jours. Le DP, lui, est alimenté en temps réel.

b) Le dossier pharmaceutique

Le déploiement du DP connaît une très forte accélération depuis le début d'avril dernier. Au 24 juin, 1971 officines sont équipées et ont créé 577 115 dossiers. Plus de 10 000 nouveaux DP sont actuellement créés chaque jour. Au 30 juin, nous devrions donc dépasser 2 000 officines et 600 000 DP.

RÉPONSE DU GIE SESAM VITALE

En anticipation des travaux de maîtrise d'ouvrage, et dans une vision à l'origine centrée sur les besoins de services en ligne du périmètre SESAM VITALE, le GIE a conçu et développé une nouvelle architecture de Poste de Travail. En 2007, à la demande de ses membres, de la MISS et du DMP, le GIE s'est entouré de solides avis professionnels pour évaluer les solutions techniques, et valider leur capacité d'ouverture à l'ensemble des besoins du secteur Santé-Social. Tous ces acteurs sont associés au comité de pilotage de cette évaluation conduite par GFI.

Les premières conclusions d'ensemble ont été restituées en mai 2008, tant en comité de pilotage qu'au CD du GIE. En grande synthèse concernant le poste de travail, les choix ne sont pas remis en cause, mais GFI insiste pour

que le modèle d'administration et de support des composants soit plus explicitement défini avant toute diffusion de masse. Une pré-étude sur ce sujet sera publiée en septembre par le GIE.

Au-delà du Poste de travail PS, la mission GFI a évalué l'infrastructure intermédiaire IMARS, et a recommandé pour l'avenir une prise en compte plus importante d'éléments standards du marché dans sa construction.

Enfin, et de manière plus globale, il a été décidé d'un commun accord que la CTS (commission technique et sécurité traitant tous les choix techniques transversaux) serait ouverte en avril 2008 au GIP DMP. Cette ouverture à des acteurs non membres du GIE sera officialisée au CD du 26 juin.

RÉPONSE DU GIP CPS

En ce qui concerne la recommandation n° 2 consistant à "Créer un centre d'expertise national et indépendant en informatique de santé, chargé notamment de la normalisation et des référentiels, le cas échéant lors d'une restructuration des opérateurs".

Cette recommandation me paraît particulièrement pertinente, et rejoint pour partie la décision récente de constituer une agence des systèmes d'information partagés (ASIP), prise par Madame le Ministre en charge de la santé sur la base des préconisations du "rapport Gagneux" de relance du DMP. A des fins constructives, je souhaite faire valoir ici les capacités de la structure du GIP-CPS pour héberger cette mission qui consiste à mettre en place les règles et les outils communs fondateurs du partage et de l'échange des données de santé.

Tout d'abord, cette mission peut être considérée comme une extension des fonctions actuelles du GIP-CPS (ce premier point n'a d'ailleurs pas échappé aux signataires du "rapport Gagneux" qui inclut les activités du GIP-CPS dans le périmètre de l'ASIP). Le GIP-CPS est en effet en charge aujourd'hui d'un service rendu à l'ensemble de la communauté des acteurs et des applications du système d'information de santé, qui concerne la certification électronique des identités et des qualités professionnelles. Dans ce périmètre, il assure déjà la publication de normes et de référentiels.

Par ailleurs, les statuts du GIP-CPS et son mode de fonctionnement sont adaptés à la conception et à la mise en œuvre d'outils communs et de services transversaux.

En 15 années d'expérience, le GIP-CPS a acquis un savoir faire de l'action collective dans la concertation. Il l'a récemment mis à profit dans l'objectif du déploiement du système CPS dans les établissements de soins. Pour définir les conditions d'acceptation de ce déploiement, il a su réunir dans un projet d'étude collectif aux côtés des différentes institutions, aussi

bien les représentants des fédérations hospitalières que les industriels du domaine. C'est ainsi qu'a été conçue la future CPS actuellement en chantier, qui verra le jour dans le courant du second semestre 2009, qui sera bâtie à partir d'un composant acceptant le standard IAS (standard pour les cartes d'identification, authentification et signature), et qui sera dotée de possibilités de lecture avec et sans contact pour mieux répondre aux besoins des établissements. Il coopère maintenant avec la DHOS et le GMSIH au programme d'accompagnement pour la mise en conformité des établissements de soins au décret confidentialité.

Il a également tissé des liens avec les industriels du secteur de la santé dans le but de favoriser le développement d'outils de sécurité fondés sur le système CPS et l'intégration des fonctions de confiance dans les logiciels métier.

RÉPONSE DU GIP DMP

Après une lecture attentive, le GIP DMP ne peut que souscrire très largement à l'analyse faite par la Cour, ainsi qu'à ses propositions. Les annonces faites le 18 juin 2008 par la Ministre de la santé, de la jeunesse des sports sur la relance du projet de DMP sont de nature à apporter les réponses à la plupart des problèmes ou faiblesses soulignées à juste titre par la Cour.

RÉPONSE DE L'AFNOR

Une mission de concertation valorisée au sein d'un environnement complexe

La Commission AFNOR de normalisation "Informatique de Santé" -(CNIS) évolue dans un contexte composé d'acteurs et de structures très différents et souvent concurrents, dont les missions se chevauchent (organisations professionnelles, groupements d'intérêt public et économique multiples). Dans un tel contexte, les parties intéressées réunies au sein de la CNIS ont confirmé sa mission de concertation et son rôle fédérateur qui lui permettent de dégager une stratégie collectivement partagée par ses membres, sur les thèmes suivants :

- le circuit du médicament (intra et extra hospitalier),
- les dossiers de données interopérables,
- les terminologies et les concepts (les nomenclatures),
- la qualité, la sécurité et la sûreté de fonctionnement des systèmes informatiques hospitaliers (SIH) dont l'identification des patients et la traçabilité.

Pour chacun de ces thèmes, la CNIS est l'interface nationale pour les travaux de normalisation européenne et internationale dont la finalité est la

mise en œuvre du volet informatique de la production de soins dans les établissements de santé et la sécurité des échanges de données médicales et médico-techniques intra et extra hospitaliers.

Toutefois, l'environnement national complexe de la CNIS fait que son efficacité a pu être freinée par l'absence d'expression claire des Pouvoirs publics quant à leur souhait de s'appuyer sur les normes reconnues pour fournir un cadre optimisant l'efficacité et l'inter-opérabilité des expérimentations et projets publics d'informatique de santé.

Un rôle de coordination des acteurs et des travaux dans la démarche normative française

Son programme de travail est essentiellement international. Sur les 102 projets inscrits, 2 seulement sont développés uniquement au niveau national (les produits sanguins labiles et les bases de données médicamenteuses). La mobilisation des experts français et l'attribution de leurs délégations dans les instances européennes et internationales de normalisation sont directement effectuées au sein de la CNIS.

Une volonté de clarification des périmètres d'actions et des échanges associés.

Compte tenu des attentes exprimées sur la clarification des missions et des responsabilités détenues par les acteurs de ce secteur d'activité, un groupe d'experts dédié a été mis en place au sein de la CNIS pour l'établissement d'une cartographie des travaux en 2005. Les travaux préliminaires du groupe ont mis en évidence la complexité et l'ampleur du travail à accomplir. Cependant, ce projet de cartographie, pourtant indispensable et admis comme tel par tous les acteurs, n'a pas encore pu être engagé car aucun organismes et acteurs membres de la CNIS n'a souhaité investir dans sa réalisation.

Un acteur reconnu pour sa capacité à faire par delà les divergences

Lors de la dernière réunion de la CNIS, le 16 juin 2008, la DHOS et la MISS ont confirmé que cette commission de normalisation était bien l'instrument capable de garantir une définition collective de la stratégie de normalisation dans le secteur des systèmes d'information hospitaliers parce que cette commission de normalisation permettait de rassembler l'ensemble de ses membres autour de projets fédérateurs malgré un environnement complexe. La capacité de la CNIS à donner une vue transversale aux enjeux de l'informatique de santé en resituant chacune des problématiques au cœur du réseau d'expertise multisectoriel proposée par AFNOR constitue enfin un argument d'efficience réel que toute autre structure, isolée ou segmentée, ne pourra couvrir que partiellement.

Chapitre VIII

Les restructurations hospitalières

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE LILLE

En ce qui concerne le contrat de retour à l'équilibre du CHU de Lille.

Sur la période 2004-2007, le CHRU de Lille a réalisé 20 M€ d'économies structurelles (résultat conjointement objectif par l'établissement et l'ARH Nord-Pas de Calais en juin 2008).

Malgré les mesures de réorganisations et d'adaptation que l'établissement a engagées dès 2004, l'équilibre budgétaire n'a pu être atteint sous l'effet conjugué des plans d'économie de l'assurance maladie (31,5 M€) et de l'insuffisance de financement des mesures salariales (28,4 M€). Les aides ponctuelles dont il a bénéficié sur la période s'élèvent à 21,8 M€.

L'augmentation de l'enveloppe MIGAC-MERRI (+24,18 M€ entre 2004 et 2007) se justifie par ailleurs, par une sous-dotation historique du financement de ces missions dans la région Nord-Pas-de-Calais (pour les MIG : l'écart à la moyenne nationale reste de 10 € par habitant pour plus de 4 millions d'habitants ; pour les MERRI, revalorisation reconnue des MERRI au regard de la qualité et de la quantité des activités de recherche et des publications scientifiques notamment).

L'évolution des effectifs ne résulte pas seulement d'une « difficulté [...] à maîtriser les charges de personnel » mais traduit pour l'essentiel, l'application de plans de santé publique (cancer, urgences, santé mentale, périnatalité, Alzheimer...) ou d'accompagnement d'activités nouvelles (ex : ouverture d'une UHSI de 20 lits). Elle doit s'apprécier relativement à l'évolution de l'activité : augmentation du nombre de séjours de +9,8% entre 2004 et 2007. La productivité des personnels médicaux et non médicaux a d'ailleurs été qualifiée de « bonne » par l'IGAS dans son rapport RM 2007-116A.

Le CHRU de Lille a signé un nouveau CREF avec l'ARH en juin 2008, dans lequel il s'engage à atteindre l'équilibre en 2010 en poursuivant les restructurations engagées depuis 2004 (restructuration de 196 postes entre 2004 et 2007 et 214 postes prévues entre 2008 et 2010).

En ce qui concerne le résultat d'exploitation.

Le déficit du CHRU de Lille est inférieur à 2% de ses recettes d'exploitation (-15 M€ en 2007 soit 1.9% de ses recettes d'exploitation) ; ce niveau de déficit est inférieur à la moyenne des déficits des CHU (hors AP-HP) qui se situe à 2,1% (le CHRU se situant en 13ème position sur les 31 CHU). L'EPRD 2008 a été voté avec un résultat prévisionnel de -9,9 M€ soit

1.23% des recettes d'exploitation. La poursuite des actions de restructuration et d'adaptation de l'offre de soins en réponse aux besoins de santé de la population de la région Nord-Pas-de-Calais, doit permettre à l'établissement d'atteindre l'équilibre budgétaire en 2010 (objectif défini sur la base des règles de tarification actuelles).

L'aide de 10 M€ dont le CHU de Lille a bénéficié est à comparer au montant de 20 M€ d'économies structurelles réalisées sur la période 2004-2007.

Le CHRU de Lille a engagé des réorganisations profondes dès 2004 qui ne peuvent être qualifiées de « tardives ». Comme les autres CHU, son activité est de mieux en mieux valorisée dans le cadre de l'affinement progressif des tarifs, et des financements forfaitaires de ses missions distinctives ; l'approche par la moyenne appliquée au début de la réforme de la tarification étant pénalisante pour les établissements hospitalo-universitaires.

REPOSE DU CENTRE HOSPITALIER DE PITHIVIERS

Le taux de fuite qualifié d'important dans le projet de rapport doit être relativisé, les données disponibles sur la banque de données de fédération hospitalière de France mettent en évidence un taux de fuite pour l'obstétrique de 38% en 2006.

Les données 2007 ne sont pas connues mais ce taux de fuite sera sans aucun doute en forte diminution du fait de la hausse de l'activité.

Je vous précise également que le centre hospitalier de Pithiviers a été certifié par deux fois par la Haute Autorité de Santé et la seconde fois en novembre 2006 avec le plus haut niveau (niveau 1).

REPOSE DU CENTRE HOSPITALIER DE CHINON

En ce qui concerne la maternité du centre hospitalier de Chinon, son activité s'établit à près de 500 accouchements en 2007 et l'activité du 1er trimestre 2008 fait apparaître une activité supérieure (de l'ordre de 520 à 530 accouchements en rythme annuelle).

Cette maternité qui vient d'être reconstruite et équipée à neuf est en pleine réorganisation. L'année 2008 va permettre :

- la mise en place d'une permanence pédiatrique grâce à une coopération renforcée avec le CHU de Tours.

- le renforcement de la couverture anesthésiste grâce à l'intervention d'assistants du CHU de Tours.

- l'arrivée d'un cadre de santé (a pris une vacance de poste de deux années).
- le recrutement de deux praticiens.
- l'ouverture du plateau technique aux sages femmes libérales.

Par ailleurs, au regard de son activité d'intérêt général, un soutien financier a été demandé à l'A.R.H. du Centre afin de couvrir l'écart entre le seuil de rentabilité de cette maternité (seuil qui se situe à près de 900/950 accouchements) et le niveau que cette activité peut atteindre au regard du bassin de population et du nombre de femmes en âge de procréer et relevant d'une maternité de niveau 1 (activité estimée à 640/700 accouchements par an).

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE VALREAS

S'agissant de la sécurité anesthésique, je vous précise que l'établissement dispose de deux postes de praticiens hospitaliers d'anesthésiste réanimateur à temps plein, l'un pourvu par un praticien contractuel depuis 2003, le second vacant depuis septembre 2007. Pour assurer la sécurité des soins 24h sur 24 en anesthésie réanimation, l'établissement a eu recours successivement à trois praticiens remplaçants, mais aucunement stricto sensu à des agences d'intérim médical. Pour synthétiser les dépenses relatives à ces remplacements, elles se sont élevées sur quatre mois, en 2007 à 65 796€, soit supérieures de 33 % aux 47 580€ si l'anesthésiste titulaire était resté, mais inférieures aux 93 900€ de dépenses théoriques, si nous avons fait appel uniquement aux agences d'intérim médical.

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE LA CIOTAT

Sur la base d'une étude de besoins effectuée par un cabinet spécialisé, le projet en cours prévoyait initialement la réalisation de 10 salles d'opération dans le bloc opératoire commun. Après étude et discussion avec l'ARH, il a été décidé de ramener à 8 le nombre de salles du bloc opératoire.

Il est à noter que le Centre Hospitalier dispose actuellement d'un bloc opératoire de 4 salles, alors que la clinique dispose d'un bloc principal de 5 salles majeures et de 2 salles de chirurgie ambulatoire, soit un total de 11 salles d'intervention pour les deux établissements

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER D'HIRSON

La solution se trouve peut-être dans la collaboration entamée avec l'hôpital de FOURMIES, et la mise en commun prévue des équipes des urgences et d'autres spécialités, complémentaires et non plus opposées.

Un hôpital de proximité comme HIRSON doit pouvoir jouer le rôle qui est le sien, en pouvant offrir à la population un équipement de qualité qu'elle attend depuis longtemps.

Les médecins désertent le secteur et les praticiens libéraux présents cesseront bientôt, pour un certain nombre, leur activité. L'hôpital constitue alors un recours d'autant plus nécessaire qu'il correspondra, dans ces conditions, à un besoin primordial de santé publique.

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE NOGENT LE ROTROU

Le déficit 2006 de l'établissement était de -298 222 € en 2006, il devient de - 1 631 857 € en 2007.

Cette évolution s'explique par trois composantes principales : le coût des remplacements médicaux: 509 361 €, l'insuffisante réalisation des objectifs du plan de retour à l'équilibre (notamment en matière de dépenses d'examen et de transport) : 416 706 € et l'impact de la suspension d'activité de la chirurgie sur 4 mois : 332 697 €.

En effet, l'année 2007 a vu son déroulement profondément perturbé, par la suspension -totale puis partielle- d'activité de la chirurgie à compter du 31 août, et par l'instabilité de la communauté médicale.

La communauté médicale a connu de profondes divergences en 2007, qui ont conduit aux départs de 7 médecins à temps plein, soit près d'un tiers de l'effectif médical. Compte tenu de la démographie médicale déficitaire, l'établissement a temporairement eu recours à des personnels intérimaires, ce qui s'est avéré coûteux et perturbant. Cette situation est aujourd'hui en voie de résorption, grâce au recrutement de nouveaux intervenants médicaux stables.

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE VIERZON

La Cour note à juste titre la situation géographique particulière du centre hospitalier du Blanc mais n'applique pas le même raisonnement a contrario envers le centre hospitalier de Vierzon. Celui-ci dessert un bassin de population s'étendant au Nord vers le Loir et Cher jusqu'à Salbris et fortement vers l'Ouest le long de la vallée du Cher. Il bénéficie d'un réseau exceptionnel de communication autoroutier et ferroviaire qui rend la ville de Vierzon incontournable. Ce bassin est distinct de celui de Bourges-Sancerre dont les élus soulignent fréquemment l'enclavement.

En dépit de cet obstacle, le centre hospitalier de Vierzon, dans le cadre du réseau périnatalité a développé des coopérations et une complémentarité avec la maternité de niveau 2 située à Bourges.

La maternité du centre hospitalier de Vierzon est active, rénovée, conforme aux normes et dessert un bassin de population important et spécifique.

*REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE
TOULON-LA SEYNE SUR MER*

La fusion « administrative » des centres hospitaliers de Toulon et La Seyne sur Mer en 1988 ne prévoyait pas de regroupement des activités MCO sur un seul site. Bien au contraire, les pouvoirs publics de l'époque, dans le contexte des très grandes difficultés industrielles et sociales de La Seyne sur Mer, ont exigé la reconstruction d'un hôpital complet à La Seyne sur Mer : celui-ci fut effectivement inauguré et ouvert en 1995.

Il est apparu, très vite, la nécessité de procéder à des regroupements d'activité, avec un premier échec concernant les deux maternités.

Cependant, la construction du nouvel hôpital Sainte-Musse, qui doit devenir l'hôpital de référence de l'agglomération toulonnaise début 2011, offre l'opportunité de concrétiser les regroupements les plus opportuns :

Le site de La Seyne sur Mer doit, certes, garder son service d'Urgences (35 000 passages par an) compte tenu de la population desservie.

Par contre, une spécialisation de l'hôpital de La Seyne sur Mer, complémentaire du nouvel hôpital Sainte-Musse est d'ores et déjà initiée :

- la pédiatrie de La Seyne sur Mer est regroupée avec le service et sur le site de l'hôpital Font-Pré à compter du 15 octobre 2008. ;

- la rééducation fonctionnelle va être transférée sur le site de La Seyne sur Mer,

- le futur projet médical 2009-2013 prépare l'ouverture du nouvel hôpital Sainte-Musse.

La Communauté médicale le proposera, au terme des ses travaux, au Conseil d'Administration en fin d'année 2008. Il prévoira sans aucun doute une concentration des services MCO ayant recours à un plateau technique sur le nouveau site de référence, le futur hôpital Sainte-Musse.

REPONSE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE MARSEILLE

Les normes imposées par les décrets de 1998 ont accéléré le processus de restructuration et de fusion-absorption dans le secteur privé se traduisant par la disparition de 12 maternités de proximité en PACA.

Ces fermetures de maternité ont eu des répercussions importantes sur les établissements publics, en général, et les CHU, en particulier, qui ont dû

faire face à un surplus d'activité très important dans des structures dont, ni l'architecture ni les effectifs de personnels ne se prêtaient à cette évolution.

Le Plan périnatalité a permis toutefois d'atténuer certaines difficultés de fonctionnement.

La mise en place de la tarification à l'activité et la valorisation peu attractive du tarif du GHS « accouchement par voie basse sans complication » a par ailleurs joué un effet cumulatif aggravant dans cette dynamique volontariste de désengagement progressif de l'activité obstétricale par les établissements privés.

La conjugaison de l'ensemble de ces facteurs défavorables conduit aujourd'hui les deux maternités de l'AP-HM, seules maternités publiques de l'agglomération marseillaise, à suppléer les carences du secteur privé et à prendre en charge un nombre disproportionné de naissances sans complication au détriment de son activité de recours et de référence de niveau 3 orientée vers la naissance pathologique : cette situation, que l'APHM gère par défaut, ne peut pas aujourd'hui lui être reprochée.

Le texte n'appelle pas d'observations de l'AP-HM sur le constat global d'une situation de retard par ailleurs constatée et documentée par l'IGAS (à laquelle la nouvelle équipe de direction mise en place a tenté de rapidement porter remède). Cet effort considérable de mobilisation autour d'un projet a été dans un premier temps favorisé par la relance des investissements initiée par le plan hôpital 2007. Cependant, cette relance construite sur les fondements d'un budget global protecteur pour l'institution s'est opérée alors que simultanément changeaient les règles comptables et de financement avec la montée en charge de la tarification à l'activité. Le challenge de l'AP-HM est désormais de réaliser les investissements restructurants sources d'indispensables gains de productivité avec un objectif de retour à l'équilibre en 2012.

Il convient de noter que le 3^{ème} CHU de France ne bénéficie pas de la bonification géographique sur les tarifs accordée notamment à Paris et à l'Ile de France (+7%) alors que ses charges de personnel (indemnité de résidence au taux le plus élevé, taxe sur les transports) et l'évolution du coût du foncier le justifieraient. Une simple correction de 5% remettrait l'institution en situation d'excédent. La prise en compte dans la tarification des situations de précarité qui pèsent sur le coût des séjours a été annoncée par les autorités ministérielles ; elle serait déterminante dans une ville ayant une population pauvre importante.

Pour être intellectuellement légitime, une analyse des parts de marché, dans un territoire donné, entre un CHU et les établissements privés qui l'entourent doit se fonder sur une approche systémique articulant :

- dans un premier temps, les données générales à chaque discipline (ce que fait le rapport) ;

- puis, dans un second temps, pour chaque discipline, les parts de marché du CHU et des établissements privés ventilées par GHM ou groupe de GHM.

Ainsi, il sera loisible à tout observateur de remarquer que si sur :

- la cardiologie, l'APHM ne représente globalement que 28% des parts de marché du territoire, elle en représente 71% sur les cardiopathies ischémiques et sur 12 autres GHM relevant de la classification OAP "cardio" ;

- la neurologie, l'APHM ne représente globalement que 58% des séjours hospitaliers du territoire, elle en représente 92% sur l'ensemble des maladies cérébro-vasculaires dégénératives ;

- les pathologies digestives, l'APHM ne représente globalement que 18% des séjours, elle en représente 44% sur l'ensemble des pathologies tumorales.

Des exemples de ce type énumérables à volonté illustrent le partage historique du marché de l'offre de soins entre les affections "légères" à DMS courte (apanage du secteur privé) et les affections réputées lourdes, traumatiques et tumorales, concentrées plus ou moins dans le secteur public hospitalier, en général, et dans les CHU en particulier.

Il est à craindre que ce clivage et cette ligne de frontière puissent voler en éclat à l'aune des mécanismes tarifaires connotés par la T2A, les CHU étant incités à reprendre des activités de routine pour garantir leur équilibre budgétaire. A cet égard le travail d'analyse engagé par les services ministériels et la mission T2A pour déterminer les raisons des surcoûts des CHU et rechercher une adaptation des tarifs a déjà identifié quelques points tels que le poids des plateaux techniques, de l'innovation, des gardes lourdes, l'éventail des spécialités (563 GHM couverts en moyenne dans les CHRU), l'effet recours, le recours « quaternaire » ou la mauvaise organisation de la réanimation.

Au total, la mise en place des OQOS (objectif quantifié de l'offre de soins) et la rédaction par l'ensemble des acteurs du territoire de santé Bouches du Rhône Sud d'un projet médical de territoire devraient contribuer à limiter une surenchère d'activité ou d'équipement qui pourrait découler de l'application pure et dure de la réforme tarifaire.

Chapitre IX

Les systèmes d'information dans les établissements de santé

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL LA ROCHE SUR YON-LUÇON-MONTAIGU

Le centre hospitalier a présenté ses observations sur les différentes mentions le concernant.

Concernant les tableaux de bord et leur utilisation à des fins de pilotage

La phrase qui est prévue dans le projet de rapport (« Au CHD de La Roche-sur-Yon, les tableaux de bord ne sont analysés en commun que dans les services volontairement engagés dans une démarche de contractualisation. ») est assez réductrice et ne traduit pas de façon fidèle la réalité du pilotage médico-administratif qui est mis en place au CHD.

Les données comptables et d'activité sont largement diffusées au sein de l'établissement :

- mensuellement pour les données d'activité (statistiques administratives, données PMSI et T2A...);
- mensuellement pour les charges directes par UF/service/pôle ;
- quadrimestriellement pour le suivi budgétaire macro ;
- annuellement pour les résultats d'un certain nombre d'outils de comptabilité analytique (rapport d'activité, comptes de résultat analytique par service clinique, base d'Angers...).

Il est vrai que l'établissement n'a pas encore organisé des points périodiques d'analyse des données avec les « producteurs » (...)

Le caractère peu étendu de la contractualisation interne mise en place par le CHD au tournant des années 2000 avec quelques services volontaires avait (...) permis l'organisation de réunions périodiques de présentation des tableaux de bord aux équipes.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, cette démarche va être reprise et généralisée dès lors que les contrats de pôle auront été signés, soit d'ici la fin de l'année 2008. Le directeur adjoint chargé du contrôle de gestion et de la contractualisation interne est investi de cette responsabilité d'animer des rencontres trimestrielles avec les équipes de pôle.

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE BEAUVAIS

Le Centre Hospitalier de Beauvais a lancé une consultation en 2006 pour mettre en place un dossier médical unique dans ses services.

Il a rejoint une démarche régionale (PHARE – Amiens, Beauvais, Compiègne) visant à utiliser un outil commun intégrant les impératifs du DMP. L'outil sera non seulement identique au sein des services, mais également commun aux établissements de la région, évitant ainsi les patchworks par la mise en œuvre de dossiers médicaux orientés métiers ou spécialités, qui ne communiquent pas entre eux et encore moins avec les applicatifs administratifs.

Le but d'un SIH hospitalier est de mettre en œuvre des logiciels communicants où l'information n'est saisie qu'une fois et mise à disposition des utilisateurs autorisés en temps réel.

Informatiser une spécialité n'est pas informatiser le dossier patient d'un établissement, c'est pourquoi le Centre Hospitalier de Beauvais souhaite mettre en place un dossier patient unique avec un important tronc commun entre les spécialités. Les logiciels répondant à cette attente ne sont pas légion sur le marché.

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE CAHORS

Les extraits du rapport relatifs au centre hospitalier de Cahors n'appellent pas d'observation.

Néanmoins s'agissant du circuit du médicament, le constat a été effectué en juin 2007 et la situation a, depuis, notablement évolué (favorablement...) sur ce point.

REPONSE DU GROUPEMENT POUR LA MODERNISATION DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER (GMSIH)

« Le GMSIH a réalisé des analyses des offres du marché, mais ces travaux restent rares, volumineux et prudents quant au jugement porté sur le produit et l'éditeur. La dimension du prix n'est pratiquement pas abordée ».

Réponse : le prix n'est pas abordé car il varie en fonction du cahier des charges de l'établissement, des fonctionnalités demandées par les établissements, du nombre de formations (lui-même dépendant du nombre d'utilisateurs concernés par le projet), du nombre de logiciels existant dans l'établissement à intégrer ou non, etc. Les critères de fixation du prix sont donc tellement nombreux et variables en fonction des projets des établissements qu'une telle information serait trop générique pour être juste.

Quant à la prudence du GMSIH, elle s'explique par le fait qu'un même produit peut être considéré comme bon par un établissement et mauvais par un autre. La qualité d'un produit dépend aussi de la qualité du projet qui accompagne sa mise en place. La qualité du projet dépend elle-même des personnes en charge du projet tant du côté de l'éditeur que du côté de l'établissement. Des jugements trop tranchés pourraient avoir des conséquences économiques et sociales chez l'éditeur alors qu'ils pourraient apparaître comme injustifiés en fonction du projet étudié.

Le choix du GMSIH est d'apporter aux établissements de santé une méthode pour les aider à juger d'une offre en fonction des caractéristiques de leur projet. En complément de ce travail, le GMSIH fournit aux établissements de santé une offre appelée « Accompagnement ponctuel » destinée à apporter une aide plus ciblée à tel ou tel établissement qui le souhaite, notamment quant à l'élaboration de son cahier des charges et de son projet de système d'information. Une cinquantaine d'établissements y recourent chaque année en moyenne.

Chapitre X

Les aides à la garde des jeunes enfants

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

Le chapitre X du rapport consacré aux aides à la garde des jeunes enfants appelle de la part de la CNAF les observations suivantes :

La Cour considère que la PAJE s'est révélée beaucoup plus coûteuse que prévue et n'a pas bien rempli ses objectifs. S'il est indéniable que le coût de la PAJE a largement dépassé les prévisions initiales, la CNAF souhaite nuancer les considérations négatives sur l'atteinte des objectifs, tels que rappelés en début de chapitre : simplification et amélioration du libre choix.

Au sujet de la simplification, la Cour déplore la complexité persistante de la réglementation. Cependant des simplifications importantes pour la liquidation de la prestation et les formalités administratives sont très appréciées des allocataires. Les résultats de l'enquête de satisfaction menée en 2008 par le centre PAJEMPLOI sont à cet égard très éloquentes pour témoigner de la satisfaction des familles : 98% des bénéficiaires de la PAJE sont satisfaits par la qualité de service rendu, 82% des cotisants (ex AFEAMA/AGED) estiment que le dispositif leur a facilité les démarches, 98 % des bénéficiaires de PAJEMPLOI estiment que leurs dossiers sont traités avec professionnalisme.

Pour ce qui concerne le libre choix d'activité, les appréciations de la Cour soulignant un « effet d'aubaine » pour le complément libre choix

d'activité (CLCA) à taux partiel et le recours toujours contraint pour le CLCA à taux plein, méritent d'être relativisées.

Il convient tout d'abord de s'appuyer avec précision sur les résultats de l'enquête auprès des bénéficiaires de la PAJE à laquelle la Cour fait référence⁴⁵³. Pour les familles déclarant que la PAJE a influencé leur choix de mode de garde le dispositif leur a permis de diminuer voire de supprimer les contraintes financières qui auraient pesé sur leur choix. C'est le cas de 26% des familles bénéficiant du CMG-assistante maternelle et de 44% des familles bénéficiant du CMG-garde à domicile, de 62% de celles qui bénéficient du CLCA de rang 1 à taux plein et de 64% de celles bénéficiant du CLCA de rang 2 et plus à taux plein.

Ensuite, il est utile de rappeler que la PAJE a induit une légère décline du recours à un arrêt de travail total au profit des arrêts de travail partiels et particulièrement des arrêts de travail correspondant à un temps de travail inférieur ou égal à un mi-temps⁴⁵⁴. A l'examen, la baisse du recours à la cessation totale d'activité est surtout imputable aux familles dont les revenus sont moins élevés tandis que les familles les plus aisées portent l'augmentation du recours au temps partiel. L'effet report, à savoir le recours à une cessation partielle d'activité pour des familles qui auraient privilégié une cessation totale d'activité avec l'ancien dispositif, paraît donc limité, les publics des différentes prestations étant visiblement assez distincts, comme l'a relevé à juste titre la Cour. Il importe cependant de lire ces phénomènes en considérant les autres dispositions de la PAJE. Ainsi, la désaffection des familles des premiers déciles de revenus pour la cessation totale d'activité peut s'expliquer par le fait que le recours à une assistante maternelle a été fortement encouragé par le renforcement de l'aide financière via le CMG, libérant dès lors une contrainte financière ou d'organisation. Le recours plus massif à un arrêt de travail partiel au sein des familles plus aisées correspond pour sa part plus à un effet d'appel qu'à un effet d'aubaine : l'augmentation des versements a permis à l'allocation de franchir le coût d'opportunité ou plutôt les coûts de « réserve » de certains individus qui, jusqu'alors, auraient rejeté cette organisation en raison d'un arbitrage financier.

Au sujet du libre choix de mode de garde, la Cour souligne que la PAJE n'a pas en soi permis de développer l'offre de garde.

En effet, son objet est en premier lieu de solvabiliser la demande des familles. La Cour déplore à cet endroit la relative stagnation du nombre

453. Voir en particulier « La PAJE améliore-t-elle le choix des parents pour un mode de garde ? », François Marical, Jérôme Minonzio, Muriel Nicolas, Recherches et Prévisions n°88, juin 2007, CNAF.

454. Pour une étude plus complète, voir « Réduire son activité pour garder son enfant : les effets de la PAJE », François Marical, Recherches et Prévisions n°88, juin 2007, CNAF.

d'assistantes maternelles agréées entre 2004 et 2005 alors qu'il avait considérablement augmenté au moment de la mise en place de l'Afeama (132 000 en 1990, 338 000 en 2000). Au total, indique t-elle, le nombre de places auprès d'assistantes maternelles exerçant leur activité, estimé à 689 200 en 2005, n'a progressé que de 2,9% par an entre 2003 et 2005. Si la progression du nombre d'assistantes maternelles est une condition importante de l'amélioration de l'offre de garde, la CNAF souhaite souligner trois éléments :

- tout d'abord, on ne pourrait raisonnablement attendre de la PAJE le même effet sur le nombre d'assistantes maternelles agréées que celui joué par l'AFEAMA, laquelle a été essentielle pour donner à la profession un statut propre ;

- ensuite, la seule évolution constatée entre 2003 et 2005 est peu probante : il est important d'avoir plus de recul pour apprécier dans quelle mesure la solvabilisation de la demande, et dans le même temps, la revalorisation du statut des assistantes maternelles peuvent agir sur la quantité de l'offre. L'exemple de l'AFEAMA auquel la Cour fait référence s'appuie de fait sur des évolutions couvrant dix années ;

- enfin, il sera utile de bien confronter les données portant sur l'offre (enquête PMI, qui faute de pouvoir être exhaustive, est en partie extrapolée) et celles sur la demande. Car les données en provenance de la CNAF relatives aux bénéficiaires d'une prestation pour la garde d'enfant par une assistante maternelle retracent des évolutions non négligeables : la progression est de plus de 10% entre la fin 2003 et la fin 2007. Pour mieux apprécier les données sur l'offre relative aux assistantes maternelles, la CNAF a obtenu l'accord de la CNIL pour le transfert de données en provenance de l'ACOSS. Celles-ci lui permettront d'apprécier plus directement l'évolution du nombre des assistantes maternelles agréées, leurs rémunérations, le nombre d'enfants gardés, le nombre d'heures de garde.

Pour autant, la CNAF est en accord avec la plupart des recommandations de la Cour.

Il importe de renforcer la cohérence des interventions des différents acteurs concernés par la garde des jeunes enfants : à ce titre, la CNAF plaide pour rendre obligatoire l'élaboration d'un schéma départemental d'accueil du jeune enfant. Elle appelle également de ses vœux une plus grande coordination avec le ministère de l'Education nationale, compte tenu des grands objectifs de politique publique.

Eviter l'éloignement durable des mères du marché du travail est naturellement souhaitable : la réduction de la durée du CLCA peut y contribuer mais il est également indispensable que des solutions de garde soient accessibles pour les familles concernées.

La CNAF ne peut qu'adhérer à l'objectif de rapprochement des taux d'efforts suivant les deux principaux modes de gardes : assistante maternelle agréée ou établissement d'accueil du jeune enfant, en particulier pour les familles les plus modestes. La PAJE, via la revalorisation du complément mode de garde, y a puissamment contribué, et la dernière mesure adoptée en PLFSS 2008 va également dans ce sens.

La CNAF est enfin très attentive au taux d'exercice des assistantes maternelles et aux perspectives démographiques au sein de la profession. Elle cherche à cet égard à promouvoir une politique visant à renforcer l'attractivité du métier d'assistante maternelle : développement de partenariat avec différents acteurs (ANPE, FEPEM...), promotion des relais assistantes maternelles qui participent à la professionnalisation et à l'accompagnement, expertise pour la création d'un diplôme spécifique, prise en charge des frais de formation dans les zones rurales, implication de la branche Famille dans la procédure d'agrément, suivi attentif des expérimentations en cours consistant en des regroupements d'assistantes maternelles.

Chapitre XI

Aspects de la gestion des régimes de retraite

I - Les outils de pilotage des régimes de retraite

REponse DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAVTS)

S'agissant des développements contenus dans la première partie du projet de rapport concernant les outils de pilotage des régimes de retraite, la CNAVTS partage les analyses de la Cour selon lesquelles des progrès ont été réalisés dans le domaine des outils de prévision, et de projection. La CNAVTS a ainsi conçu et réalisé un modèle de microsimulation dénommé Prisme, utilisé désormais pour la plus grande partie de ses travaux prospectifs et de simulation.

Ces nouveaux outils permettent également de produire des indicateurs prospectifs tels que le montant des engagements de retraite et des indicateurs de rendement, types de travaux que la CNAVTS effectue (travaux réalisés dans le cadre de la mission « Pebereau »). Ce type d'approches fera l'objet d'approfondissements programmés dans la prochaine COG.

Par ailleurs, la caisse nationale s'est attachée à mettre sur pied un schéma directeur statistique. Aussi elle ne peut qu'adhérer à la recommandation de la Cour visant à ce que les travaux de même nature soient réalisés dans d'autres régimes avec le souci notamment de faciliter les travaux en commun et les échanges de données.

La CNAVTS estime utile de faire valoir que cette intensification des outils et des travaux a nécessité de densifier les équipes d'experts, ce qui

implique de disposer de marges suffisantes dans le cadre des COG en termes d'effectifs et de crédits budgétaires.

Comme la Cour, la CNAVTS convient du fait que des progrès restent à accomplir, en particulier sur l'analyse et la prévision concernant les modifications de comportements face à des mesures visant à reculer ou avancer l'âge de départ en retraite, à inciter à prolonger l'activité, par exemple. Des enquêtes auprès des assurés, plus régulières que celles menées jusqu'à présent par la CNAVTS sont prévues. Elles devraient apporter un éclairage complémentaire qui est actuellement insuffisant dans le cadre de l'établissement des hypothèses retenues pour réaliser les projections à court et moyen terme.

*REPONSE DU PRÉSIDENT ET DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU
CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES (COR)*

Je souscris à l'analyse faite par la Cour sur les outils de prévision et sur la connaissance des comportements, en ce qu'elle met l'accent, d'une part, sur l'importance des progrès réalisés depuis quelques années -sous l'influence, notamment, des demandes du COR, comme le fait observer la Cour- d'autre part, sur des insuffisances persistantes, compte tenu des moyens relativement limités dont disposent les gestionnaires des caisses de retraite pour développer des modèles de projection. La Cour pourrait sans doute noter qu'au delà des problèmes de moyens, l'analyse des comportements de départ à la retraite se heurte encore aujourd'hui au manque de recul par rapport à la réforme de 2003, dont la mise en application n'est que progressive.

Il reste que je partage l'idée que l'enrichissement attendu des bases de données, en ligne avec la montée en charge de la réforme, ainsi que la multiplication des utilisateurs devraient impliquer une coordination renforcée au niveau national. La Cour propose en conséquence de créer une instance de coordination, chargée d'examiner et de formaliser les besoins d'information statistique en matière de retraite et de proposer les référentiels communs, qui serait placée sous l'égide du COR et sous l'autorité du CNIS. La composition de cette instance de coordination ainsi que les rôles respectifs du COR et du CNIS mériteraient toutefois d'être précisés. J'estime en particulier souhaitable d'associer à cette opération la DREES, qui a la responsabilité des échantillons interrégimes de cotisants et de retraités, et le GIP Info Retraite, qui permet d'ores et déjà aujourd'hui une interpénétration des systèmes d'information des régimes et a acquis une expertise technique sans doute unique en la matière.

La seconde partie du projet d'insertion relative aux indicateurs financiers met en avant, à juste titre, la nécessité de développer des indicateurs de rendement relatifs aux situations individuelles des assurés et des indicateurs actuariels permettant d'analyser la « soutenabilité » financière

d'un régime. Je rappellerai simplement ici la position du Conseil d'orientation des retraites, telle qu'exprimée dans son quatrième rapport (« Retraites : questions et orientations pour 2008 », janvier 2007) : concernant les indicateurs de rendement au niveau individuel, le Conseil juge intéressant de compléter les indicateurs habituels de taux de remplacement par des indicateurs qui prennent en compte le caractère contributif du système de retraite mais « il faut être prudent dans l'utilisation et l'interprétation de ces indicateurs, qui ont tous des limites » ; concernant les indicateurs actuariels, « quel que soit l'indicateur retenu, les calculs restent néanmoins conventionnels. Leurs limites découlent de leur ambition à vouloir ramener à un indicateur unique l'ensemble des déséquilibres futurs. C'est pourquoi le Conseil considère qu'ils ne peuvent se substituer à l'examen des projections plus détaillées des besoins de financement futurs ». Le Conseil juge toutefois intéressant de pouvoir enrichir la présentation de chroniques de besoins de financement futurs par des mesures de dette (solde actuariel en particulier) ou de *tax gap*. C'est dans ce cadre que pourraient être engagés, comme le propose la Cour, des travaux exploratoires de nature méthodologique. Il me paraît notamment nécessaire que ces travaux soient menés sous l'égide du COR, compte tenu de son rôle de coordination dans les exercices de projections à long terme dont il a la charge.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE RETRAITE DES AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES (CNRACL)

Dans la partie consacrée aux outils de prévision et d'analyse des comportements considérés comme encore insuffisants par la Cour, il est indiqué que la CNRACL comme d'autres régimes, utilise une hypothèse de permanence des comportements malgré la réforme, notamment en matière de départs en retraite.

Ce commentaire peut être nuancé. S'il est vrai que la CNRACL ne dispose pas d'un modèle comportemental de départ en retraite, il convient de noter que son modèle de projection tient compte des hypothèses comportementales établies par le COR (recul de l'âge de départ à la retraite qui traduit un changement de comportement pour compenser les modifications du calcul de la retraite après la réforme). Par ailleurs, en ce qui concerne la mortalité, la CNRACL applique une méthode de recalage des tables de mortalité prospectives de l'INSEE qui permet de tenir compte des différences de calendrier de mortalité, constatées sur le régime par rapport à la population française.

II - L'adossement des régimes spéciaux aux régimes de droit commun

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAVTS)

1 – Le traitement de la neutralité financière et le partage des risques dans le cas des IEG

a) Le financement de la soulte

La CNAVTS estime utile de rappeler que les régimes complémentaires ont toute faculté de réduire le niveau des droits repris jusqu'à un niveau d'équilibre absolu de la pesée où aucune contrepartie financière ne serait nécessaire.

Le régime général peut aussi, dans une moindre mesure, jouer sur le niveau auquel il reprend les droits et diminuer en conséquence le montant de la soulte. Il dispose pour ce faire d'au moins deux leviers : le choix du salaire forfaitaire (exprimé en % du plafond de SS) qui valorise les rentes garanties (par exemple : 100% du PSS 2004 pour les IEG, 90% du PSS 2005 pour la CCIP, etc.), la présence ou non dans les droits repris d'un complément de durée dit « durée d2 » (ce qui a été le cas pour les IEG, à la différence de la CCIP).

b) Le choix du taux d'actualisation

La différence observée entre les valeurs du taux d'actualisation retenues pour les opérations d'adossement de la CNIEG par le régime général (2,5%) d'une part, et par les régimes complémentaires (2,25%) d'autre part, est pour partie imputable au fait que le champ des négociations et le poids des tutelles a rendu l'exercice plus contraint pour la CNAVTS, à la différence des régimes complémentaires.

Consciente de l'importance de ce sujet et suite aux échanges techniques avec le ministère de l'économie et des finances, la CNAVTS a fait réaliser en 2005 des études sur la détermination d'un taux d'actualisation adéquat en recourant à des expertises externes, de manière à être mieux outillée en la matière dans la perspective d'opérations ultérieures d'adossement.

Au vu de ces différents éléments, la CNAVTS a retenu pour ces travaux techniques à venir des taux nets d'inflation obtenus en référence aux courbes de taux zéro-coupon publiées trimestriellement par l'Institut des actuaires et aux rendements des OATI (« points morts d'inflation »).

La CNAVTS estime enfin utile de faire remarquer que pour aboutir à une égalité de taux entre le régime de base et les régimes complémentaires pour les adossements ultérieurs, une négociation tripartite devrait alors être

opérée, ce qui pose la question plus vaste des modes de gouvernance différents entre les régimes de base et les régimes complémentaires.

c) Le risque de projection et la clause de révision (article 19 de la loi 2004-803 du 9 août 2004).

Le texte de la convention financière passée entre la CNIEG et la CNAVTS précisait dans son article 8 - Modalités de calcul de la soulte - que conformément au 3^o alinéa de l'article 19 de la loi n°2004-83, la contribution versée à la CNAVTS par la CNIEG (la soulte) avait un caractère exceptionnel, forfaitaire et libératoire.

Ce qui a exclu tout recours à une clause de révision et dispensait de ce fait les entreprises de la branche de provisionner la valeur d'une CMD éventuelle.

En d'autres termes, la CNAVTS a été sur ce point totalement contrainte par la nature des dispositions législatives adoptées par la puissance publique en la matière et n'a disposé d'aucune marge d'adaptation possible sur ce sujet.

d) Les projections de recettes

Pour les travaux techniques préparant l'adossement de la CNIEG par le régime général, ce sont, en effet, les hypothèses macroéconomiques d'évolution des salaires à moyen terme retenues pour les travaux du COR qui ont été utilisées.

Ces hypothèses macroéconomiques étaient à ce moment là des hypothèses reconnues par tous les régimes qui participaient aux travaux du COR (dont le régime général, le régime spécial des IEG et les régimes complémentaires).

Sur le principe, la CNAVTS partage entièrement le point de vue présenté par la Cour ; elle n'a pas cependant vocation à s'aligner sur les hypothèses macroéconomiques que les commissions paritaires des régimes complémentaires auraient jugées plus pertinentes.

En pratique, il conviendrait de disposer d'une instance incontestée d'arbitrage, fonction qu'à ce jour seul le conseil d'orientation des retraites pourrait être amené à remplir.

2 – La nécessaire modification des règles d'adossement

a) Au regard des remarques et des analyses critiques faites par la Cour, la CNAVTS estime utile de rappeler que l'adossement des engagements de retraite de la CNIEG était la première opération de ce genre et de cette importance réalisée par la caisse nationale.

En effet, la CNAVTS avait réalisé auparavant des opérations d'intégration de moindre envergure démographique et financière, et d'ailleurs selon des techniques de pesée plus rudimentaires (indicateur de charge

instantané) ce qui a nécessité de concevoir courant 2004 de nouvelles approches dans le cadre de l'adoption d'une méthode prospective avec projections sur 25 ans, de manière à disposer d'outils conceptuels et techniques plus adaptés pour appréhender le dossier des IEG.

La mise en application du principe de neutralité financière dans le cadre d'un adossement réalisé par le régime général (régime à prestations définies, géré en annuités) a conduit à développer des méthodes de pesée qui s'inspirent de celles qu'utilisent (et utilisaient déjà) les régimes complémentaires, gérés en points, sans être toutefois identiques ni entièrement transposables.

Il est rappelé que le cadre législatif définissant les conditions de l'adossement des IEG excluait que le régime général utilise une méthode de pesée comportant une clause de révision encadrée.

Si ce type de clause est de nature à assurer une meilleure neutralité financière, cette possibilité doit néanmoins faire l'objet d'études et de développements techniques nécessaires à sa mise en œuvre dans le contexte de la définition des droits repris, particulière au régime de base. Par ailleurs, l'incidence d'un tel dispositif sur un provisionnement par le régime adossé mérite d'être analysée.

Si une disposition législative introduisait le principe de la clause de révision, le régime général procéderait aux adaptations nécessaires de la méthode de pesée qu'il emploie actuellement.

b) Il est précisé que l'intervention d'un financement de la charge des majorations pour enfant par le FSV a été écartée par la CNAVTS pour tous les dossiers techniques en cours (RATP en particulier) du fait notamment de la situation financière de ce fonds et de l'ampleur des créances de la CNAVTS à son égard.

c) Il est précisé enfin que la CNAVTS réalise chaque année des notes de suivi statistique et un bilan financier de l'adossement de la CNIEG (notes internes et préparation des réponses au questionnaire des Commissions des Affaires sociales du Parlement relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale). Elle a par ailleurs participé à l'établissement du bilan financier au 30 juin 2006 produit par la CNIEG.

En revanche la CNAVTS n'a pas l'obligation de produire un rapport public annuel sur les modalités de mise en œuvre des opérations d'adossement.

*RÉPONSE DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC NATIONAL DE
FINANCEMENT DES RETRAITES DE LA POSTE (EPNFRLP)*

Dans son projet la Cour écrit que l'accord de la Commission européenne « ne concerne que la réforme du mode de financement du régime

de retraite des fonctionnaires de La Poste, fondée sur l'instauration d'une cotisation de retraite libératoire ».

Il convient d'observer que la Commission déclare par l'article 1er de sa décision que «... la réforme notifiée du régime des pensions desdits fonctionnaires en vertu de l'article 150 de la loi de finances rectificative pour 2006 constitue[nt] des aides d'État compatibles avec le marché commun pour autant que les conditions prévues à l'article 2 soient respectées », lesquelles précisent les conditions de calcul des taux d'équité concurrentielle. En d'autres termes, la Commission valide le principe de l'adossement.

La réforme des modalités de cotisation d'assurance vieillesse de La Poste au titre de ses personnels fonctionnaires transforme son obligation de financement des prestations définies à ses fonctionnaires en une cotisation définie libératoire équivalente à une cotisation de droit commun, la libérant de tout engagement de retraite.

Les engagements du régime sont transférés de facto à l'EPNFRLP, même s'ils ne figurent pas à son bilan, comme c'est le cas pour l'ensemble des organismes de retraite (rappelons qu'aucune caisse de retraite de base ne provisionne les engagements, comme par exemple la CNAVTS.) Le financement par l'État de la différence entre le produit des cotisations versées à La Poste et le coût des pensions est autorisé par la Commission.

Dès lors, l'État sera autorisé, le moment venu, à financer en complément de La Poste la soule qu'il conviendra de verser à la CNAVTS, pour neutraliser, le cas échéant, l'éventuelle différence de rapport de charge entre les deux régimes à l'occasion de l'adossement du régime de retraite des agents de La Poste à la CNAVTS.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES INDUSTRIES ELECTRIQUES
ET GAZIERES (CNIEG)*

1) Sur le principe de neutralité financière

Il faut simplement remarquer, dans la suite de ce qu'indique la Cour, que le principe de neutralité financière défini comme le maintien, après adossement, du rapport de charges (prestations/cotisations) du régime d'accueil est la stricte application dans ce domaine des règles édictées par les régimes de retraite du droit commun pour les opérations d'intégration en leur sein de régimes de retraite.

C'est ainsi qu'il a été conçu et mis en œuvre de longue date par les régimes complémentaires de retraite puis, selon des principes identiques, par le régime général à l'occasion de la réforme du financement du régime spécial des IEG et de l'adossement dans le cadre de la loi du 9 août 2004.

L'adossment du régime des IEG aux régimes de retraite du droit commun respecte les règles qui auraient été appliquées si le régime spécial avait été intégré en leur sein.

2) Sur la clarification des conditions de l'adossment

L'affirmation selon laquelle l'adossment présenterait dans ses modalités de réalisation des « différences de traitement notables entre le régime général et les régimes complémentaires », semble devoir être nuancée.

En effet, sur les principes et sur les règles suivis par les deux types de régimes, il n'y a pas de différence de fond puisque dans les deux cas ils reposent sur une pesée prospective des rapports de charge.

3 Plus précisément les points ci après appellent de notre part les observations suivantes :

a) Sur la pérennité des financements issus de la contribution tarifaire d'acheminement (CTA), il est clair que les taux devront en être ajustés pour couvrir la variation des charges de retraites liée à la démographie du régime. Ce point a été clairement établi et quantifié dès les travaux préparatoires de la loi du 9 août 2004. S'il n'en n'était pas ainsi risquerait alors de se poser la question de la déconsolidation des engagements de retraite couverts par la CTA (21,2 milliards d'Euros à fin 2007) pour les entreprises de la branche des industries électriques et gazières dont certaines sont cotées en Bourse.

b) Sur le financement par le FSV de la part des majorations de pensions des retraités ayant eu 3 enfants ou plus, il n'y a du point de vue des principes de l'adossment, aucune « irrégularité pour le FSV ». En effet comme nous avons été amenés à l'indiquer à la Cour par courrier du 11 juillet 2006 en observation sur le projet de rapport sur la sécurité sociale pour 2006, l'adossment repose sur l'application, au plan financier de l'ensemble des règles des régimes de retraite du droit commun au nombre desquelles figurent celles touchant à la structure du financement du régime général d'assurance vieillesse.

A ce titre, la CNAVTS et le FSV prennent en charge la partie des prestations équivalentes à celles du régime général (c'est à dire la part des majorations pour trois enfants et plus, égale à la part relevant du régime général et déterminée selon la réglementation prévue à l'article L. 351-12 du code de la sécurité sociale).

Il y aurait eu rupture du principe de neutralité pour l'adossment du régime des IEG s'il en avait été autrement.

A cet égard il faut noter que certaines des dispositions de l'adossment ne correspondent pas, pour le régime des IEG, à l'exacte application des règles du régime général : ainsi aucune pension de réversion n'est intégrée dans les « prestations » versées par le régime général pour les « droits

liquidés » après le 1er janvier 2005 même si, au niveau des comptes individuels de l'adossé, les conditions pourraient en être réunies.

c) Sur les différences de taux d'actualisation entre le régime général et les régimes complémentaires, on peut noter que celles-ci demeurent assez relatives et qu'en fine la soulte CNAVTS ainsi que ses modalités de calcul ont été fixées par l'Etat par l'arrêté interministériel du 31 janvier 2005 ;

d) Les écarts concernant les taux d'évolution du salaire moyen par tête retenus par le régime général d'une part et par les régimes complémentaires d'autre part n'ont pas d'incidence significative en défaveur du régime général.

En effet le principe du choix dans les deux pesées (régime général d'une part et ARRCO-AGIRC d'autre part) de l'évolution du salaire moyen du « régime d'accueil » fait qu'il y a cohérence des méthodes retenues dans les deux séries de pesées. Les écarts entre les hypothèses d'évolution retenues par le régime général et les régimes complémentaires n'ont dès lors pas d'incidence sur ces pesées, réalisées dans chaque bloc de régimes, et n'affectent pas leur équilibre, ni la détermination des soultes ou abattements sur les droits passés repris auxquels elles aboutissent. Ce n'est donc pas un facteur de pénalisation pour le régime général.

e) Sur la comparaison prévisions / réalisations, la « nécessaire » modification des règles de l'adossé et les informations annuelles fournies par la CNIEG il nous paraît nécessaire d'apporter les remarques suivantes :

Il convient tout d'abord de rappeler que la méthode de pesée « prospective » par projection des rapports de charges est, méthodologiquement, source de garantie sur le plan actuariel puisqu'elle conduit à estimer les équilibres futurs à partir des prévisions de charges et de recettes. C'est en effet à un horizon moyen / long terme que doit être apprécié l'équilibre actuariel. Ainsi la mesure de l'équilibre actuariel ne peut être réduite à la seule mesure des cotisations apportées par le régime adossé en regard des prestations perçues mais implique une comparaison sur le moyen / long terme des rapports de charges des deux séries de régimes et de l'ensemble des déterminants de leur évolution.

Enfin c'est dans cet ensemble que la CNIEG produit, au travers de son rapport annuel conformément à l'article 19 de la loi du 9 août 2004, les éléments de flux (cotisations et leur assiette, prestations, effectifs) permettant, en toute transparence, de mettre à disposition les données de réalisation sur l'adossé. Toutefois comme indiqué ci-dessus, ces données ne sauraient, à elles seules, sans traitement complémentaire rendre compte dès à présent de l'équilibre actuariel de la réforme.

REPONSE DE L'AGIRC - ARCCO

Je relève que la recommandation pour les opérations d'intégration ou d'adossé, à retenir des hypothèses de projection de recettes identiques

pour le régime général et les régimes complémentaires, ne doit pas conduire ces derniers à se voir imposer des éléments exogènes dont ils n'auraient pas la maîtrise.

Sous cette réserve, je vous confirme que le document transmis n'appelle pas de remarque de ma part au titre des informations concernant les régimes AGIRC et ARRCO.

III - Les minima de pensions

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAVTS)

En ce qui concerne les recommandations formulées par la Cour, la CNAVTS observe que l'exclusion, dans le calcul du montant du minimum contributif, des périodes cotisées au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et des périodes assimilées réduirait de façon importante le différentiel attribué aux bénéficiaires de ce dispositif.

Cette réduction concernerait essentiellement les femmes. Les périodes assimilées au titre du chômage, par exemple, ont pour objectif de compenser certains aléas de carrière, en permettant de valider des trimestres et d'avoir éventuellement accès au minimum contributif par obtention du taux plein à la liquidation de la pension. La proposition de l'exclusion de l'AVPF remettrait également en question l'articulation avec la politique familiale qui cherche à concilier vie familiale et vie professionnelle pour les femmes. Ce dispositif est un des éléments qui ont participé à maintenir en France un taux élevé de fécondité, taux de fécondité participant à l'équilibre des régimes de retraite. Exclure l'AVPF reviendrait ainsi à pénaliser les femmes en réduisant leur droit propre et à contrecarrer ainsi l'objectif même de ce dispositif⁴⁵⁵.

Par ailleurs, les conditions d'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et du minimum contributif étant différentes, un durcissement de l'attribution du minimum contributif aux seuls assurés ayant des carrières complètes cotisées ne ferait pas basculer automatiquement tous ceux qui ont des carrières incomplètes vers l'ASPA. En effet, les personnes qui ne rempliraient ni les conditions d'attribution de l'ASPA (moins de 65 ans, non reconnues inapte au travail, ressources supérieures au plafond, pas de résidence en France), ni celles du minimum contributif constitueraient une troisième catégorie de retraités dont le niveau de retraite serait inférieur au minimum vieillesse.

Enfin, concernant la proposition de fusionner le minimum contributif et la majoration du minimum au titre des trimestres cotisés « en ne retenant

455. Pour rappel, parmi les nouveaux retraités de l'année 2007, la pension moyenne versée par le régime général est, pour les femmes, inférieure de 21 % à celles des hommes. La prise en compte des retraites complémentaires accroît cet écart.

pour le calcul des périodes prises en compte que celles effectivement travaillées, à l'exclusion des durées validées mêmes cotisées par un tiers (branche famille pour l'AVPF et FSV pour les périodes de chômage indemnisé) », il convient de rappeler que les trimestres retenus, d'une part pour déterminer le taux plein (conditions d'ouverture du droit au minimum contributif) et ceux retenus, d'autre part, pour calculer le minimum contributif et la part majoré de ce minimum contributif ne sont pas les mêmes. L'AVPF et les périodes assimilées au titre du chômage, notamment, sont retenues pour déterminer la durée prise en compte pour le taux plein et la durée pour calculer le minimum contributif, mais elles ne le sont pas pour le calcul de la part majorée de ce minimum contributif.

Chapitre XII

Le suivi des précédentes recommandations

II – La situation des UGECAM

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

S'agissant des précédentes recommandations relatives aux UGECAM, il semble utile de souligner l'ampleur des améliorations engagées depuis le précédent rapport. La création d'une direction nationale et le resserrement du pilotage devrait en effet permettre d'accélérer les processus engagés : finalisation de l'avenant à la COG, révision du périmètre des UGECAM, amélioration de la gestion.

La CNAMTS a très fortement porté l'utilisation de la méthodologie d'élaboration des dossiers de clôture des comptes applicables aux autres organismes et des plans de maîtrise socles s'appliquant aux fonctions support, tout en enrichissant le dossier de clôture. Elle a également engagé une analyse systématique des projets d'activité et des projets immobiliers des établissements, ce qui a d'ailleurs conduit à la fermeture d'une maternité.

Cette politique s'exerce dans le cadre de tarifs qui sont en moyenne inférieurs à ceux des autres établissements privés non lucratifs, les tarifs des hôpitaux publics étant en moyenne supérieurs de 52% à ceux des établissements du groupe UGECAM.

III - Le retrait de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes de base du régime général de sécurité sociale

REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (ACOSS)

Tout d'abord, s'agissant des modalités de nomination et de retrait de fonctions des directeurs et des agents comptables des organismes de base, il apparaît nécessaire de clarifier le droit et les procédures applicables. La direction de l'Agence centrale partage les analyses de la Cour concernant l'extension des dispositions applicables à l'assurance maladie à l'ensemble du régime général. Elle ajoute que celles-ci doivent également être analysées en ce qu'elles permettraient une gestion plus forte des dirigeants de la sécurité sociale. Les changements envisagés devraient ainsi permettre de construire des parcours professionnels pour ces cadres dirigeants et la conduite, par les caisses nationales, d'une politique active de gestion des ressources humaines pour ces catégories spécifiques d'agents au bénéfice à la fois de la performance des institutions et du développement professionnel des agents.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAVTS)

La CNAVTS adhère à la recommandation de la Cour concernant la nécessité de clarifier le cadre régissant les conditions de cessation de fonction des directeurs et agents comptables et, plus largement, de mener une réflexion approfondie sur la nature des liens de subordination concernant ces catégories de personnel.

Concernant la gestion des directeurs d'organismes, l'extension de la portée de l'article L.217-3-1 du code de la sécurité sociale aux trois autres branches serait une première étape, qui permettrait aux directeurs de la CNAF, de l'ACOSS et de la CNAVTS de pouvoir procéder directement au choix et à la nomination, ou à la cessation d'activité le cas échéant, des directeurs de leur réseau, ce qui implique en outre pour la CNAVTS une coordination étroite et une unité de vue avec la CNAMTS, qui dans les faits ne pose pas de problème particulier, comme l'atteste la bonne coopération des deux Caisses nationales sur ces sujets.

La CNAVTS partage la position de la Cour sur le fait que la question de l'attribution du pouvoir disciplinaire devrait être réexaminée de manière à rendre cohérente la gestion des personnels concernés.

Concernant les agents comptables, la situation est sans doute plus complexe. En effet, si leur nomination relève aujourd'hui des mêmes mécanismes que celle des directeurs, leur gestion (évaluation,

individualisation des rémunérations) fait l'objet depuis le protocole de 2005 d'une approche partagée entre le directeur de la caisse nationale et le directeur de l'organisme. La prise en compte de ce dernier acteur dans le cadre de la réflexion sur la gestion des cessations de fonction complexifie encore la problématique, mais serait nécessaire.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES
TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)*

La CNAMTS partage le point de vue exprimé par la Cour des comptes sur le manque de cohérence de procédures juridiques liées sur la cessation de fonction, le retrait d'agrément ou le licenciement des directeurs et agents comptables des organismes.

En effet, il convient de noter que la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie confie désormais d'importantes prérogatives au directeur général de la CNAMTS en matière de nomination des directeurs et des agents comptables des organismes du réseau, comme de fin de fonction. Aussi, il serait sans doute utile de préciser les compétences du directeur général nécessaires pour engager l'ensemble des mesures disciplinaires à l'encontre des directeurs d'organismes, y compris la mise en œuvre d'une procédure de licenciement.

IV - La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES
TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)*

S'agissant de la gouvernance de la branche AT-MP et de la coordination entre acteurs nationaux, s'il est vrai qu'en 2005, un plan santé au travail et une convention d'objectifs et de gestion pour la branche ont été adoptés de manière concurrente, l'Etat et la CNAMTS ont bien pour objectif d'améliorer la coordination, notamment grâce à la COG ATMP 2009-2012.

En ce qui concerne le niveau régional, la COG ATMP doit prévoir des objectifs communs aux DRTEFP et aux CRAM. Par ailleurs, la CNAMTS développe une politique dont le but est d'amener les CRAM à étendre et enrichir des partenariats opérationnels avec les services inter-entreprises de santé au travail, les organismes de formation professionnelle et les réseaux d'IPRP (Intervenants en prévention des risques professionnels).

Le projet de rapport évoque enfin la création des comités régionaux de la prévention des risques professionnels. L'articulation de ces nouvelles structures avec les Observatoires régionaux de santé au travail (ORST) mériterait certainement d'être approfondie.

En terme de suivi statistique, et suite à la convention d'échange de données entre la CNAMTS, l'Etat et l'INVS, des progrès ont également été enregistrés dans la coordination des opérateurs.

En matière de tarification, je vous confirme ma volonté de passer de la réflexion à la mise en œuvre d'une simplification de la tarification actuelle pour la rendre plus incitative à la prévention. J'insiste sur la nécessité de sécuriser sa gestion au vu du développement des contentieux du fait d'employeurs qui contestent les procédures ayant abouti« à des imputations sur leur compte.

S'agissant de la réparation, je partage l'avis formulé par le projet de rapport de la Cour selon lequel les modalités de révision des tableaux mériteraient d'être revisitées.

Le tableau 57, « affections péri-articulaires », principal tableau des troubles musculo-squelettiques (plus de 70% des maladies reconnues), n'ayant fait l'objet d'aucune modification significative depuis les années 1990, est générateur de difficultés de mise en œuvre dans le réseau et source d'iniquité de traitement.

C'est la raison pour laquelle, le directeur des risques professionnels de la CNAMTS a insisté auprès des directions du ministère pour mettre au programme de travail de la commission ad hoc du conseil supérieur de prévention des risques professionnels (CSPRP) la révision de ce tableau. La modification du tableau 57 permettrait, comme le souligne la Cour, au système complémentaire de reconnaissance de dégager les ressources pour assurer l'instruction de pathologies non décrites par les tableaux (alinéa 4).

En ce qui concerne l'indemnisation, le renforcement de la capacité du réseau (CPAM, service médical, service social, services prévention) à repérer les personnes susceptibles d'éprouver des difficultés sérieuses de retour à l'emploi est une priorité qui fait, dès à présent, l'objet d'expérimentations et qui suppose quelques modifications de textes dont j'ai saisi le Directeur de la sécurité sociale.

REPONSE DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (INVS)

Il nous semble que le projet de rapport ne rend pas suffisamment compte de l'avancement des travaux réalisés pour permettre l'élaboration d'un outil centralisateur, notamment ceux menés par l'INVS, ni des dernières conclusions de la missions IGAS-INSSE établies lors de la réunion d'une commission des suites.

Pour répondre à la mission que lui a confiée la Loi relative à la politique de santé publique du 9 Août 2004, (Article 15, alinéa 6), l'INVS a, dans un premier temps, réalisé un état des lieux des systèmes d'informations existant dans les principaux régimes de sécurité sociale et des besoins en

informations relatives aux risques sanitaires en milieu professionnels des acteurs potentiels de la réparation et de la prévention.

Dans une deuxième étape, l'INVS a initié une étude test portant sur des échantillons de données individuelles des trois principaux régimes disposant d'informations centralisées : régime général, régime agricole et régime spécial des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers. Des partenariats ont été formalisés par des conventions signées ou en cours de signature et les fichiers ont été fournis par les régimes de sécurité sociale fin 2007.

Par ailleurs la commission des suites précitée s'est réunie le 15 avril 2008 en présence de tous les acteurs, dont l'INVS. Elle s'est félicitée de l'amélioration des collaborations établies et des synergies qui en ont résulté. A l'issue de cette commission il est apparu que certaines des recommandations du rapport de la mission IGAS-INSEE, en particulier les différentes pistes préconisées, demandaient un approfondissement.

V - L'examen du dispositif spécifique prévu pour les victimes de l'amiante

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

S'agissant des conséquences des expositions professionnelles passées relatives à l'amiante, la Cour souligne à juste titre la nécessité de veiller à l'équité des dispositifs spécifiques mis en place (FCAATA, FIVA) et à leur soutenabilité financière.

En outre, l'importance de l'amiante mis en œuvre par le passé justifie encore des actions de prévention qui constituent des priorités pour le réseau des Caisses régionales et de contrôle pour les DRTEFP.