

RÉPONSES DES MINISTRES

*REponse COMMUNE DU MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS
SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE,
DE LA MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS
DU MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA
FONCTION PUBLIQUE*

Comme chaque année, nous avons accordé une grande attention aux observations et recommandations formulées par la Cour.

Dans le contexte difficile qui affecte la sécurité sociale, dès l'année 2008, nous tenons à rappeler les efforts conduits par les pouvoirs publics et l'ensemble des acteurs du système de santé pour contenir dans les meilleures conditions la progression des dépenses de santé. Comme l'indique le rapport de la Cour, l'évolution en 2008 des dépenses relevant du champ de l'ONDAM (+3,4%) est, après celle de l'année 2006, la plus faible enregistrée depuis près de 10 ans. Le dépassement, même s'il n'a pu être évité, reste limité à 0,6 point soit un montant proche de ce qui a pu être établi par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2008 en amont du débat parlementaire sur le projet de loi de financement pour 2009. Ces résultats nous semblent confirmer une nouvelle fois la validité de l'approche mise en œuvre avec constance depuis plusieurs années et qui repose sur la responsabilisation des différents acteurs. Le Gouvernement est résolu à poursuivre et amplifier de manière volontariste cette politique, plus que jamais indispensable.

Dans ce cadre, nous partageons votre souhait de procéder à une analyse approfondie des causes de la sous consommation récurrente de l'ONDAM médico-social s'agissant du secteur des personnes âgées. C'est la raison pour laquelle nous avons missionné conjointement l'IGAS et l'IGF sur ce sujet. Cette étude est actuellement en cours de réalisation et, au regard de ses résultats définitifs, nous procéderons aux ajustements nécessaires, le cas échéant, dans le cadre de la révision de l'ONDAM 2009 et de la fixation de l'ONDAM 2010 dans le PLFSS pour 2010.

Nous nous félicitons en tout état de cause que la Cour consacre plusieurs chapitres à l'hôpital et à sa performance au moment où la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires entre en application.

La Cour, tout en reconnaissant le caractère positif des chantiers ouverts en direction des établissements de santé, souligne à raison les progrès restant à réaliser pour une généralisation des outils de pilotage. C'est dans cette optique que la nouvelle Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), qui aura notamment pour objet d'amplifier et de diffuser les travaux très utiles réalisés par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), s'est vue attribuer une priorité sur l'accompagnement global des principaux établissements en difficulté financière, devant décliner des contrats de retour à l'équilibre sous

forme de plans d'action opérationnels. Ce pilotage devrait permettre de réduire les écarts de productivité soulignés à juste raison par la Cour et dont la réalisation sera une priorité de l'action des pouvoirs publics et notamment des futures Agences régionales de santé (ARS).

S'agissant du soutien aux investissements hospitaliers, le cadrage du plan Hôpital 2012 tire les enseignements du plan Hôpital 2007 et identifie comme enjeu majeur la recherche de l'efficacité grâce aux restructurations hospitalières et aux réorganisations internes et par une priorité marquée pour les systèmes d'information. Afin de prévenir les risques d'un recours à un endettement excessif, il est exigé des établissements la production d'un plan global de financement pluriannuel. Un outil de suivi qui puisse, au delà du recensement des crédits mobilisés, objectiver la réalisation des objectifs assignés, est en cours de finalisation.

La Cour a également procédé à une analyse approfondie des modalités de mise en œuvre de la T2A et a relevé un certain nombre de difficultés. Il est néanmoins utile de rappeler que le choix de ce mode de financement a globalement répondu aux objectifs attendus, à savoir :

- un financement plus équitable, lié à la production effective des soins, évitant les rentes de situation et rémunérant les établissements sur la base de tarifs détaillés (plus de 2000 en 2009) qui doivent être cohérents par rapport aux coûts constatés ; c'est la même préoccupation d'équité qui a permis de mieux identifier, mieux répartir et mieux contrôler les financements correspondant aux missions d'intérêt général et à l'accompagnement à la contractualisation (MIGAC) ;

- un financement qui permet de mieux accompagner les innovations scientifiques et techniques, notamment grâce à l'instauration d'une liste de médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des tarifs ;

- un financement plus responsable qui a modifié la culture hospitalière en lui imposant un pilotage des recettes et une recherche de l'efficacité. Cette responsabilisation doit trouver sa contrepartie dans une meilleure information des gestionnaires d'établissements, en améliorant leur lisibilité sur l'évolution des modalités de financement et notamment la progression des tarifs et des volumes d'activité pour l'année à venir ;

- un financement qui doit tendre vers l'efficacité, que ce soit dans le domaine du soin ou de l'organisation. Ces progrès sont de nature à améliorer la prise en charge des patients mais également porteurs d'économies pour l'assurance maladie en évitant des dépenses pour des actes ou des prescriptions injustifiés. A ce titre, il convient de développer le recours à des indicateurs de performance notamment dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

En ce qui concerne enfin le service du contrôle médical, nous partageons le constat d'hétérogénéité des pratiques mis en avant par le rapport de la Cour. Il faut néanmoins souligner que ce problème est activement traité par la CNAMTS et nous ne pouvons qu'encourager à la poursuite des efforts engagés qui permettront d'y apporter des solutions à moyen terme. En effet, le pilotage national de ce service a été considérablement renforcé, comme le souligne d'ailleurs le rapport dans sa première partie, notamment par la fusion des services administratifs et médicaux au niveau national. Pour les contrôles de prestations, la CNAMTS met en œuvre, sur la base de ce pilotage renforcé, une politique de gestion des risques et de contrôle nationale. La direction du contrôle contentieux produit ainsi chaque année depuis 2006 un plan de contrôle de plus en plus étoffé qui, sur la base de méthodologies nationales, tend à resserrer les pratiques locales.

S'agissant de la branche retraite, les modalités d'acquisition et de prise en compte de la durée d'assurance sont effectivement devenues plus variées et complexes au fil du temps, avec souvent pour conséquence des incidences sur l'équilibre des régimes ou les droits des assurés. Le Gouvernement partage les objectifs généraux évoqués sur ce sujet par la Cour. Toutefois, certains aspects des problématiques sous-jacentes sont extrêmement délicats : s'agissant par exemple de la règle dite « des 200 heures », la réforme évoquée par la Cour pourrait être très pénalisante, comme elle le souligne elle-même, pour les personnes qui se trouvent dans les situations professionnelles les plus précaires, notamment les temps partiels. Au-delà, le Gouvernement s'attache à améliorer la lisibilité, la cohérence et l'efficacité de ces règles tout en préservant l'équilibre des régimes. Il a ainsi en 2008, d'une part, précisé les modalités d'instruction par les caisses des demandes de régularisation d'arriérés de cotisations (circulaire du 23 janvier 2008) et, d'autre part, revu les conditions dans lesquelles les assurés pouvaient procéder à ces régularisations (décret du 25 août 2008).

Plus spécifiquement sur les majorations de durée d'assurance, le dispositif, comme le souligne la Cour, est appelé à évoluer sous l'effet à la fois des profondes mutations, rappelées par la Cour, que connaissent les carrières des femmes et du nouveau contexte juridique créé par la récente jurisprudence de la Cour de cassation de février 2009. En effet, le droit européen ne permet plus de réserver ce dispositif aux femmes. Le Gouvernement procédera à ce réexamen avec un triple objectif : respecter les obligations juridiques découlant notamment de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme ; préserver au maximum les droits à retraite des mères de famille, notamment celles qui sont proches de la retraite ; éviter enfin toute dégradation de l'équilibre financier des régimes concernés. Eu égard à l'impact de ce dispositif sur la retraite des femmes, une telle réforme, qui sera vraisemblablement mise en œuvre dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, suppose que soit conduite préalablement une

concertation avec les partenaires sociaux, concertation qui a d'ores et déjà été entamée.

Nous prenons acte, par ailleurs, des remarques et propositions de la Cour sur le dispositif de l'assurance vieillesse des parents au foyer. Ce dispositif, créé à l'origine pour assurer des droits à retraite aux mères de familles inactives, a connu une extension croissante d'où il est résulté, inévitablement, une complexité plus marquée. Une réforme de ce dispositif suppose toutefois, en raison de ses interactions avec le système des congés parentaux et un grand nombre de prestations familiales, de s'effectuer dans le cadre d'une approche d'ensemble de la politique familiale ainsi que le souligne la Cour. Le Gouvernement souscrit en particulier à l'objectif de favoriser la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle.

S'agissant des interventions de la branche famille visant l'accompagnement social des familles, le Gouvernement va veiller, ainsi que le précise la nouvelle COG signée le 9 mars 2009 entre l'Etat et la CNAF, à améliorer la lisibilité et plus généralement l'efficacité de la politique des CAF en matière de travail social et des aides financières individuelles. Cette orientation devrait se traduire par l'expérimentation de contrats territoriaux entre les CAF et les conseils généraux et la mise en œuvre d'un socle commun pour le travail social avec l'objectif de déterminer des interventions prioritaires. Le Gouvernement est également soucieux d'un renforcement de la maîtrise des aides financières individuelles par l'amélioration de la complémentarité et la coordination avec les autres partenaires. Ainsi, la branche famille s'est également engagée à renforcer la lisibilité des actions financées par les dotations locales d'action sociale et à harmoniser progressivement d'ici fin 2012 les critères d'attribution des financements.

Nous restons particulièrement vigilants, tout comme la Cour, à tous les aspects relatifs au financement de la sécurité sociale. Comme le rappelle la Cour, le Gouvernement a décidé, suite à des observations passées, de supprimer le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) et de faire reprendre par l'Etat la dette de l'établissement public. Ceci représente un effort de près de 8 Md€ auquel s'ajoute la totalité du produit de la taxe sur les véhicules de société, qui représente plus de 1,1 Md€ affectée de manière pérenne au financement de la branche maladie de ce régime à partir de 2009. Cette réforme a permis de régler la situation de la branche maladie, qui est maintenant intégrée financièrement au sein du régime général.

Le Gouvernement partage le souci exprimé par la Cour sur la bonne coordination dans tous les cas où cela est possible des gestions de trésorerie des différents organismes. Nous sommes en revanche plus interrogatifs sur l'opportunité d'arbitrages entre les positions de court terme de l'ACOSS et

celles de long terme de la Cades. Ceci nous semble aller vers une confusion des passifs qui est justement le point critiqué par la Cour s'agissant de la fixation du plafond de ressources non permanentes des régimes. Nous tenons à rappeler en outre que les conditions de marché auxquelles a accès la Cades ont certes connu des évolutions marquées depuis le déclenchement de la crise financière (très forte baisse des taux, surtout sur le court terme, hausse des « spreads » de taux dans une moindre proportion) mais que la Cades se finance néanmoins à des tarifs similaires à ses homologues européens, notamment le groupe KfW allemand.

En ce qui concerne les dettes entre l'Etat et la sécurité sociale, la Cour souligne les avancées faites en termes de transparence, notamment par l'explicitation de la clé de passage entre d'une part les passifs inscrits dans les comptes de l'Etat et des organismes de sécurité sociale, et d'autre part les montants figurant dans l'état semestriel, qui suit une logique plus proche des principes budgétaires. La Cour indique également les progrès réalisés dans l'exécution budgétaire, que ce soit en cours d'année ou au moment de la levée des crédits mis en réserve. Le Gouvernement entend continuer sur cette voie tant lors de l'élaboration du projet de loi de finances initiale que lors de celle du projet de loi de finances rectificative. La confrontation systématique des prévisions de dépenses budgétaires avec celles des organismes a déjà permis de fiabiliser les hypothèses retenues lors de la préparation de la loi de finances, surtout en ce qui concerne les principales exonérations. Cette démarche sera généralisée pour les autres postes, principalement les prestations prises en charge par l'Etat. Un point plus délicat a trait néanmoins aux nouveaux dispositifs ou à ceux qu'il est prévu de réformer. Ceux-ci peuvent d'une part poser des difficultés de chiffrages a priori et ils peuvent d'autre part donner lieu à des modifications lors de la discussion parlementaire. A cet égard, les dispositions de la loi de programmation des finances publiques en matière d'encadrement et d'évaluation des niches sociales devraient permettre d'améliorer la situation. La loi de finances rectificative doit, pour sa part, permettre dans la mesure du possible de couvrir les insuffisances de l'exercice, compte tenu des informations disponibles au moment de sa préparation et, le cas échéant, d'aider à couvrir au moins en partie les dettes des exercices passés.

Le Gouvernement est également très vigilant sur le rôle central des missions de contrôle assurées par les organismes de recouvrement. Nous avons pris bonne note des observations de la Cour sur la conduite générale du contrôle d'assiette ; celles-ci rejoignent très largement les analyses menées par nos services et par l'ACOSS pour la préparation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la branche recouvrement s'agissant des nécessaires évolutions à apporter à la politique de contrôle des Urssaf laquelle est certes efficace mais a tendance à plafonner en termes de résultats. Ces éléments constitueront un axe majeur de la COG 2010-2013.

Sur le sujet plus particulier du contrôle de l'État employeur, la Cour constate que l'État respecte globalement ses obligations en tant qu'employeur, tant au niveau déconcentré qu'au niveau des administrations centrales. Nous nous réjouissons que la Cour valide la démarche générale entamée, notamment les travaux importants conduits dans le cadre de la mise en place de l'opérateur national de paie. Dans l'intervalle, nous nous attacherons à régler les points particuliers encore signalés par la Cour, lesquels sont certes limités d'un point de vue financier, mais ne sauraient rester non résolus pour des raisons de nécessaire exemplarité de l'État. Ceci concerne en particulier les agents affectés à l'étranger et les personnels militaires pour lesquels des contrôles ont été initiés cette année, à l'initiative de la Cour.

Enfin concernant la présentation des résultats globaux des comptes, les remarques de la Cour ont permis d'avancer sur la définition des agrégats des tableaux d'équilibre. Par souci de lisibilité des déterminants des soldes, il est souhaitable que la présentation des tableaux d'équilibre de la loi de financement de la sécurité sociale soit identique avec celle retenue par la Commission des comptes de la sécurité sociale intégrant ces modifications. Pour garantir une totale transparence à la Cour, lui sont désormais transmises non seulement cette présentation, mais également la présentation comptable souhaitée ainsi qu'une explication du passage entre les deux.

En termes de gestion, l'optimisation de l'organisation et du fonctionnement des organismes de sécurité sociale appelle, comme le souligne le rapport, de poursuivre les démarches et les opérations permettant d'améliorer les performances de ces organismes.

De manière générale, nous partageons les préoccupations de la Cour concernant la nécessité de faire progresser la gestion des ressources humaines au sein des réseaux, notamment sur les sujets touchant à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. La COG conclue entre l'État et l'UCANSS, mentionnée dans les recommandations et signée le 1^{er} juillet dernier, témoigne de cette ambition partagée avec les caisses nationales.

Il ne nous a pas échappé, par ailleurs, que la mobilité des agents de direction constitue une question essentielle dans les enjeux de gestion des réseaux. Ce sujet fait partie d'un chantier plus global sur le mode de gestion des agents de direction, qui sera mené dans les mois qui viennent, aux fins notamment de mieux articuler les enjeux d'évolution des réseaux et ceux d'une gestion dynamique des parcours professionnels des agents de direction.

*REPONSE DU MINISTRE DE L'ALIMENTATION, DE L'AGRICULTURE
ET DE LA PÊCHE*

Le projet de rapport qui doit être publié en septembre comporte trois développements qui appellent des observations de ma part :

- la situation du fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA),
- le réseau d'alerte,
- le contrôle médical effectué par la mutualité sociale agricole (MSA).

Sur le premier point et s'agissant du FFIPSA, la loi de finances 2009 et la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2009 ont réalisé une réforme coordonnée et d'ensemble du financement du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, composée d'un volet financier et d'un volet institutionnel.

Le volet financier représente un effort très important (9 milliards d'euros) consenti par l'Etat pour apurer les dettes du FFIPSA et pour jeter les bases d'un nouveau financement pérenne pour la branche maladie du régime avec l'affectation de l'intégralité de la taxe sur les véhicules de société (1,2 milliard d'euros attendus en 2009).

L'affectation de cette recette fiscale supplémentaire accompagne la mesure d'intégration financière de la branche maladie des exploitants agricoles au régime général à compter de 2009, tout comme l'étaient déjà auparavant la branche famille des exploitants agricoles et le régime des salariés agricoles depuis 1963. Cette opération se traduit concrètement par le versement d'une dotation de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) afin d'assurer l'équilibre financier global de la branche maladie des non-salariés agricoles.

Le FFIPSA est donc supprimé à compter du 1er janvier 2009, ses droits et obligations sont transférés à la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) qui se voit confier l'autorisation légale d'emprunt pour couvrir ses besoins de financement.

L'existence d'un fonds spécifique dédié au financement du régime ne se justifiait plus avec l'intégration de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles à la CNAMTS. Le FFIPSA, au demeurant, en ne reprenant pour l'essentiel que des écritures comptables de la CCMSA, ne contribuait pas particulièrement à la lisibilité de la situation du régime.

Ainsi, la disparition du fonds répond-elle aussi à une rationalisation des règles de gouvernance comptables et financières recommandée par la Cour dans de précédents rapports.

Comme le souligne la Cour, la question du déséquilibre structurel de la branche vieillesse des non-salariés agricoles reste, néanmoins, en suspens. La reprise des dettes du FFIPSA par l'Etat permet de réduire les charges financières de la branche (14 millions d'euros prévus en 2009 contre 123 millions d'euros un an plus tôt), mais le passif de financement, à défaut de recettes supplémentaires, se reconstituerait pour atteindre près de 6 milliards d'euros en 2013.

Dans une lettre du 6 octobre 2008 adressée au Président du Conseil central d'administration de la MSA, le Premier ministre a affirmé l'engagement du Gouvernement à trouver prochainement des réponses au déficit structurel de la branche vieillesse en rappelant que l'objectif premier était d'apurer les dettes accumulées du FFIPSA. Le Gouvernement a réitéré, en outre, cet engagement devant les parlementaires, lors de la présentation du projet de la LFSS pour 2009.

La Cour considère, par ailleurs, que les modalités de reprise des dettes du FFIPSA ayant conduit à un solde excédentaire de 371 millions d'euros ne tenaient pas suffisamment compte des exigences de tenue d'une comptabilité en droits constatés. Elle estime que cette situation aurait été évitée si le transfert de la dette avait été opéré après l'arrêté des comptes 2008 du FFIPSA.

J'observe cependant que les conditions de ce transfert ont été fixées par la loi de finances pour 2009 et qu'elles ont été dictées par l'exigence prévue par la loi de supprimer effectivement le FFIPSA au plus tard le 31 décembre 2008.

S'agissant du second point consacré au réseau d'alerte, et s'agissant de la récupération des prestations indues, le ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche rejoint les préoccupations de la Cour sur la nécessité d'améliorer la rapidité de recouvrement des indus et d'homogénéiser les procédures de gestion des caisses dans un souci d'efficacité mais aussi d'équité de traitement entre les assurés.

Ces objectifs, selon lui, impliquent la définition de pratiques nationales de référence pour améliorer la réactivité et la rigueur des organismes dans le suivi des impayés, la mise en œuvre des procédures de recouvrement et leur enchaînement. Le ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche estime que les conditions d'échelonnement des paiements des indus et de remises de dettes doivent également faire l'objet d'un encadrement national renforcé avec la définition de règles formelles et adaptées à la situation économique des débiteurs.

Le dispositif de contrôle interne de la caisse de MSA du Limousin

Le MAAP prend acte des observations de la Cour sur le dispositif de contrôle interne de la caisse de MSA du Limousin. Si, comme le souligne la Cour, le déploiement du dispositif a été contrarié par la constitution de la caisse régionale, il importe, sans plus tarder, que l'organisme parachève la mise en place du contrôle interne et le rende pleinement opérationnel.

La mise en œuvre du dispositif pourra être vérifiée dans le cadre d'un audit institutionnel programmé cette année. Ces travaux seront réalisés par la direction de l'audit interne de la CCMSA, créée en juillet 2008 et dont la fonction s'inscrit dans le dispositif du contrôle interne institutionnel, les

processus de certification et de validation des comptes et les pouvoirs de contrôle de la caisse centrale qui ont été renforcés par la LFSS pour 2008.

Le programme de travail 2009 de cette direction prévoit l'audit de trente quatre caisses ou fédérations de caisses de MSA dans le but de vérifier la conformité, l'efficacité et l'efficience des processus de management des risques, de contrôle et de pilotage.

Les coûts de gestion

Le ministère partage l'analyse de la Cour selon laquelle les coûts de gestion de la Fédération des caisses de MSA de Haute-Normandie sont impactés par l'inachèvement du processus de fusion des deux caisses constitutives.

Le MAAP considère que la future caisse régionale devra adopter des modes de gestion efficaces, adaptés à son activité et générateurs de gain de productivité.

De même, s'agissant de la caisse de Marne - Ardennes -Meuse, le MAAP rejoint l'analyse de la Cour selon laquelle la lourdeur des coûts de gestion de la caisse est liée à ses modes d'organisation et de gestion. L'organisme a défini fin 2007 un plan de retour à l'équilibre à échéance 2010. Il estime, de manière générale, que la restructuration du réseau de la MSA doit se traduire par des économies substantielles dans les fonctions de production avec la spécialisation de sites, ce qui nécessite une réorganisation du travail, des outils informatiques adaptés, la mobilité du personnel, mais aussi un appui méthodologique de la Caisse centrale.

Sur ce dernier point, le MAAP considère que la mise en œuvre de sites spécialisés suppose que la Caisse centrale puisse, dans le cadre d'une gouvernance qui a été renforcée, proposer aux caisses locales des modèles organisationnels permettant de concilier gains de productivité et qualité de service.

En ce qui concerne le troisième point, la Cour considère que les services de la MSA n'atteignent pas une taille critique suffisante pour permettre une mutualisation des moyens efficace, ni favoriser la spécialisation des médecins conseils.

Pour des raisons de tailles d'effectifs (plus de 2 300 praticiens pour le régime général fin 2007, 260 pour le régime agricole), le MAAP estime qu'il est difficile d'organiser les services médicaux de la MSA sur le modèle du régime général avec la spécialisation des praticiens par pôle d'activité : contrôle des prestations, contrôle contentieux, organisation du système de soins, relations avec les professionnels de santé et prévention.

La pertinence d'une telle organisation pour la MSA doit aussi être évaluée au regard des assurés du régime agricole qui représentent une part réduite de la patientèle des professionnels de santé et du rôle prépondérant du

régime général dans l'organisation du système de soins et les relations avec les professionnels de santé.

L'organisation et les actions des services médicaux de la MSA doivent, par ailleurs, être adaptées aux caractéristiques de la population agricole et du monde rural. A ce sujet, la MSA a su développer des actions reconnues en matière de prévention, d'éducation thérapeutique et d'offre de soins en zones rurales. Ces actions témoignent de compétences et d'une capacité d'innovation des services de contrôle médical dans le domaine de la santé.

RÉPONSES DES ORGANISMES

PREMIÈRE PARTIE – LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2008

Chapitre I Les résultats et le financement des déficits

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

Concernant l'extension à l'ensemble des régimes obligatoires de base de l'objectif d'optimisation de la gestion financière de court terme, l'Agence centrale rappelle qu'elle est prête à agir en ce sens au bénéfice des dits régimes et d'autres intervenants de la protection sociale obligatoire. Elle est ainsi désormais habilitée par la loi (article 33 de la LFSS 2009 créant deux articles L. 225-1-3 et L.255-3 du code de la sécurité sociale) pour intervenir dans ce domaine.

Concernant la distinction dans la LFSS entre besoin de trésorerie et résultat déficitaire, il n'appartient pas à l'Agence centrale de se prononcer sur des éléments nécessitant une réforme organique. Si une telle évolution était envisagée, le conseil d'administration de l'ACOSS serait amené néanmoins à rendre un avis sur des dispositions de cette nature.

Concernant la présentation en loi de financement des déficits prévisionnels, cette recommandation ne paraît pas concerner directement l'ACOSS. L'Agence centrale rappelle toutefois que de telles dispositions ne semblent pas relever du domaine législatif. Un état annexé et une annexe à la LFSS de l'année présentent des éléments de cette nature, les services de l'Agence centrale contribuent à ces travaux afin d'apporter les informations nécessaires.

Chapitre II L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

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

La Cour note à juste titre que l'ONDAM 2008 a été calculé à partir d'une base 2007 sous évaluée pour la médecine de ville et, pour l'ONDAM hospitalier, à partir d'une base de référence 2007 surévaluée. La surévaluation de cette base de l'ONDAM hospitalier est à ce jour estimée à 216 M€

La CNAMTS dispose pour l'instant de peu d'éléments lui permettant de calculer les économies réalisées sur l'ONDAM hospitalier. L'impact des actions de maîtrise médicalisée menées par l'Assurance Maladie en direction

des établissements de santé est estimé à 71 millions d'euros. Les actions de régulation tarifaire sur les médicaments inscrits sur les listes n'engendreront des économies significatives qu'en 2009.

S'agissant des soins de ville, les économies réalisées sont estimées à environ 2,3 milliards répartis en 890 millions de franchises, 483 millions de maîtrise médicalisée et 700 millions d'effets report sur 2008 des mesures engagées en 2007, à la suite notamment de l'intervention du Comité d'alerte.

Chapitre III

Les contrôles effectués sur l'Etat employeur

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

L'Agence centrale considère que les URSSAF ont été amenées, dans des cas d'espèce, à appliquer la procédure prévue par les textes et à retenir l'interprétation prévue par la législation. Tel est le cas de l'interprétation retenue pour les indemnités forfaitaires de déplacement départemental dont le caractère forfaitaire n'a pas été remis en cause dans le cadre des actions conduites.

La Cour souligne que l'assujettissement des différents éléments d'assiette à l'ensemble des cotisations et contributions sociales dues relève principalement des modalités d'interprétation de la réglementation par l'administration. L'Agence centrale partage cette analyse. Elle est prête, en lien avec les tutelles, à analyser les modalités adaptées de coopération afin de faciliter la bonne application des textes.

Concernant l'absence de redressement à l'issue des contrôles assurés par la Cour des comptes, l'Agence centrale souligne que des procédures adaptées de recouvrement pourraient être prévues pour permettre de garantir l'encaissement effectif des montants dus. Elle souligne en outre que des pouvoirs spécifiques d'investigation pourraient être prévus afin que les spécificités de l'Etat ne puissent conduire, eu égard à l'absence d'intervention des magistrats de la Cour des comptes, à limiter la portée des actions de contrôle.

Chapitre IV

Le réseau d'alerte

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

- *Sur les difficultés momentanées dans la branche famille* : Au cours de la période 2005-2008 la branche famille a globalement réussi à tenir ses engagements en matière de relation de service dans un contexte d'augmentation de la charge de travail. En effet ces dernières ont augmenté de façon significative malgré une faible progression du nombre d'allocataires sur la même période.

Si les deux premières années de mise en œuvre de la COG 2005/2008 ont été marquées par une progression significative des résultats en matière d'engagements de service d'une année sur l'autre, l'année 2007 a, à l'inverse, mis en évidence une dégradation par rapport à l'année précédente. Il en est de même pour l'année 2008 et le début d'année 2009. Cette dégradation doit cependant être relativisée. Bien que les résultats de certains organismes se soient situés en deçà des objectifs fixés par la COG et bien que le socle d'engagements de service n'ait pas été respecté sur l'ensemble des mois, il a été globalement tenu par la branche en 2007 en moyenne sur l'année, ainsi que sur l'année 2008.

Les temps d'attente à l'accueil ont été améliorés avec un pourcentage d'allocataires reçus en moins de 20 minutes passant de 91% en 2004 à 93% en 2006, pour revenir à 92% en 2007 et 92,5% en 2008, alors que l'objectif minimum à atteindre était de 85%.

Le taux d'appels téléphoniques traités est passé de 86% en 2004 à plus de 90% en 2006, pour revenir à 89,6% en 2007 et 90,6% en 2008.

Les objectifs de délais de traitement ont été également atteints. Le pourcentage des demandes traitées dans un délai maximum de 15 jours a été de 93,8% en 2006 et de 91% en 2007 et 2008, alors que l'objectif minimum fixé par la COG était de 85%. Celui des demandes relatives aux minima sociaux est passé de 95,9% en 2004 à 98,2% en 2006 pour revenir à 97,2% en 2007 et 2008.

Cette sensible dégradation des résultats sur les années 2007 et 2008 trouve notamment des explications dans l'augmentation des charges de travail des caisses ainsi que la mise en place de grands projets qui ont modifié la répartition des charges sur l'année.

L'année 2007 a été marquée par une augmentation des charges de travail par rapport à 2006, et une période de forte difficulté notamment sur les périodes d'été. En 2008, des difficultés ont également pu être observées plus particulièrement sur la fin d'année, en lien avec l'augmentation des charges

dues à la campagne ressources, qui ont modifié la répartition des charges de travail des caisses sur la fin d'année, ainsi que les travaux préparatoires à mise en place du projet RNB et les opérations de recertification des NIR.

Cependant malgré cette nouvelle répartition des charges, les résultats moyens relatifs aux engagements de service respectent les objectifs COG notamment grâce à une mobilisation de l'ensemble du réseau qui a dû mettre en place des mesures d'organisation exceptionnelles, telles que la mise en œuvre d'heures supplémentaires ou la réduction temporairement de l'offre de service offerte aux allocataires afin de traiter dans des délais corrects les dossiers des allocataires.

- *Sur la maîtrise des risques et du contrôle interne* : ce thème est accentué dans la nouvelle COG 2009-2012 afin d'avoir une meilleure connaissance des causes et origines des indus. La Cnaf procédera d'ailleurs à l'actualisation d'une enquête qui avait été initiée en 2001 sur les indus qui permettra d'avoir une meilleure politique de contrôles.

Par ailleurs, un diagnostic des informations disponibles et mobilisables en permanence sur les indus va être réalisé en vue de déterminer les besoins nouveaux de connaissance sur les indus et mettre à niveau le cas échéant nos outils informatiques en particulier Cristal.

- *Sur le rapport coût qualité* : la branche famille se situe aujourd'hui dans un contexte qui la conduit à devoir développer les démarches de contrôle de gestion et de pilotage de ses performances. Comme tous les services publics, elle doit mieux justifier de ses coûts et de sa performance de gestion, mieux mobiliser ses marges de manœuvre.

La COG 2009- 2012 prévoit, dans son article 32, que « dans cette perspective, la branche s'engage à développer les démarches de contrôle de gestion ». Elle précise « La Cnaf accompagne cette démarche en assurant une animation institutionnelle afin de faciliter l'appropriation des fonctions d'aide au pilotage par les organismes et afin qu'elles soient assurées de façon plus homogène ».

Le développement de la mutualisation constitue un levier d'amélioration de la performance tant sur le plan économique que sur le plan de la qualité et de la continuité du service. Sur la base des études et d'un bilan des expérimentations menées sur la période de la COG 2005/2008, l'enjeu de la nouvelle COG 2009-2012 sera d'en réaliser la mise en œuvre, en axant dans un premier temps la mutualisation des six fonctions et activités suivantes : l'édition, la numérisation, la gestion de la paye, les achats, le contentieux, le traitement des prestations aux travailleurs migrants.

- *Sur la situation dégradée dans certaines caisses* : la Cnaf, suite aux charges exceptionnelles enregistrées fin 2008-début 2009, au sein du réseau des CAF, a décidé de mettre en œuvre un « atelier de régulation des charges », chargé d'aider les CAF rencontrant des difficultés dans

l'écoulement de leur charge de travail. Ce dispositif, placé sous le pilotage direct de la Cnaf, organise une réponse collective aux difficultés que connaît le réseau, et a pour objectif d'assainir la situation des caisses les plus concernées par une tension sur les charges de travail.

Ainsi les caisses dans lequel des stocks importants sont enregistrés depuis une longue période, pénalisant de fait les allocataires, seront aidées par les ateliers de régulation des charges (ARC) qui sont répartis dans 37 caisses (dites CAF aidantes). Ce dispositif qui devrait permettre d'aider à la résolution des difficultés, est couplé avec la mise en œuvre, par les CAF concernées par cette aide, des mesures structurelles destinées à permettre un retour durable à une situation normale. Un bilan sera tiré à la fin 2009 pour envisager la pérennité d'un tel dispositif au vu des résultats.

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

La Cour souligne à juste titre les évolutions engagées dans le réseau de la branche maladie et les gains de productivité réalisés. A cet égard, le mouvement de fusions des caisses s'est poursuivi au long de l'année 2009, 47 conseils sur 48 caisses concernées s'étant à ce jour prononcés en faveur de la fusion.

Le rapport évoque plus spécifiquement l'hypothèse d'une limitation de la durée de fonction des directeurs d'organismes. J'estime tout à fait intéressante l'hypothèse de mandats à durée limitée. La politique de gestion des agents de direction menée dans la branche maladie depuis quatre ans correspond d'ailleurs à la recherche d'une plus grande mobilité des agents de direction des caisses. Elle devrait toutefois s'accompagner d'une négociation conventionnelle permettant de préciser les conditions de mise en œuvre. (...)

Enfin, sur le pilotage des CGSS, le rapport souligne la fragilité de ces organismes et relève certains points d'amélioration. Il souligne également les avancées relatives à la mise en place d'un suivi national spécifique aux CGSS. Le soutien aux CGSS est effectivement une préoccupation de la CNAMTS. C'est ainsi que des actions d'appui spécifique ont été mises en place : notamment un plan d'action destiné à faciliter les conditions de l'arrêté des comptes à la suite du mouvement social de 2009 et un soutien ad hoc pour l'appropriation des outils informatiques comptables. La mise en place de la mission de coordination des caisses nationales, positionnée à la CNAMTS depuis la mi-2008, a également permis la mise en place d'un suivi interbranche. Le suivi des effectifs et des consommations budgétaires est ainsi d'ores et déjà centralisé.

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

L'Agence centrale prend acte des différents éléments soulevés par la Cour. Elle sera amenée, au regard des rapports communiqués sur chaque URSSAF vérifiée, à analyser avec les organismes les actions adaptées à conduire. Elle souhaite toutefois tempérer les analyses de la Cour s'agissant des analyses relatives au dispositif de contrôle interne et aux audits et vérifications conduits au sein de la branche. Elle rappelle que les équipes de certification de la Cour ont pu constater la pertinence de celles-ci. Par ailleurs, concernant les recommandations formulées s'agissant des caisses générales de sécurité sociale, l'Agence centrale les partage. Une telle approche ne pourrait être menée que par une action conjuguée des caisses nationales en lien avec les tutelles.

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (CCMSA)

Je n'ai pas de remarque à formuler sur les éléments d'appréciation rapportés par la Cour au terme des contrôles effectués en 2008, dans le cadre du réseau d'alerte, au sein de cinq caisses et fédérations MSA.

Je souhaite néanmoins souligner auprès de la Cour que le projet institutionnel de restructuration du réseau sera achevé le 1^{er} avril 2010. A cette date, toutes les fusions de caisses auront été réalisées et le réseau MSA sera ainsi constitué de 35 caisses (33 pluri départementales et 2 départementales).

Les composantes du réseau seront des entreprises de taille suffisante pour assumer leurs missions et répondre aux exigences d'optimisation de la performance du régime agricole.

Le processus de reconfiguration du réseau ayant été engagé depuis plusieurs années, nous enregistrons d'ores et déjà une diminution du coût moyen de gestion des caisses et constatons que la dispersion autour de cette moyenne a été réduite.

La CCMSA a par ailleurs initié une réflexion sur la mutualisation de certaines activités, notamment celles concernant de petits volumes ou nécessitant une expertise spécifique. Les premières expérimentations devraient débiter au second semestre 2009.

REPONSE DE LA MSA MARNE ARDENNES MEUSE

Concernant les coûts de gestion, il est certain que le maintien d'activités sur les trois sites départementaux justifie un coût supplémentaire que d'autres Caisses de même envergure, situées sur un seul département, ne supportent pas.

Même s'il est vrai que des solutions d'économies ou de partage de locaux notamment doivent être encore recherchées, encore doit-on veiller à ce que ces processus de rationalisation restent compatibles avec le souci de maintenir une « proximité départementale ».

La difficulté qu'a rencontrée la caisse pour parvenir à un coût de gestion rapidement amélioré tient plus à la structure de ses emplois et à l'ancienneté de son personnel, bénéficiant pour beaucoup de mesures favorables résultant de conventions collectives ultérieures, notamment dans le cadre de la rémunération de leur ancienneté.

Un accord d'entreprise signé en 2003 a permis de faciliter le départ de personnels anciens au cours des exercices 2004 à 2008. De plus, un Plan de Retour à l'Équilibre des comptes a été voté par le Conseil d'Administration pour la période 2008 /2010 sur proposition de la Direction Générale. Ces actions, indépendamment des économies à rechercher encore dans une rationalisation éventuelle de nos structures, ont permis de baisser régulièrement les coûts de gestion de la Caisse depuis 2004 (...).

*REPONSE DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SECURITE SOCIALE (CGSS)
DE LA MARTINIQUE*

- Sur l'appui apporté par les caisses nationales : la mission de coordination nationale gère en effet de nombreux projets visant à la mutualisation des ressources inter et intra CGSS. Il convient de retenir certains projets phare pour les prochaines années : mise en place d'une comptabilité analytique visant une meilleure connaissance des coûts par processus (projet piloté par la CGSS Guyane), mise en place d'une plateforme de services (PFS) et d'une GRC inter branche (logiciel de gestion de la relation client) avec option de mutualisation (projet piloté par les CGSS de Martinique et Guyane), la mise en place d'un dispositif de lutte contre la fraude commun à l'ensemble des branches (projet piloté par la CGSS Guadeloupe), l'harmonisation budgétaire (projet inter branche piloté par la CNAMTS) et proposition de mise en place de PRA (Plans de Reprise d'Activité) pour les CGSS (projet piloté par la CNAMTS).

- Sur les recommandations et notamment l'intervention des caisses nationales dans la nomination et la sanction des agents de direction, responsables de branche : une telle orientation, dans la mesure où elle touche directement au management des directeurs d'organismes, aggraverait les difficultés de coordination à l'intérieur des CGSS et nous ferait régresser sur la cohérence de l'offre de service de la sécurité sociale, toutes branches confondues pour un client unique.

*REPONSE DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SECURITE SOCIALE (CGSS)
DE LA GUADELOUPE*

- *Sur les résultats globaux insuffisants* : il est effectivement patent que les résultats de la CGSS de la Guadeloupe sont en retrait des moyennes nationales et que les progrès quand même accomplis régulièrement chaque année dans toutes les branches nous laissent en décalage par rapport aux caisses de métropole, dont les indicateurs continuent à s'améliorer à un rythme rapide.

Mais de notre point de vue, l'exercice de la comparaison devrait être nuancé tant l'histoire des CGSS et leur organisation diffèrent de celles des caisses de métropole. Nous l'acceptons sur la qualité de service, au titre de l'égalité de traitement des assurés sociaux dans l'ensemble national, mais moins dans les performances de gestion qui sont plus difficiles à placer dès maintenant au niveau des caisses de métropole les comptes et le contrôle interne. (...)

- *Sur les comptes et le contrôle interne* : c'est avec raison que la Cour relève la présence encore dans les comptes des CGSS d'écritures du régime agricole à régulariser de concert avec les Caisses Nationales. Il s'agit là d'un dossier très ancien révélateur de la complexité de la gestion des opérations comptables et financières génératrice à l'époque de confusion (écritures antérieures à 1995). Révélateur surtout du délai très long que subit un dossier qui exige une coordination de toutes les caisses nationales. Il s'est enfin conclu dans les comptes 2008 et 2009.

- *Sur la productivité* : pour une juste appréciation des effectifs de la branche maladie et leur productivité dans les CGSS, il conviendrait pour la comparaison avec les CPAM d'enlever les effectifs de la mission URCAM et CRAM et d'intégrer le paramètre « nombre de cmuistes et données liées à la précarité » dont la gestion est plus lourde. Le résultat du ratio s'en trouverait alors amélioré d'autant.

- *Sur la question de la gouvernance et du pilotage national* : de notre point de vue, au-delà des situations particulières de certaines d'entre elles dont en particulier la nôtre, il nous apparaît bien qu'il faille analyser de façon générale la problématique de gestion des CGSS et développer des solutions pour toutes. En effet, nombre de difficultés résultent de la structure même des CGSS, de leur complexité, des relations verticales qu'elles entretiennent avec les Caisses Nationales, parfois au détriment de la cohérence interne et sans toujours exploiter au mieux la mutualisation des moyens.

Cette problématique est désormais bien identifiée au niveau de la Direction de la Sécurité Sociale et des caisses nationales, comme en témoigne la mise en place de la mission de coordination qu'il convient effectivement de renforcer et d'élargir le champ de mission. Il faut des solutions de pilotage, des solutions techniques pour décloisonner les branches et des solutions plus « politiques » sur l'avenir des CGSS ; un sujet de réflexion

dont s'est emparé le Conseil d'Administration de la CGSS Guadeloupe, à l'occasion de l'examen de cette présente réponse. Les administrateurs ont retenu d'en faire l'objet d'un Conseil d'Administration spécial.

*REPONSE DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SECURITE SOCIALE (CGSS)
DE LA GUYANE*

J'attire l'attention de la Cour sur les limites de l'appréciation de la performance des CGSS par une comparaison avec la « moyenne métropole » insuffisamment nuancée. En effet la comparaison des données brutes ignore le contexte social, source de contraintes non négligeables et de perturbations récurrentes quant au fonctionnement des organismes et à la construction objective de leurs performances.

Cette comparaison ne tient pas compte non plus de ce que les données sociales induisent une différence structurelle entre les fichiers gérés par les CGSS et ceux des organismes de l'hexagone. Or en branche maladie comme en branche retraite l'on observe une inversion du poids relatif des traitements réputés complexes.

(...) A titre d'exemple, en assurance maladie, en métropole, le poids des bénéficiaires de la CMUC pour CNAMTS- MSA- RSI - est égal à 5,8 % de la population alors qu'il est égal à 31,8 % dans les départements d'outre mer. Pour la CGSS Guyane plus précisément, le poids cumulé de la CMUC – 67 036 bénéficiaires- et de l'AME -19 037 bénéficiaires- représente 54,21 % du fichier de la population protégée au 31/12/08 au titre du régime général et du régime agricole.

S'agissant de la branche retraite, au 31/12/2008, les bénéficiaires des allocations supplémentaires représentent 3,1 % des prestataires dans les GRAM et 35,7 % des prestataires dans les CGSS. S'y ajoutent les reconstitutions de carrières plus nombreuses et plus complexes que dans le contexte hexagonal.

En ce qui concerne le recouvrement des cotisations, la CGSS Guyane développe sa mission dans un tissu économique fragile. Les entreprises de 0 à 9 salariés représentent 88,23 % du fichier. En Guyane, les dirigeants de ces petites entités ne disposent pas toujours des moyens de maîtrise suffisants du fait notamment de l'absence de structures de gestion.

La collecte des cotisations doit être étayée par une démarche d'accompagnement adaptée aux difficultés structurelles comme à la complexité réglementaire propre aux départements d'outre mer. La mise en place et l'application des textes spécifiques tels la LOOM, la LOPOM et bientôt la LODEOM induisent pour les CGSS un surcoût d'activité ainsi que des contre-performances, inhérentes au temps d'adaptation des outils informatiques, et à la complexification globale découlant de la gestion et du contrôle concomitants des réglementations nationales et particulières.

Sur les adaptations de gouvernance proposées : la Cour préconise l'intervention accrue des caisses nationales dans la désignation et surtout la sanction des agents de direction responsables de branches.

Les agents de direction, les agents comptables exceptés, travaillant sous délégation et autorité des directeurs, une telle disposition ne me semble pas susceptible ipso facto de conforter la cohésion interne, ni de porter solution aux problématiques de fonds.

*REPONSE DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SECURITE SOCIALE (CGSS)
DE LA REUNION*

- *Sur le taux de réussite global du CPG maladie* : à la Réunion, le taux de réussite global a été pénalisé par un indicateur, « l'indice de satisfaction des assurés sociaux » (6,8), qui représentait à lui seul 30% du score de l'axe service. Cet indicateur subit chaque année une évolution aléatoire, tant le lien entre son résultat et la qualité de service réelle est difficile à établir, d'autant que l'opinion des sondés sur une branche est influencée par les relations multi-branches qu'ils ont avec la CGSS. (...)

- *Sur le taux de réussite global du CPG retraite* : ces résultats insuffisants sont principalement liés au basculement dans « Outil Retraite » en 2006. Ce nouvel outil de production, difficile et long à maîtriser, comme cela a également pu être constaté en métropole, a fait chuter la performance, antérieurement satisfaisante, de la branche Retraite de la CGSS Réunion.

Plusieurs handicaps se sont ainsi cumulés :

- des difficultés de prise en charge de l'outil, en raison d'une formation insuffisante des personnels, liée à l'éloignement (...);
- une assistance métropolitaine qui n'a pu se déployer que fin 2006 et au premier trimestre 2007 ;
- des dossiers retraite plus lourds à liquider qu'en métropole, en raison notamment de la complexité et de la lenteur des reconstitutions de carrière, d'une proportion plus importante (40 %) des avantages non contributifs ;
- des problèmes d'adaptation du réseau informatique aux flux générés par les nouveaux applicatifs se traduisant pendant plusieurs mois par des lenteurs, voire des interruptions, des transactions.

- *Sur les performances de la branche recouvrement* : la Cour note que ces constats concernent particulièrement le recouvrement amiable et celui auprès des travailleurs indépendants. Force est de constater que les objectifs attachés à la politique nationale de recouvrement amiable ne sont pas adaptés au contexte réunionnais.

Les taux de retour des tableaux récapitulatifs, des revenus TI/RSI, des contrats justificatifs d'exonération et l'importance des taxations d'office qui

en découlent, marquent le peu d'empressement des cotisants à remplir spontanément leurs obligations. Cette situation oblige a contrario à affecter des moyens importants au contentieux du recouvrement. (...)

De même, les différences liées aux textes ou dispositifs spécifiques aux DOM rendent encore plus difficiles ces comparaisons. Par exemple, la métropole bénéficie du système centralisé du CESU, alors que, parallèlement, les CGSS doivent prendre en charge le TTS sur leurs moyens propres et à l'aide d'outils informatiques inadaptés. C'est ainsi que la mobilisation importante des moyens que nécessite à la Réunion la gestion du TTS (plus de 50 % des bénéficiaires des DOM), et ce, au détriment d'autres secteurs d'activité, a largement contribué à la dégradation de la performance globale depuis 2005. (...)

Chapitre V

L'organisation de l'hôpital

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

La Cour montre bien que l'amélioration de la situation financière des hôpitaux publics nécessite une action continue sur l'organisation et l'amélioration de la productivité globale des établissements, sans d'ailleurs se limiter aux établissements les plus en difficulté. Le constat est partagé par la CNAMTS.

Ces analyses confortent la CNAMTS dans sa volonté d'agir pour une plus grande efficacité des établissements de santé. C'est dans ce but qu'elle a produit en 2008 un outil destiné au repérage des établissements en difficulté financière.

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE BELFORT - MONTBÉLIARD

- *Sur la question de l'évolution des effectifs non permanents* : La remarque de la Cour de Comptes concerne 154 postes depuis 2002, dont 60 % ont été créés et financés par le niveau national dans le cadre des plans de santé (mise aux normes et recommandations). Les 62 postes restants (40 %), financés par le CHBM après accord de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, concernent des actions incontournables (développement de la qualité, équipe projet de construction du nouvel hôpital, informatique, restructuration de la téléphonie).

Le Centre Hospitalier reconnaît donc que les postes visés par la remarque de la Cour des Comptes ne correspondent effectivement pas à une augmentation d'activité. Il convient néanmoins de relever que ces postes ont reçu l'aval de l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Dès 2005, la courbe de la variation des effectifs s'est inversée.

Années	Variations des effectifs
2002-2003 *	+ 0,31%
2003-2004 *	+ 2,86%
2004-2005 *	+ 3,54%
2005-2006 *	+1,13%
2006-2007 **	+0,51%
2007-2008 **	-0,7%

* Effectifs IFSI et Psychiatrie compris dans le budget Hôpital H

** Effectifs IFSI et Psychiatrie hors budget Hôpital H

Par ailleurs, il convient d'observer, comme c'est le cas dans les grands hôpitaux de court séjour, que l'activité de MCO représente une part très importante de l'activité globale du Centre Hospitalier et concentre la majorité des moyens médicaux et paramédicaux.

Or, si l'on se réfère à la Banque des Données Hospitalières de France (BDHF), lesquelles ont été calculées sur la base de la SAE (statistiques annuelle des établissements) au titre de l'année 2007 et diffusées par la Fédération Hospitalière de France, on observe :

- une sous-dotation du centre hospitalier de 9% en personnel de soins pour son activité MCO par rapport au niveau national.

- une sous-dotation du centre hospitalier de 18% en personnel médical pour son activité MCO par rapport au niveau national.

Par conséquent, le centre hospitalier ne saurait être cité en illustration d'un établissement « ayant recruté sans tenir compte de son activité ». (...)

- *Sur les difficultés de recrutement et leurs conséquences coûteuses*

Le Centre Hospitalier concède une seule situation d'abus qui se limite à des appels entre 18h30 et 20h. Dès qu'elle a été relevée, cette situation a été traitée. Les conséquences financières réduites de ces appels sont telles qu'elle ne sauraient suffire à illustrer une problématique nationale d'autant que le Centre Hospitalier a été le premier établissement de la région en 2008 à imposer au corps médical une forfaitisation de l'enveloppe de la permanence des soins, ce qui a garanti la maîtrise du budget.

L'année 2009, concernée par le rapport, ne permet donc plus de citer le Centre Hospitalier, les situations ayant déjà été traitées en 2008.

- *Sur la question de l'utilisation des blocs opératoires*

Le centre hospitalier fait remarquer que la valeur cible en matière de taux d'occupation est toujours atteinte et même dépassée sur plusieurs mois (cf tableau ci-dessous). Le centre hospitalier s'est d'ailleurs inscrit dans une démarche exemplaire dans la réorganisation de ses blocs opératoires (de 3 sites opératoire (blocs), le centre hospitalier est passé à 2 pour Belfort et Montbéliard).

Le projet de construction du nouvel hôpital permettra de finaliser cette démarche en passant de quatre plateaux techniques publics et privés à un seul dans le futur hôpital partagé.

Année 2008	avr	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	Déc
Tx d'occupat° blocs	78,53	77,12	77,26	77,97	74,74	75,46	78,56	83,13	75,56

Année 2009	janv	févr	mars	avril
Tx d'occupat° blocs	79,66	80,10	74,08	80,17

Heures d'ouverture des blocs opératoires :

Si la cible n'est pas atteinte malgré les efforts importants de réorganisation du centre hospitalier, il convient néanmoins de rappeler la particularité de l'établissement, à savoir son fonctionnement bi-site et donc la présence de deux sites opératoires.

Sur ce point, en attendant la construction du nouvel hôpital, il est rappelé l'impossibilité de regrouper les deux sites opératoires (Belfort et Montbéliard) sur un seul site du fait de la présence d'un Service d'Accueil et d'Urgence (SAU) sur chaque site. Cette impossibilité s'explique également par le fait que le regroupement de l'activité de chirurgie sur un seul site se traduirait par le doublement du plateau technique de ce site, ce qui nécessiterait 2 à 3 ans de travaux, pendant lesquels il faudrait réduire l'activité de moitié.

Enfin, la Mission ministérielle d'appui 2007-2008 n'a pas préconisé le rassemblement des deux sites opératoires dans ses conclusions.

Pour ces raisons, le Centre Hospitalier est activement mobilisé dans la conduite de son projet de construction d'un nouvel hôpital qui lui permettra de largement dépasser les objectifs nationaux.

Par conséquent, le Centre Hospitalier ne saurait être cité en illustration d'un établissement éloigné des valeurs cibles pour les blocs opératoires.

REponse DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN

- *Sur les difficultés de recrutement et leurs conséquences coûteuses* : en ce qui concerne les recrutements dans certains métiers, les difficultés de recrutement sont réelles pour certaines spécialités médicales dont notamment la radiologie et la rééducation fonctionnelle.

Face à cette situation, le centre hospitalier de Montauban a travaillé en réseau sur son territoire de santé sur différents domaines. Une fédération commune des urgences a été constituée avec le CHIC de Castelsarrasin-Moissac, avec notamment le partage de postes médicaux. Une convention de

prise en charge de l'ORL a été signée avec la clinique du Dr Cave. Une convention a été signée avec la clinique du Pont de Chaume sur la prise en charge des urgences vasculaires.

Le développement des coopérations avec le CHIC de Castelsarrasin-Moissac s'est concrétisé par le partage de temps médical entre les deux établissements en oncologie, en neurologie, et en gynécologie-obstétrique.

En ce qui concerne la radiologie, pour laquelle de réelles difficultés sont toujours rencontrées, suite à la démarche engagée par l'ARH dans le cadre du SROS d'imagerie, une démarche est formellement engagée avec les radiologues privés du secteur de Montauban pour les modalités de leur participation à la permanence des soins en radiologie.

*REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE
(CHRU) DE LILLE*

Pour ce qui concerne la productivité du CHRU de Lille dans le domaine des soins, l'IGAS, dans son rapport RM 2007-116A, soulignait la performance du CHRU de Lille : « le ratio du personnel non médical pour 5 millions d'euros de recettes dans les services cliniques est relativement performant par rapport à la moyenne des établissements ». Concernant le personnel médical, la mission de l'IGAS soulignait « une productivité importante ».

Quant à l'enseignement, le ratio personnel hospitalo-universitaire par étudiants et internes formés est parmi les plus faibles de France, témoignant de la sous-dotation en personnels hospitalo-universitaires du CHRU de Lille. Pour ce qui concerne la recherche, le CHRU de Lille figure parmi les CHU les plus performants en termes de score des publications ramené au personnel médical (calculé par le logiciel « SIGAPS » retenu par la DHOS, résultats confirmés par les premières analyses de l'A.E.R.E.S qui expérimente un projet de référentiels d'évaluation de la formation et de la recherche des CHU).

Quant à la mention « un même établissement peut offrir à la fois des images spectaculaires et volontiers reproduites par les médias de « lits de couloir » aux urgences et une ambiance de grand calme quelques étages au-dessus », elle ne concerne pas, à mon sens, le CHRU de Lille : le taux d'occupation dans les services aigus est en moyenne de 88,7 % en 2008, ce qui pose de réelles difficultés dans la gestion des lits d'aval à certaines périodes de l'année.

Enfin, sur le paragraphe portant sur les « corrélations entre résultats, dépenses et recettes », il est noté : « Pour les établissements en difficulté, il sera ainsi de meilleure méthode de chercher à réduire les dépenses que de vouloir augmenter l'activité, sauf à prévoir de le faire à coûts maîtrisés et sans préjudice du fait que les prévisions d'augmentation d'activité s'avèrent souvent peu réalistes ». Pour ce qui concerne le CHRU de Lille, la

convergence vers l'équilibre financier résulte d'une stratégie combinant rationalisation des organisations, valorisation et croissance d'activité. Le bilan 2008 de la mise en œuvre du contrat de retour à l'équilibre financier de l'établissement démontre que la cible d'augmentation d'activité était réaliste : de fait, elle s'est basée sur les besoins de santé de la population de la région. C'est bien l'augmentation de l'activité, combinée à une valorisation plus juste des missions distinctives (grâce, notamment, à l'évolution nationale du financement des MERRI) mais aussi les actions de réorganisation interne, qui ont permis à l'établissement de réduire significativement en un an son déficit, le ramenant à moins de 1 % des produits d'exploitation. La poursuite de ces actions doit permettre au CHRU de Lille d'atteindre l'équilibre financier en 2010.

REPONSE DES HOSPICES CIVILS DE LYON (HCL)

- *Sur l'adéquation des moyens à l'évolution de l'activité* : la Cour considère que le manque d'anticipation des établissements de santé sur les évolutions prévisionnelles d'activité s'est traduit par des décisions d'investissements inappropriés entraînant des surcapacités.

Les délais afférents aux grands projets immobiliers sont avérés, pour des motifs qui tiennent aux difficultés inhérentes à ces opérations, aux problèmes de gestion des établissements, comme aux contraintes particulières du code des marchés publics. Ainsi, un délai de 10 ans peut s'écouler entre une décision d'investissement et la mise en production d'investissements neufs, par exemple pour l'Hôpital Femme Mère Enfants ouvert en 2008.

Or, durant une telle période, le contexte financier et réglementaire, de même que la structuration régionale de l'offre de soins, peut profondément évoluer. Les règles tarifaires ont ainsi fortement bouleversé les équilibres des HCL, du fait du passage à la tarification à l'activité (T2A) pour le secteur MCO. L'environnement sanitaire a également été modifié, avec la reconfiguration des cliniques lyonnaises ou les autorisations d'extensions capacitaires ou d'équipements lourds dans des établissements périphériques, prises par les autorités sanitaires.

Pour autant, il convient de rappeler que dans cet environnement exigeant, l'activité des HCL a progressé dans la période 2001-2008 de 14,5 %.

Durant cette même période, le potentiel en lits MCO des HCL a en revanche baissé de 9,1 %. Cette évolution paradoxale (baisse de la capacité et augmentation d'activité) témoigne d'une productivité accrue des soins, rendue possible par une baisse importante de la durée de séjour. La DMS étant d'ailleurs en 2008 inférieure à la DMS cible nationale.

- *Sur le cloisonnement de l'hôpital* : la Cour indique que les Hospices Civils de Lyon ont « pris beaucoup de retard dans la rationalisation de leurs activités de leurs équipements et de leurs fonctions support ».

Or, au cours des années récentes, les HCL ont procédé à la fermeture de 3 sites hospitaliers (hôpital de l'Antiquaille en 2003, Fondation Mangini Gensoul en 2004, hôpital Debrousse en 2008). Le site de l'Hôtel-Dieu est en cours de fermeture d'ici fin 2010. Les activités sont par ailleurs regroupées sur des sites uniques. Ainsi la maternité et les services de pédiatrie médicale et chirurgicale de l'hôpital Edouard Herriot ont été regroupés sur le site de l'Hôpital Femme Mère Enfants. Ces opérations de restructuration d'activité portent à ce jour, et pour ces seules opérations majeures, sur plus de 770 lits.

S'agissant des fonctions médico-techniques ou supports, la même logique de regroupement est à l'œuvre. Ainsi, le paysage des laboratoires de biologie a profondément évolué aux HCL. Le nombre d'unités de production est passé de 72 unités, réparties sur 10 sites et dans 35 bâtiments différents en 1999, à 45 réparties sur 5 sites et dans 9 bâtiments différents en 2009. Les opérations de mise en place d'une stérilisation centrale et d'une unité centrale de production alimentaire sont désormais bien engagées, après diverses péripéties liées, notamment, à des refus de permis de construire.

Dans le cadre du projet d'établissement 2009-2013, les HCL confirment cette stratégie, en favorisant le regroupement des blocs opératoires (passage de 41 à 24 blocs) et de salles d'opération (passage de 123 à 107 salles) et en systématisant le recours à des partenariats pour le financement d'équipements lourds. (...)

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE PAU

Dans un contexte de financement à l'activité, un ratio de personnel par lit se révèle aujourd'hui inadéquat, si on ne le confronte pas, notamment, au taux d'occupation des lits, à l'indice du poids moyen du cas traité ou encore à la durée moyenne de séjour de prise en charge.

A ce titre au centre hospitalier de Pau, les indicateurs de performance DMS en chirurgie et médecine sont au-delà de la médiane nationale. L'indicateur en matière de DMS en obstétrique est moins favorable au CH de Pau ce que peut expliquer son niveau III de prise en charge des cas complexes en situation de recours. (...)

Je regrette également l'absence de mention relative au décompte du temps médical pris en compte dans cette étude. En effet, considérer que l'intégralité du temps de travail des effectifs médicaux est consacrée à la prise en charge des patients en hospitalisation (notion de lit) néglige le développement des activités externes (consultations, explorations fonctionnelles, plateau technique) qui sont une part importante de l'activité des praticiens. Des établissements disposant d'un plateau technique développé sont dès lors pénalisés dans le ratio considéré. Seul le temps dévolu à l'activité d'hospitalisation aurait dû être considéré pour la constitution du ratio.

Chapitre VI

Plan hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers

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

La CNAMTS partage le constat de la Cour relatif à l'engagement d'opérations d'investissement parfois importantes, sans évaluation préalable du retour sur investissement et de la capacité des établissements à financer les surcoûts résultant de ces opérations. Ce défaut d'analyse préalable dans le lancement des opérations a, en effet, pu se révéler très préjudiciable pour la situation financière des établissements.

REponse DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) DE DIJON

- *Sur l'opération de restructuration, « le Bocage central »* : je crois, en premier lieu, qu'il est indispensable d'ajouter que cette situation était inévitable, avec le choix de privilégier le financement par recours à l'emprunt des investissements lourds consentis par les Hôpitaux. En effet, le montant de 129 M€ mentionné porte bien sur des crédits d'exploitation et ne couvre que le coût du loyer de l'argent sur une période en outre limitée.

Quant à la progression du coût de l'opération, là aussi constatée partout ailleurs, il importe de signaler d'abord que les entreprises en capacité de réaliser des opérations de ce type sont au nombre de trois en France, pour le gros œuvre (lot majeur), et que le nombre d'appels d'offres simultanés a contribué mécaniquement à faire monter les prix ; ce phénomène a été amplifié, pour tous les corps d'état sur tous types de chantiers, par la reconstitution des marges des entreprises du BTP, profitant des circonstances de cette période bénéfiques pour elles.

Dès lors, l'évolution des indicateurs que vous pointez à juste titre était inévitable, renforcée par une évolution de l'ONDAM très contrainte intervenant à une période où nous ne bénéficions pas encore des retours sur investissement d'opérations immobilières destinées à nous donner plus d'efficacité. Enfin, il faut redire que le retard apporté au lancement de cette opération pénalise d'abord le centre hospitalier universitaire qui doit assumer deux sites de court séjour ; un financement plus précoce aurait évité d'une part l'envolée du montant de l'investissement, et d'autre part, la dégradation de notre situation budgétaire.

*REPONSE DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION (ARH)
DU HAVRE*

- *Sur le pôle femme-mère-enfant (PFME) du CH du Havre* : l'ARH n'a jamais validé la prévision d'activité de l'établissement de 4 000 accouchements, compte tenu effectivement de l'organisation de la prise en charge obstétricale sur le territoire du Havre prévue dans le SROS 2006-2011.

Le plan de redressement en cours du CH du Havre tire les conséquences tant de la situation financière de l'établissement que du PFME-urgences. Ainsi, ce plan prévoit notamment la fusion des équipes de brancardage en une équipe centralisée, une activité de radiologie centralisée, la non ouverture du bloc chirurgical pédiatrique et son intégration au fonctionnement du bloc chirurgical du site Jacques Monod. Comme prévu dans le plan de redressement, le fonctionnement du PFME-urgences se fera effectivement selon le principe à « activité constante, effectifs constants ».

Il faut rappeler que cette opération « pôle-femme-mère-enfant-urgences » permet de supprimer un site d'accouchements, un bloc opératoire inefficace, de restructurer en les agrandissant comme nécessaire les urgences adultes et pédiatriques et d'y installer des lits d'hospitalisation de très courte durée et une unité pour adolescents, et de développer des activités supplémentaires d'hémodialyse à la place des urgences adultes.

Chapitre VIII

Le contrôle médical

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

La CNAMTS partage le constat de la Cour d'une nécessaire rénovation des ententes préalables mais considère qu'il n'est pas souhaitable d'en limiter trop fortement le champ ni de se limiter à une politique de contrôle uniquement centrée sur les professionnels de santé libéraux atypiques par le biais des mises sous accord préalable. En effet, l'entente préalable, si elle n'est pas exclusive d'autres modes d'action, représente un outil de régulation important qu'il convient de préserver en le ciblant de façon plus appropriée.

Elle réaffirme son opposition à la suppression du contrôle a priori de l'admission des assurés en ALD. Cette mesure lui paraît contraire à la nécessité de la régulation des dépenses comme aux intérêts de ses assurés.

Il convient par ailleurs de souligner que l'assurance maladie a engagé en 2009 un plan de révision des protocoles ALD médicalisé, ciblé et organisé, visant en priorité les quatre pathologies dont la prévalence est la

plus forte et pour lesquels la prise en charge semble éloignée des référentiels de la HAS (diabète, HTA, maladie coronaire, Alzheimer).

La CNAMTS partage l'opinion de la Cour sur la nécessité de développer la dématérialisation des données entre les professionnels de santé et le service du contrôle médical. Elle travaille à la mise en place d'actions destinées à pallier ces inconvénients : le déploiement du protocole de soins électronique, le déploiement des avis d'arrêts de travail dématérialisés, la dématérialisation des ententes préalables.

Enfin, comme pour les autres professionnels de santé, la CNAMTS reconnaît la nécessité, mise en évidence par ses travaux ainsi que ceux de la Cour, de réduire les hétérogénéités de pratiques qui peuvent être constatées au sein du contrôle médical, en favorisant notamment le développement de référentiels médicaux et en précisant, en tant que de besoin, les textes relatifs aux droits des assurés.

Chapitre IX

Les centres d'examens de santé

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

Concernant les centres d'examen de santé j'ai pris connaissance avec la plus grande attention des propositions formulées. Je souhaite toutefois mettre l'accent sur les évolutions qui ont été initiées depuis 2006, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion signée avec l'Etat. Ainsi, le pilotage des CES a été renforcé, un dispositif de remontée opérationnelle ayant été mis en place au cours du premier trimestre 2009. Il permettra notamment la modulation des dotations sur la base de critères d'efficience et d'activité. Par ailleurs, les centres d'examen de santé ont été recentrés, conformément à la COG, sur le suivi des publics les plus précaires. Ils sont également engagés dans de nouvelles missions d'éducation thérapeutique. 600 patients ont déjà adhéré à ce nouveau dispositif.

REponse DU CENTRE TECHNIQUE D'APPUI ET DE FORMATION DES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE (CETAF)

Les missions des CES ont évolué dans le cadre d'orientations redéfinies en 1992, 2003 et 2006, tant en ce qui concerne leurs activités que les publics visés par ces activités. La nécessité d'avoir des pratiques harmonisées concernant le contenu et la réalisation de l'EPS a été prise en compte au début des années 1990 avec l'élaboration d'un « guide de recommandations ». Les CES ont été les premiers professionnels à mettre en œuvre des pratiques s'appuyant sur un référentiel de pratiques. Avec la HAS est entrepris un travail de refonte et d'actualisation de ce guide en un référentiel de pratiques, garantissant que le contenu de l'EPS repose sur des

actions dont l'efficacité est documentée dans des études de bon niveau de preuve. Fin 2009, la qualité des activités des CES sera garantie par une certification ISO 9001.

Renforçant et précisant leurs missions dans la COG 2006-2009, l'État et l'Assurance Maladie ont orienté l'activité des centres autour des thématiques suivantes :

- le développement de la prévention à l'attention des populations précaires,
- le soutien du médecin traitant pour la prise en charge des pathologies chroniques : notamment à travers une offre en éducation thérapeutique et en éducation en santé,
- la recherche d'une meilleure qualité et d'une plus grande efficacité,
- la participation à des études de santé publique.

Sur le plan opérationnel, l'offre de médecine des CES s'inscrit dans une approche globale de la prévention, comme concept général de la gestion des risques, comme méthode systématique de minimisation de ces risques allant de l'individuel au collectif grâce à la promotion de la santé. Pour ce faire, la réalisation d'un EPS, le soutien du médecin traitant pour l'éducation thérapeutique, l'éducation en santé et la participation à des études de santé publique pour les CES, ne se conçoivent qu'en lien avec le contexte et l'offre de soin disponible sur le territoire de ces centres.

Leur suppression, ou leur transformation en Centres de santé, accentuerait le bouleversement sociétal que notre pays a connu depuis une trentaine d'années qui conduit à des pertes de repères mais, surtout, à des inégalités croissantes d'offre et de qualité de soins et plus encore à des inégalités d'accès à la prévention. (...)

En lien direct avec les médecins traitants, les CES peuvent contribuer à les accompagner dans des tâches ou interventions difficilement réalisables en cabinet ou au cours d'une consultation, à savoir celles relatives à l'éducation thérapeutique ou l'éducation en santé.

Alors qu'en 2003, l'IGAS pointait « la crise de la médecine préventive » et plaidait pour une prévention mieux ciblée et mise en œuvre par des actions pluridisciplinaires, la suppression des CES ou leur transformation en centres de santé accentuerait encore le retard que la France peut avoir en matière de prévention. Toutefois, sans les voir disparaître, ou sans les voir intégrer le champ du curatif, il est envisageable qu'ils puissent consacrer une partie de leur temps « aux soins » pour des actions de vaccinations et d'éducation thérapeutique à plus grande échelle. (...)

Chapitre X

Les contrôles d'assiette des URSSAF

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

L'Agence centrale prend acte des remarques formulées par la Cour. Elle entend apporter l'ensemble des évolutions nécessaires. S'agissant des recommandations formulées par la Haute Juridiction, l'Agence centrale entend y donner les suites nécessaires dans les conditions exposées ci-après.

L'explication et la hiérarchisation de la démarche ainsi que l'assignation d'objectifs doivent ainsi être renforcés. Le niveau régional apparaît effectivement comme l'échelon pertinent de pilotage des actions, comme le soulignent les actions en cours. L'analyse des risques doit également être renforcée préalablement à la conduite des actions de contrôle. La dynamique de contrôle est enfin, comme le souligne la Cour, inséparable d'une politique renforcée de gestion des ressources humaines.

S'agissant des finalités assignées à la politique de contrôle, quatre finalités sont recensées et identifiées : sécuriser le financement du système de la protection sociale, préserver les droits des salariés, contribuer à la garantie d'une saine concurrence, et accompagner la complexité de la réglementation.

Ces finalités sont connues au sein de la branche et donnent lieu à une communication interne et externe dans le bilan annuel du contrôle. Ces finalités tendent à concilier deux éléments : la lutte contre l'évasion sociale et l'action en faveur du civisme des cotisants (« compliance »). Cette approche conduit à déterminer un équilibre entre les objectifs de sécurisation et de répression.

Aussi, la COG 2006-2009 a-t-elle assigné quatre grands objectifs à la fonction contrôle : être présent auprès d'un nombre accru de cotisants, ouvrir de nouveaux champs en matière de contrôle, sécuriser le contrôle des grandes entreprises dans le cadre de la nouvelle organisation, et renforcer la lutte contre le travail illégal. Ses objectifs et leur déclinaison opérationnelle ont été présentés aux URSSAF. Un premier bilan de la mise en œuvre de la COG 2006-2009 montre que cette dernière a fait évoluer le contrôle d'assiette de manière notable :

- en dissociant les modalités de contrôle selon les risques : le risque « dit faible » en termes d'enjeux financiers est dorénavant appréhendé par le biais du contrôle sur pièces. Un nouveau métier, celui de contrôleur du recouvrement, a été créé pour obtenir une meilleure adéquation des ressources selon le risque encouru ; le métier de contrôleur avec son fondement juridique, sa formation, son dispositif d'agrément a été non seulement défini mais déployé sur l'ensemble des organismes pendant la période conventionnelle ;

- en privilégiant la sécurisation des enjeux financiers majeurs de la branche avec la procédure de gestion en lieu unique, obligatoire pour les très grandes entreprises (+ de 2 000 salariés) et très incitative pour les grandes entreprises entre 250 et 2 000 salarié. L'évolution des modes de gestion des grandes et très grandes entreprises a une composante importante de facilitation des relations (interlocuteur unique) mais vise aussi à assurer un contrôle uniforme sur l'ensemble du périmètre de ces entreprises, pour des raisons de sécurisation juridique et de maîtrise de l'assiette sociale ; il s'agit de mettre fin ainsi au reproche justifié de positions parfois divergentes au sein des mêmes entreprises, lors de contrôles de différents établissements par différentes URSSAF ; au surplus, en cas d'enjeux particulièrement sensibles, les très grandes entreprises sont inscrites au plan national de contrôle avec une procédure harmonisée de prise de position ;

- en élargissant de manière significative le champ du contrôle, afin tout d'abord d'assurer l'égalité de traitement secteur public/secteur privé (les services déconcentrés de l'Etat font désormais l'objet d'un plan national visant à les intégrer progressivement dans les procédures de contrôle) ; afin, ensuite, d'assumer et de concrétiser dans des délais raisonnables la prise en charge de nouvelles missions confiées à la branche sur le contrôle des cotisations de l'assurance chômage, ce projet ayant nécessité une adaptation des systèmes d'information de très grande ampleur.

- en renforçant le professionnalisme des équipes de contrôle : la politique de perfectionnement sur les mesures nouvelles complexes et sur l'extension du champ du périmètre de vérification a été très soutenue pendant la période conventionnelle (épargne salariale, loi TEPA, extension des missions sur l'assurance chômage...) et extrêmement réactive avec la mise en place de référents régionaux et locaux formés rapidement ; en outre une politique de formation pour les nouveaux managers contrôle entrant en fonctions est déployée de manière pérenne ; enfin l'évolution des missions assumées par le corps de contrôle a nécessité la définition d'une procédure homogène de développement professionnel sur l'ensemble de la branche, qui a pu se concrétiser au 1^{er} semestre 2009 avec la signature d'un protocole d'accord dans le cadre de l'UCANSS.

- en dotant les agents de contrôle d'outils communs et normalisés, comportant des socles de motivation juridique des différents chefs de redressement, des feuilles de calcul, et des imprimés préétablis.

La COG 2006-2009 a ainsi requalifié et quantifié les axes de la politique de contrôle de la branche en l'assortissant à chaque fois de mesures de pilotage et d'accompagnement en termes de professionnalisme des acteurs et d'adaptation des outils.

Le constat de la Cour sur l'absence de doctrine en matière de contrôle mériterait donc d'être nuancé. Pour autant, les marges de progrès identifiées sont à investir. L'ACOSS partage l'avis de la Cour sur de nombreux points

relevés et notamment celui de l'hétérogénéité des résultats, qui démontre que le pilotage n'est pas assuré de manière suffisamment homogène et la supervision souvent insuffisante.

La formalisation d'orientations nationales pour 2009 s'est inscrite dans ce bilan des forces et des faiblesses de la COG. Elle a pour fonction de corriger à court terme un certain nombre de ces faiblesses. Il a ainsi été décidé de mieux encadrer les modalités d'intervention des inspecteurs sur le domaine de la sécurisation juridique, en particulier s'agissant de la vérification des nouvelles mesures : la loi TEPA introduit en effet (comme d'ailleurs la réduction Fillon) des zones de risques quasiment « généralistes » et d'une complexité entraînant des possibilités fortes d'interprétations erronées. L'homogénéité des pratiques doit donc être garantie dans un contexte délicat. Ces orientations prévoient en outre l'expérimentation de nouveaux types de ciblage, visant par exemple les entreprises atypiques au regard des pratiques d'exonération, ciblage qui implique une contribution de la fonction statistique à l'analyse du risque préalable à la planification. Ces travaux sont également issus des échanges intervenus avec la Cour dans le cadre de la procédure de certification des comptes : les engagements pris dans ce cadre ont été, à ce stade, respectés. Enfin, le plan national 2009 a recentré l'approche du contrôle des très grandes et grandes entreprises sur quelques secteurs d'activité, de manière à renforcer encore la contribution de la branche à la garantie d'une saine concurrence entre les entreprises.

Parallèlement, l'ACOSS a décidé de renforcer dès 2009 le suivi des résultats, en particulier dans un cadre infra-annuel. Elle s'est d'ailleurs dotée d'un tableau de bord approfondi de suivi de la fonction contrôle, tableau qui sera enrichi des orientations à venir dans la prochaine COG et des travaux en cours sur l'adaptation des indicateurs du contrôle. Elle a également réuni début juin 2009 les présidents de Commission régionales contrôle et l'ensemble des responsables de contrôle, afin de partager l'analyse des résultats 2008 et de définir des axes de progrès dès l'année 2009.

De nombreuses recommandations et préconisations de la Cour sont l'objet des réflexions actuellement menées par l'ACOSS et le réseau, dans le cadre de la préparation de la COG 2010-2013. Ainsi l'ACOSS partage les deux principales recommandations émises par la Cour, relatives d'une part à la poursuite du renforcement du management des équipes de contrôle - afin d'améliorer tant la productivité que la qualité des contrôles et de mieux objectiver les parcours professionnels - et d'autre part à l'adaptation du cadre de pilotage et de gouvernance. Naturellement, ces évolutions correctrices envisagées doivent s'inscrire dans la poursuite d'une politique équilibrée entre les finalités évoquées au début du présent propos.

Sur le premier point, trois axes apparaissent essentiels.

- Tout d'abord, la normalisation des pratiques professionnelles assise sur des références méthodologiques et des outils nationaux, qui doit

permettre à la fois de sécuriser les agents de contrôle sur leurs modes d'intervention, et de renforcer la supervision des managers, avec la mise en œuvre d'outils de révision des procédures.

- Ensuite, le renforcement nécessaire de la productivité du contrôle, dans un contexte d'accroissement du périmètre des assiettes vérifiées et de complexité croissante de la réglementation, qui implique d'agir concomitamment dans plusieurs directions, outre le développement de la supervision précédemment évoqué : meilleure adéquation entre temps de contrôle et importance des risques observés, renforcement du ciblage des risques dans le processus d'investigation, développement d'outils adaptés, en particulier pour l'analyse comptable.

- Enfin, le contrôle interne du contrôle qui doit être développé. Il doit s'appuyer sur les normes professionnelles évoquées plus haut, intégrer nécessairement une dimension de prévention du risque de fraude, et permettre d'apporter des garanties supplémentaires aux organismes tiers pour le compte desquels les organismes de recouvrement assurent une mission de contrôle.

S'agissant de l'adaptation du cadre de pilotage et de gouvernance, l'ACOSS considère, sans préjudice des évolutions de l'organisation du réseau susceptibles d'être envisagées dans le cadre de la prochaine COG, qu'un pilotage renforcé du contrôle doit être mis en place sur une base pluri-départementale, et le plus souvent régionale, avec un agent de direction dédié à cette mission dans chacune des zones territoriales. Cette évolution de structure doit permettre également de définir et de mettre en place des tailles d'équipe homogènes, de renforcer la spécialisation sur certains domaines, en particulier la lutte contre le travail illégal, et la pluridisciplinarité des expertises. Une évolution de cette nature ne pourra néanmoins qu'être conduite dans la durée.

Dans ce nouveau cadre, les liens à maintenir et à développer avec les organismes locaux, en amont et en aval des contrôles, viseront au moins autant à prévenir tout risque d'« isolationnisme » des équipes de contrôle qu'à garantir la sécurisation juridique des réponses apportées aux cotisants et l'efficacité des procédures de mise en recouvrement, engagées suite aux opérations de contrôle. Le renforcement de ces liens apparaît d'autant plus important que parallèlement à la réflexion sur l'adaptation du pilotage du contrôle, il est envisagé de développer très fortement dans le cadre de la prochaine COG les actions de type « rescrit social », menées au plus près de la déclaration et en amont du contrôle sur place.

L'Agence centrale entend donc poursuivre ses actions au cours des prochaines années pour renforcer l'efficacité, la qualité et la pertinence des contrôles d'assiette assurés par les URSSAF.

REPONSE DE L'URSSAF DU LOT ET GARONNE

L'URSSAF d'Agen partage l'analyse de la Cour sur le fait que l'activité de contrôle comptable d'assiette mobilise en moyenne moins de la moitié de l'effectif théorique.

La diversité des missions dévolues au corps de contrôle (lutte contre le travail dissimulé, prévention et sécurité juridique, opérations de communication,...) amène à cette dispersion des ressources au-delà du contrôle proprement dit.

Une réflexion mériterait d'être engagée à l'avenir sur la priorisation des objectifs assignés au corps de contrôle ainsi que sur les ressources nécessaires à leur réalisation. (...)

- Sur le « *taux de contrôles blancs* » : l'URSSAF d'Agen rappelle sa réserve sur l'utilisation de cet indicateur comme révélateur d'une bonne politique de ciblage. Le taux relativement élevé de contrôles blancs de notre organisme s'explique par trois grands facteurs :

- une politique bien ancrée de prévention des risques et de sécurité juridique des cotisants ;

- le taux de rotation des contrôles élevé dans le département, ce qui amène les entreprises du Lot-et-Garonne à voir régulièrement l'URSSAF, et donc à se mettre en conformité sauf cas de récidive patente.

- enfin, les inspecteurs sont invités à faire preuve de tolérance quand les redressements sont de faibles montants par rapport à la taille de l'entreprise.

De manière plus globale, la Cour met en exergue un sujet important à traiter dans notre prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion : la place clairement donnée par la Branche à la prévention et à la sécurité juridique des cotisants, ainsi que le rôle du service contrôle dans cette activité, avec ses incidences sur les indicateurs. Il est difficile d'imaginer maintenir un haut niveau de taux de redressement si l'activité préventive est considérée comme axe fort de développement ! Une réflexion mériterait d'être engagée par ailleurs sur un indicateur mesurant l'efficacité de la politique préventive des URSSAF. L'exemple de l'analyse en amont des contrats d'intéressement est à ce titre très instructif.

L'URSSAF d'Agen partage totalement les réflexions de la Cour sur les évolutions du contrôle, notamment la nécessaire clarification et hiérarchisation des objectifs, l'amélioration du ciblage et des modalités de contrôle, ainsi que l'indispensable amélioration de l'évaluation de l'activité.

Elle est beaucoup plus réservée sur la notion de « *taille critique* » des services de contrôle, qui semble plus reposer sur une affirmation que sur une étude étayée.

Elle rappelle enfin, dans une hypothèse de pilotage régional affirmé, l'importance de bien articuler échelon fonctionnel et échelon territorial. Elle rejoint la Cour dans son souci de ne pas « relancer les tendances traditionnelles du corps des inspecteurs à un certain isolationnisme ». Faire évoluer les corps de contrôle tout en maintenant un ancrage territorial en termes de pilotage est un sujet majeur des années à venir.

Chapitre XI

La durée d'assurance dans le calcul des droits à la retraite

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (CCMSA)

La cour note que « deux des trois termes de la formule de calcul des retraites font intervenir la durée d'assurance qui est prise en compte pour l'obtention du taux plein (t) et la détermination du coefficient de proratisation (d/D), mais pas pour le calcul du salaire annuel moyen plafonné (SAM). »

En réalité, la durée de cotisation dans chaque régime n'est pas sans incidence sur le calcul du salaire annuel moyen plafonné (SAM) puisque, celui-ci étant effectué régime par régime, il est nécessairement impacté par la durée de cotisation dans chacun d'eux ; c'est particulièrement vrai lorsque la période cotisée dans un régime est inférieure à 25 ans.

La mesure introduite dans le cadre de la réforme des retraites d'août 2003 et consistant à proratiser la durée de référence pour le calcul du SAM n'a pas permis de remédier totalement à ce problème. Les calculs effectués par la MSA permettent de penser que les polycotisants sont toujours défavorisés par rapport aux salariés n'ayant cotisé qu'à un seul régime, à niveau de salaire et profil de carrières identiques.

Seul un calcul du SAM à partir de la carrière accomplie dans l'ensemble des régimes serait de nature à gommer cet effet qui s'exerce au détriment de l'assuré social.

La Cour s'interroge sur la légitimité de l'existence de règles particulières (en l'occurrence moins favorables) au régime des non salariés agricoles pour la validation de périodes assimilées du fait de la maladie.

Par souci de justice et d'équité avec les autres régimes, la CCMSA a proposé, dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010, que les périodes d'interruption de l'activité non salariée agricole fassent également l'objet d'une validation au titre de la retraite proportionnelle des agriculteurs. On notera que le médiateur de la MSA est intervenu dans ce sens à plusieurs reprises, toutefois sans succès jusqu'ici.

Enfin, la situation des polycotisants doit à notre sens être envisagée sous un aspect supplémentaire à celui évoqué par les rapporteurs. En l'absence de règles de coordination entre les régimes, certains salariés parmi les plus précaires – notamment les travailleurs occasionnels affiliés au régime agricole - sont susceptibles d'être pénalisés par la perte d'un trimestre ou plus. En conséquence, la conclusion de la Cour sur le sujet des polycotisants nous semble à nuancer.

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

La CNAVTS a pris connaissance avec beaucoup d'intérêt du chapitre du rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale pour 2009 portant sur la durée d'assurance dans le calcul des droits à retraite.

Elle souhaite formuler trois observations :

1- Le manque de lisibilité reproché par la Cour est pour partie lié au dispositif de validation des trimestres

La CNAVTS croit utile de rappeler que la durée d'assurance n'est pas une durée calendaire « travaillée ». Reposant sur un principe contributif dont la Cour rappelle à juste titre qu'il est l'un des éléments fondateurs du système de 1945, la durée d'assurance est fonction d'un montant de revenus d'activité professionnelle sous plafond soumis à cotisations. La règle des 200 heures de SMIC permet ainsi de valider un trimestre ou une année à partir d'un niveau de revenu limité, correspondant à une activité à temps très partiel, ou pour une période réelle de travail qui peut être ainsi très nettement inférieure à un trimestre ou à une année. Cette possibilité de distorsion entre la période travaillée et la période cotisée engendre de manière inévitable des incompréhensions. Les assurés peuvent se voir valider un trimestre pour une période très ponctuelle de travail, dont ils n'avaient pas nécessairement conscience qu'elle allait leur ouvrir des droits, comme ils peuvent se rendre compte en sens inverse des effets ravageurs d'une absence de déclaration par l'employeur ou, pour des commerçants, de revenus insuffisants pour valider 4 trimestres, alors même qu'ils ont bien travaillé toute l'année considérée.

Pour autant, au-delà de ces limites, il est difficile d'imaginer comment notre système pourrait faire coïncider exactement durée cotisée et durée travaillée. La Cour fait d'ailleurs observer que le dispositif de l'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui tend justement à prendre en compte des périodes de durée calendaire pour le seul régime des indépendants, est particulièrement dérogatoire et appelle, s'il devait être étendu aux autres régimes, « les plus sérieuses réserves ».

Enfin, la durée de travail est une notion qui tend à devenir de moins en moins homogène avec le développement du temps partiel, des heures supplémentaires, des missions, des contrats pour cadre au forfait. Les interruptions et reprises d'activité, ainsi que les changements de régime, sont

plus fréquents. Le lien établi entre la rémunération ou les revenus perçus et la validation de trimestres reste ainsi pertinent.

2- La durée d'assurance fait jouer des mécanismes de solidarité implicite et explicite

La Cour montre fort justement que la règle des 200 heures de SMIC est en elle-même un mécanisme « discret, mais essentiel » de solidarité. Par ailleurs, aux périodes cotisées s'ajoutent des périodes assimilées venant essentiellement compenser l'interruption d'activité et des trimestres additionnels en contrepartie d'un versement ou à titre gratuit, ce qui constitue des mécanismes de solidarité explicite.

La durée d'assurance constitue toujours le principal moyen de faire jouer des mécanismes de solidarité au profit d'assurés devant faire face à des aléas de carrière. Cette diversification des mécanismes de validation de durée d'assurance –diversification ayant inévitablement pour conséquence une complication- permet ainsi de répondre à la grande variété de situations que peuvent rencontrer les assurés du régime général au cours de leur carrière professionnelle.

3- La contrepartie de la « complication » du système est le droit à l'information

En visant notamment à donner plus de liberté et de souplesse de choix aux futurs retraités, ce qui correspond à son exposé des motifs, la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a enrichi la notion de durée d'assurance en instituant de nouveaux dispositifs tels que la surcote, la retraite anticipée et les versements pour la retraite.

La Cour considère que la complexité croissante [du système] « va surtout à l'encontre de la capacité des assurés à procéder à des arbitrages individuels en termes de durée d'assurance, dans un contexte où le législateur avait pourtant entendu adapter le système de retraite aux contraintes et préférences de chacun ». La CNAVTS souhaite rappeler que la contrepartie de la « complication » du système est la reconnaissance par la loi de 2003 d'un droit à l'information qui constitue une véritable révolution. Grâce à la mise en place du groupement d'intérêt public, le Gip Info Retraite, qui rassemble 36 régimes de retraite de base et complémentaire, l'envoi d'un relevé individuel de situation et d'une estimation indicative globale doit permettre à chacun de mieux comprendre les caractéristiques de son ou de ses régimes de retraite et en particulier les conditions de constitution de la durée d'assurance.

Dans un contexte marqué par de nouvelles attentes des assurés, la CNAVTS s'est fortement mobilisée dans le cadre du Gip Info Retraite pour mettre en œuvre cet élément essentiel de la réforme de 2003.

REponse DU COMITE D'ORIENTATION DES RETRAITES (COR)

L'analyse de la Cour sur la complexité et la diversité des règles de rachat ou de complétion de carrière rejoint et approfondit les réflexions menées au sein du COR. En particulier nous avons souligné l'hétérogénéité des barèmes, l'impact des VPLR sur les retraites complémentaires de salariés et, de ce fait notamment, l'avantage que les VLPR procurent aux cadres. Nous avons également souligné d'autres caractéristiques, comme le fait que la rentabilité des VPLR dépend de la situation familiale, de l'âge au moment du versement, et qu'elle décroît avec l'âge de liquidation des droits, le barème étant calibré pour une liquidation à 60 ans. Au total, la recommandation d'harmoniser les barèmes des différents dispositifs de rachat ou de complétion de carrière en référence à un barème réputé actuariellement neutre (recommandation n°4 en fin de chapitre) rejoint le point de vue exprimé dans la note de présentation générale de la séance du COR du 23 janvier 2008.

Plus généralement, le COR est très sensible à la question de la lisibilité du système de retraite et de l'information aux assurés. Aussi nous approuvons l'analyse de la complexité des règles dérivant de la loi de 2003 instaurant plusieurs notions de durée cotisée, et nous partageons le souci de la Cour de définir une notion harmonisée et unique de durée cotisée.

Chapitre XII

La prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour la retraite

REponse DU CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES (COR)

Comme vous le notez, des écarts importants de pension entre hommes et femmes subsisteront à l'avenir, car les carrières féminines se caractérisent à la fois par des durées d'activité plus courtes et par des niveaux de rémunérations inférieurs. Les enfants ont un impact sur les carrières de leurs mères en termes de durée (interruptions d'activité) et en termes de salaires (impact des naissances et/ou des interruptions d'activité sur les trajectoires salariales). La MDA et l'AVPF peuvent compenser l'impact sur les durées, mais pas celui sur les salaires. Votre projet de rapport, comme son titre l'indique (« la prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour la retraite »), étudie la compensation en termes de durée, mais il n'aborde pas la question d'une éventuelle compensation des écarts de rémunération. Une telle compensation a été discutée dans le cadre des travaux du COR et aurait pu être évoquée. A défaut, il serait utile d'explicitier plus clairement le champ retenu, qui se limite aux dispositifs de durée. S'il est exact que la MDA réussit assez bien en moyenne à compenser l'impact de la présence des enfants sur les durées d'assurance validées par les hommes et les femmes, la

MDA ne compense pas en revanche l'impact global sur les carrières féminines.

S'agissant des principes susceptibles de guider une réforme, les deux premiers objectifs avancés par la Cour (« simplifier et remettre de la cohérence... » et « favoriser l'emploi des femmes et donc la conciliation entre activités familiales et professionnelles ») rejoignent ceux affichés par le COR. Concernant le troisième objectif (« maîtriser la croissance inévitable des dépenses de retraite [...] en accroissant la contributivité des prestations »), le COR n'a pu trancher dans la mesure où la question de l'enveloppe qu'il conviendrait d'allouer aux droits familiaux renvoie à un débat plus général sur les priorités de la dépense publique dans son ensemble. C'est la raison pour laquelle le COR a examiné dans son rapport les effets de modifications des droits à enveloppe budgétaire constante.

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

- *Sur la réduction de la durée de la MDA* : la CNAVTS estime utile de rappeler que la réforme de la MDA dans la fonction publique est fondée sur la stabilité du statut et de l'emploi des fonctionnaires. Une femme fonctionnaire qui se retire momentanément de l'activité garde son statut de fonctionnaire et bénéficiera de trimestres MDA au titre de l'interruption d'activité, même si elle n'est pas en poste avant la naissance.

Ce n'est pas le cas d'une salariée du secteur privé. La sortie de l'emploi, l'absence d'un contrat de travail au moment de la naissance de l'enfant entraînerait la perte de MDA au titre de l'interruption / réduction de l'activité. Ainsi la transposition au secteur privé de la réforme de la MDA appliquée dans la fonction publique nécessite d'examiner plusieurs hypothèses ainsi que des adaptations intégrant les aléas de carrière des salariées.

Par ailleurs, il convient de veiller à assurer l'égalité de traitement entre employés du secteur public et ceux du secteur privé, principe qui donne lieu à une attention particulière de la part des instances européennes.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

- *Sur l'appréciation relative au déséquilibre entre les cotisations versées par la CNAF et les prestations versées par la CNAVTS* : la Cour note qu'il y a aujourd'hui un fort déséquilibre entre les cotisations versées par la CNAF et le coût actuel de ce dispositif pour la CNAVTS. Elle souligne cependant que l'on ne peut en conclure que le niveau des cotisations versées serait trop élevé.

L'AVPF, qui peut être qualifié de dispositif encore en phase de « montée en charge », suppose nécessairement un décalage dans le temps

entre des recettes perçues dans un premier temps et le décaissement des dépenses en regard, plusieurs décennies plus tard. La constitution de provisions durant cette période aurait pu se justifier, en particulier dans la perspective de la résorption du différentiel entre les cotisations versées par la CNAF et les prestations payées par la CNAVTS à l'horizon 2020.

Le recours à quelques cas types, comme évoqués par la Cour, ne suffit pas à démontrer que le cumul actualisé de surplus de pension lié à l'AVPF est supérieur aux cotisations versées par la CNAF. Comme le relève d'ailleurs la Cour dans son rapport spécifique sur l'AVPF en 2008, le calcul de la pension liée à l'AVPF est complexe et nécessite de s'appuyer sur des hypothèses robustes quant au comportement qu'aurait adopté l'assuré, en l'absence de ce dispositif. Les cas-types réalisés, destinés à faire le bilan actuariel des cotisations AVPF et du surplus de pension lié à l'AVPF, présentent des faiblesses pour l'analyse. D'abord, il semble utile de rappeler dans les cas précis l'effet générationnel d'une part (générations nées en 1940 ou en 1945) et l'effet féminin d'autre part, qui conduisent à des taux de rendement internes assez élevés, supérieurs à des taux d'actualisation de l'ordre de 2 ou 3%. Ensuite, il convient de souligner que le taux de décote prévalant en 2005, date retenue pour les cas-types, était loin d'assurer la neutralité actuarielle (cela devrait être le cas en faisant passer progressivement le taux annuel de 10% en 2004 à 5% en 2015). Ceci a mécaniquement pour effet de "gonfler" la mesure du surplus de pension au titre de l'AVPF, les cotisations AVPF jouant ici le rôle de cotisations utiles pour permettre de liquider une retraite à taux plein, a contrario (ie en l'absence de cotisations AVPF et à comportements inchangés) la forte décote est appliquée.

- Sur les mesures techniques envisagées par la Cour

◦ clarifier la situation des fonctionnaires au regard de l'AVPF : il semble justifié de conditionner l'affiliation à l'AVPF à la non affiliation simultanée à l'assurance retraite au titre des règles spécifiques de préservation des droits à retraite propres aux fonctionnaires. Si une telle décision était prise par les pouvoirs publics, il conviendrait alors d'envisager de quelle façon les CAF pourraient être informées du bénéfice par l'allocataire ou son conjoint du dispositif de préservation des droits à retraite des fonctionnaires, durant ses périodes d'interruption d'activité pour élever un enfant. Il reste que la question des fonctionnaires ne peut pas être traitée de façon isolée. Il serait en effet discriminatoire d'exclure uniquement ce type de double affiliation tout en laissant par ailleurs perdurer des situations d'affiliation à l'AVPF de personnes en activité.

◦ ne pas permettre l'affiliation à l'AVPF des personnes ayant déjà liquidé une pension : en pratique, ce serait l'instauration d'une limite d'âge pour bénéficier de l'affiliation, qui semble la modalité la plus facilement réalisable pour la CNAF. L'information des CAF sur la liquidation de la pension ne serait en effet pas systématiquement immédiate. En outre, cette

solution risque de poser des difficultés pour les personnes ayant liquidé leur pension au titre d'un régime mais pas d'un autre.

◦ harmoniser les plafonds de ressources et lisser les effets de seuils : s'il était envisagé d'appliquer le plafond du complément familial pour tous, cela aurait pour conséquence de faire entrer dans le champ de l'AVPF davantage de :

- personnes isolées bénéficiaires de l'allocation de base de la PAJE (120 000 personnes isolées bénéficiaient de cette prestation au 31 décembre 2006 ; parmi ces 120 000 personnes, la plupart bénéficient déjà de l'AVPF au titre du plafond ARS. Parmi ces 120 000 personnes, les bénéficiaires supplémentaires seraient donc les personnes ayant des ressources comprises entre le plafond de l'ARS et le plafond du CF) ;
- de personnes isolées bénéficiaires du CLCA (31 000 personnes isolées bénéficiaient du CLCA au 31 décembre 2006) ;
- de personnes isolées bénéficiaires de l'AJPP (le nombre de personnes isolées bénéficiaires de l'AJPP, sans tenir compte d'une condition de ressources, est estimé à 680 au 31 décembre 2006) ;
- de personnes isolées bénéficiaires du CF (au 31 décembre 2006, 191 000 personnes isolées percevaient le CF. Parmi ces 191 000 personnes, 172 000 percevaient également l'ARS. Nous pouvons donc estimer qu'au maximum, 19 000 personnes supplémentaires bénéficieraient de l'AVPF par rapport à aujourd'hui) ;
- de couples bénéficiaires de l'allocation de base de la PAJE, ayant des ressources supérieures au plafond de l'ARS et inférieures au plafond du complément familial

Hormis le nombre de bénéficiaires de l'allocation de base qui est relativement important, le nombre de personnes isolées bénéficiaires du CLCA, du CF ou de l'AJPP est relativement faible. Le surcoût semble donc dans l'ensemble assez limité et pourrait vraisemblablement être compensé par les économies réalisées par la disparition des doubles affiliations, coûteuses pour la branche Famille.

S'agissant de la suppression de la condition de ressources pour les prestations déjà sous condition de ressources, la CNAF observe que d'ores et déjà, la mention à l'article D. 381-2 du Code de la sécurité sociale du plafond de ressources du complément familial pour l'affiliation des membres d'un ménage bénéficiaire du complément familial est inutile. Si la piste d'une harmonisation du plafond de ressources sur le plafond complément familial était retenue, toute mention d'une condition de ressources pourrait être supprimée pour l'affiliation au titre du complément familial. L'affiliation au titre de l'allocation de base de la PAJE, sur la seule condition de ressources propres à l'allocation de base, serait également une piste intéressante à

envisager, sous réserve de renforcer par ailleurs l'effectivité de la condition d'inactivité professionnelle. Le coût de cette mesure reste toutefois à évaluer.

- *Sur les pistes de réforme* : au sujet des pistes rapidement évoquées par la Cour, la CNAF partage l'opinion selon laquelle il est désormais utile de réexaminer la pertinence et la cohérence des trois dispositifs relatifs aux droits familiaux pour les retraites, plusieurs décennies après leurs conceptions, alors que les comportements ont évolué (développement de l'activité féminine, instabilité des structures familiales...) et qu'une grande part de ceux-ci est financée désormais par la branche Famille de la sécurité sociale. On ne peut guère faire l'économie à cette occasion d'une réflexion plus ambitieuse sur l'évolution de notre système de protection sociale, dans un sens plus favorable à l'emploi. Faut-il encourager la bi-activité, les carrières complètes grâce à un soutien actif à l'articulation de la vie professionnelle avec la vie familiale, ou à défaut, chercher à compenser ex-post, au moment de la retraite, les personnes qui n'auraient pas effectué de carrières complètes, le cas échéant avec de longues périodes d'inactivité?

Dans le cadre de cette réflexion, il serait intéressant, comme le propose le conseil d'orientation des retraites, d'explorer des voies de fusion des dispositifs du type majoration de durée d'assurance et AVPF et de conditionner l'ouverture du droit d'un nouveau dispositif à une interruption d'activité, qui soit limitée dans le temps. Il pourrait être pertinent de s'interroger sur l'opportunité de supprimer toute condition de ressources spécifique à l'AVPF, compte tenu du caractère décalé de l'ouverture des droits et de son bénéfice effectif, de même que la condition de bénéfice d'une prestation familiale pour l'affiliation à l'AVPF. En effet, si l'objectif premier vise à compenser des périodes d'interruption professionnelle, le lien avec des prestations familiales ne va pas de soi.

Chapitre XIII

L'accueil et l'accompagnement des usagers dans la branche famille

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

- *Sur les contacts fréquents entre usagers et CAF* : concernant l'accueil et l'accompagnement des allocataires au sein de la branche famille, le rapport souligne que la Cnaf « ne dispose pas d'éléments successibles d'expliquer les différences observées entre CAF » sur les caractéristiques des allocataires, l'accessibilité des lieux, etc. Ces éléments font cependant, en application des contrats pluriannuels de gestion des CAF au travers des diagnostics territoriaux, partie intégrante des critères d'évaluation des CAF.

La Cour indique par ailleurs que les motifs de contacts ne sont pas systématiquement enregistrés pour les visites et les appels téléphoniques. En effet jusqu'à présent le motif de visite, en situation d'accueil, n'a pas été rendu obligatoire dans l'ensemble des CAF. Cependant, à l'occasion de la mise en place du RSA, cette démarche a été initiée, permettant de mentionner automatiquement, quand c'est le cas, le motif RSA pour tous les contacts s'y rapportant.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la démarche « ABC/M »⁴⁵⁶, inscrite à la COG sur la période 2009-2012, comporte comme pré requis l'alimentation systématique du motif de contact dans les applicatifs afin de pouvoir disposer d'information plus précise sur les contacts par type de prestation.

Enfin, certaines CAF réalisent des études sur ces thèmes particuliers, et en transmettent fréquemment les résultats à la Cnaf.

- Sur l'accueil physique, téléphonique et le traitement des dossiers

Dans son rapport la Cour juge l'objectif relatif au temps d'attente à 20 minutes « peu ambitieux » compte tenu du fait qu'il « était déjà atteint en moyenne dans la branche dès 2005 ».

L'objectif de la COG 2005-2008 était essentiellement de réaliser des progrès significatifs dans la qualité du service rendu aux allocataires.

Il est à noter cependant que, bien qu'ayant progressé depuis 2004, la part des temps d'attente inférieurs à 20 minutes a diminué à partir de 2007 en raison d'un certain nombre de tensions intervenues sur l'écoulement de la charge de travail. L'objectif de temps d'attente inférieur ou égal à 20 minutes n'a ainsi pu être atteint dans certaines caisses qu'avec la mise en place de mesures spécifiques pour maintenir une offre de service satisfaisante pour les allocataires.

Par ailleurs, si cet objectif et l'indicateur qui lui est associé ont constitué un puissant levier dans l'amélioration de l'accueil, le temps d'attente ne constitue pas la seule composante de la qualité de l'accueil. Il suppose aussi une bonne qualité de réponse à la demande. Les études de satisfaction menées en 2004 et 2007 auprès d'un échantillon montre une bonne appréciation du public allocataire sur la qualité de l'accueil.

Au cours de la COG 2005-2008, la CNAF s'était engagé dans le cadre de son plan d'action institutionnel, à travailler sur la thématique des contestations des allocataires.

Il est prévu dans le cadre de la COG 2009-2012 de disposer d'indicateurs en la matière. Néanmoins dès 2007, la question des

456 Activity Based Costing /Management

réclamations était prise en compte pour l'évaluation des dirigeants des organismes.

- Sur l'administration électronique

Les perspectives de développement de l'administration électronique dans la COG 2005-2008 sont décrites dans les articles 6 et 16-6 de cette COG.

La mise en œuvre du programme de développement des téléprocédures était liée, dans ces deux articles, à l'approbation par l'Etat d'un programme d'allègement des formalités administratives fondé notamment sur l'abandon du recueil de pièces justificatives au profit de la collecte de données directement auprès des autorités émettrices.

Le développement de téléprocédures, définies comme des processus de traitement des données totalement dématérialisées, suppose en effet la réunion de deux conditions simultanées :

- l'abandon du recueil de tout support papier qui interromprait ce processus dématérialisé,

- la mise en œuvre par le système d'information de processus d'utilisation directe des données saisies par le demandeur soit en liquidation automatique, soit par mise à disposition sur le poste de travail du technicien.

La Cnaf a, conformément à ses engagements, proposé ce programme d'allègement des formalités à l'Etat en mai 2007.

L'examen par l'Etat des propositions de la Cnaf a débuté en novembre 2008 et est toujours en cours.

L'Etat a, en mars 2009, autorisé la suppression de la production des relevés d'identité bancaire avec, en contrepartie, la vérification des coordonnées bancaires au FICOBA. Le projet est donc actuellement en phase de mise en œuvre opérationnelle avec la DGFIP dans le cadre d'une expérimentation.

Le développement des téléprocédures a donc, de fait pendant la période 2005-2008, été limité au seul périmètre de processus totalement déclaratifs.

La mise en œuvre de la réforme ressources en 2008 diminue très fortement le nombre de déclarations de ressources à collecter directement auprès des allocataires, sans les supprimer totalement. La télédéclaration de ressources sur le www.caf.fr est donc restée ouverte et a permis de recueillir 500.000 déclarations (soit à nouveau, 35 % des déclarations de ressources encore nécessaires). Un nouveau mode d'acquisition de données dématérialisées a été expérimenté, en utilisant un serveur vocal interactif.

La Cnaf s'est également engagée à conduire cette démarche d'allègement et de dématérialisation à l'occasion de la création de toute nouvelle prestation.

Elle s'y emploie depuis 2008 dans le cadre de la préparation de la mise en œuvre du RSA. Celle-ci doit être accompagnée, notamment, d'une offre de service dématérialisée pour les bénéficiaires du RSA (module d'éligibilité, demande en ligne et télédéclaration des ressources trimestrielles sur le www.caf.fr et par serveur vocal pour les déclarations trimestrielles de ressources).

Il est également prévu qu'un Extranet mette à disposition des partenaires (conseils généraux, organismes instructeurs) les modules de gestion du premier contact, d'instruction et d'orientation, regroupés sous le terme générique @RSA, utilisés par les techniciens des CAF.

- Sur les aides financières individuelles

(Les observations de la Cour) rejoignent les orientations contenues dans la convention d'objectifs et de gestion signée entre la Cnaf et l'Etat 2009-2012 qui prévoit explicitement « d'améliorer la lisibilité des aides financières individuelles ». Elle précise que « les aides financières individuelles aux familles dont l'adaptation était déjà prévue dans la Cog 2005-2008 n'ont pas vocation à solvabiliser de manière systématique et pérenne les familles. Elles prennent en compte la complémentarité et la coordination avec les autres partenaires. Le conseil d'administration de la Cnaf définit des orientations nationales en matière d'aides financières individuelles en ayant pour objectif de renforcer leur lisibilité. Celles-ci, définies par les conseils d'administration des CAF, sont néanmoins adaptées à la diversité des contextes locaux ».

- Sur le travail social

La Cour observe que, afin de préciser les missions de travailleurs sociaux, la « Branche envisage de définir un socle commun national » mais la Cour observe aussi que plusieurs questions relatives à la mise en œuvre de ce socle ne sont pas encore tranchées : latitude laissée aux CAF pour la mise en œuvre, modalités de suivi, moyens humains. L'insuffisance des outils de pilotage et de suivi des travailleurs sociaux est par ailleurs relevée.

Le travail social doit faire l'objet d'approfondissements dans le cadre de la Cog 2009-2012. Ils porteront sur l'établissement d'un « référentiel métiers » dont l'objectif est d'identifier les actions qui doivent être menées par les CAF, eu égard au champ d'action couvert par les professionnels de l'action sociale relevant des collectivités territoriales ; la diffusion d'une circulaire d'orientation nationale, complétée de fiches techniques déclinant les offres de service des CAF et prévoyant des indicateurs de suivi et d'évaluation.

- Sur les relations avec les collectivités territoriales

La Cour constate que les champs d'intervention entre les CAF et les autres acteurs sociaux se recoupent (Afi et travail social) et que les partenariats sont insuffisamment développés sur les territoires.

Au regard de ce constat, il convient de rappeler que la Branche famille poursuivra, dans le cadre de la Cog 2009-2012, le développement des démarches contractuelles, et notamment de la convention territoriale globale de service aux familles. Celle-ci constitue un nouveau cadre pour coordonner l'action des acteurs sociaux et pour mieux définir les responsabilités des acteurs aux niveaux départemental et local.

- Sur l'aide au domicile des familles et la prestation de service

La prestation de service représente 30 % du prix plafond, la CAF finance le pourcentage restant, déduction faite de la participation des familles. La complémentarité des financements par la prestation de service et par la dotation d'action sociale des CAF a été instaurée en 1970 et n'a, depuis, jamais été remise en cause au sein de la Branche.

Afin que le financement des CAF ne soit pas accordé au-delà du prix plafond, celui-ci a été revalorisé de façon à prendre en considération les niveaux de charges salariales actuels. Le prix plafond afférent à la fonction de niveau 1 a été porté de 25 441 € à 28 055 € au 1er janvier 2009. Le prix plafond de la fonction niveau 2 a été augmenté dans les limites de la revalorisation applicable à toutes les prestations de service (de 42 238 € à 43 412 €).

REPONSE DE LA CAF DE MEURTHE ET MOSELLE

- Sur le contenu du magazine « Vies de famille »

La Cour estime que le contenu de la revue est assez éloigné des missions des CAF. (...)

Les missions dévolues à la Branche Famille sont définies par la Convention d'objectifs et de gestion signée en 2009 par l'Etat et la Cnaf (aider les familles à concilier vie professionnelle, vie familiale et vie sociale ; soutenir la fonction parentale et faciliter les relations parents- enfants ; accompagner les familles dans leurs relations avec l'environnement et le cadre de vie ; créer les conditions favorables à l'autonomie, à l'insertion sociale et au retour à l'emploi des personnes et des familles).

Il est tout à fait clair dans le texte de la COG que la mission des CAF ne se limite pas au versement de prestations et au financement de structures mais est complétée par des actions d'information et d'accompagnement.

C'est donc bien dans le respect des missions de la Branche Famille que sont rédigés des articles consacrés à la santé, l'emploi, les loisirs et l'éducation. (...)

Chapitre XIV

Aspects de la gestion des personnels du régime général

REPONSE DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE SECURITE SOCIALE (UCANSS)

Je ne peux que partager les éléments du diagnostic dressé par la Cour aussi bien sur la classification des emplois et la politique de rémunération que sur l'adaptation des métiers et des compétences. Ils correspondent en effet pour la plupart aux constats que nous avons établis dans le cadre des travaux de réflexion sur l'élaboration de la Convention d'Objectifs et de Gestion 2009-2012 Etat-UCANSS et les engagements inscrits doivent répondre à ces faiblesses. Cette convention a été adoptée par le Conseil d'orientation le 23 avril dernier après un avis favorable du Comité exécutif.

Sur la première partie de l'extrait consacrée à l'accord du 30 novembre 2004 et plus particulièrement à sa négociation, je vous précise que c'est le Comité exécutif qui fixe le mandat de négociation donné au directeur de l'UCANSS et qu'en conséquence seul le Conseil d'orientation était effectivement favorable à une refonte d'ensemble de la classification de 1992.

S'agissant des conditions de la mise en œuvre de l'accord, la déficience du pilotage interbranche soulignée par la Cour s'explique, en grande partie, par l'absence de visibilité budgétaire de chaque caisse nationale liée à la signature tardive de leur COG. Il convient cependant de préciser que suite au bilan de la mise en œuvre de l'accord de 2004 et notamment à l'application hétérogène entre les branches en 2008, l'UCANSS a travaillé sur un tableau de bord de pilotage du GVT qu'elle fournit désormais trimestriellement au Comex et adresse à chaque caisse nationale avec les données relatives à son réseau. Ces éléments, examinés en séance, ont également vocation à réguler l'interbranche. De plus, s'agissant de la politique de rémunération de l'année 2009, le Comex a travaillé sur un cadrage interbranche qui a donné lieu à la rédaction d'une lettre commune aux organismes formalisant l'engagement de la fédération sur un taux de GVT moyen interbranche.

En ce qui concerne les observations de la Cour sur l'implication limitée de l'UCANSS dans une démarche GPEC interbranche, je souhaite vous informer qu'un des objectifs de la COG de l'UCANSS est de proposer à destination des caisses nationales des recommandations en s'appuyant sur le diagnostic élaboré dans le cadre du rapport sur l'emploi mis en perspective avec les études prospectives menées par la CPNEFP et l'approche par bassin d'emplois que l'UCANSS entend développer.

L'UCANSS a également mis en place une structure appelée Commission de la Formation Professionnelle qui associe les caisses nationales et dont le rôle principal est de proposer une politique de formation institutionnelle à partir des socles de compétence communs aux différentes branches. Un premier tronc commun a d'ores et déjà été identifié sur le métier de technicien à travers les compétences communes sollicitées pour la relation de service.

Enfin, l'optimisation des fonds importants dédiés à la formation professionnelle est également un objectif fixé pour la période conventionnelle. Ainsi, l'Observatoire de l'achat a lancé en 2009 une étude destinée à étudier l'opportunité d'une mutualisation nationale voire inter régimes.

*REponse DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
(CNAF)*

- Sur les outils interbranches et les référentiels d'emplois

Les outils interbranches cités (*répertoire des métiers, nomenclature des emplois, dictionnaire des compétences*) n'ont pas surtout été utilisés à des fins de remontées statistiques si on considère l'ensemble des organismes. Ils ont permis, notamment le Répertoire des Métiers, de repenser la logique de définition des métiers de l'Institution, non plus en fonction de la technicité requise, mais en fonction de leur finalité vis-à-vis des « clients » de l'activité du métier. Cela a permis de renforcer la dimension relation de service aux « clients » qui était devenue une tendance lourde de transformation des organisations et des métiers à la Sécurité sociale. Par ailleurs, Répertoire des Métiers et nomenclature des emplois ont eu des vertus pédagogiques non négligeables au niveau des caisses locales en matière de gestion des emplois et d'élaboration des référentiels locaux.

En ce qui concerne la branche famille, de nombreux organismes ont élaboré leurs référentiels en s'inspirant, sur le fond et la forme, des fiches métiers contenues dans le répertoire national. Par ailleurs, la Cnaf a mis en œuvre une hot line pour aider les CAF à codifier leurs emplois selon la nomenclature et, à cette occasion, a conseillé les organismes sur la manière de structurer leurs emplois dans le respect de la réglementation sociale. (...)

- Sur la mise en œuvre de l'accord de 2004

La Cnaf a élaboré et diffusé, en mai 2005, un guide de mise en œuvre spécifique à son réseau, qu'elle a d'ailleurs communiqué parallèlement aux autres caisses nationales et à l'UCANSS pour information. Ce guide apportait de la méthode et des préconisations aux organismes de la branche famille dans quatre domaines : la structuration des emplois de l'organisme, l'élaboration des référentiels d'emplois et de compétences locaux (...), la mise en œuvre des EAEA et l'élaboration d'une politique de rémunération locale.

En juin 2005, la diffusion de ce guide a été renforcée par l'animation, par la Cnaf, de huit séminaires régionaux associant l'ensemble des directeurs et responsables RH de la branche, au cours desquels des ateliers pratiques ont été organisés.

- Sur les excédents de crédits de personnel

La COG 2005 / 2008 de la branche famille a été signée en août 2005. Or les évolutions législatives concernant les retraites intervenues depuis 2003 (dispositifs de départ anticipé avant 60 ans pour les carrières longues et prévision de renégociation des dispositifs relatifs aux retraites complémentaires au-delà de 2008) ont incité certains personnels à partir plus tôt que les prévisions ne l'avaient envisagé (elles étaient jusque là basées sur un départ à 60 ans). Encore aujourd'hui, il est très difficile de prévoir plus précisément les départs en retraite, car les comportements des salariés à cet égard sont très différents et dépendent de l'état d'avancement de leur carrière et de leur situation familiale.

- Sur la mesure de GVT supplémentaire accordée en 2008

La lettre circulaire du 28 avril 2008 par laquelle la Cnaf a annoncé et explicité cette mesure, précisait bien les règles conventionnelles, issues de l'accord de 2004, qui permettaient d'accorder un parcours professionnel (changement de niveau de qualification) ou des points de compétences (progression dans la plage salariale de son niveau d'emploi).

Par ailleurs, elle ne préconisait pas l'utilisation de ce GVT supplémentaire uniquement sous la forme de changements de niveaux de 3 à 4.

En principe, selon leurs déclarations, les caisses locales (qui devaient faire valider leurs modalités d'utilisation de ce GVT supplémentaire par la Cnaf pour obtenir l'approbation de leur budget rectificatif 2008) ont justifié les promotions de certains agents, du niveau 3 au niveau 4, par le fait que ces agents exerçaient des activités et responsabilités supplémentaires par rapport à leurs collègues maintenus au niveau 3. Cela a été acté dans un référentiel d'emploi différent, précisant bien la nature des activités supplémentaires exercées et les compétences requises pour ce faire.

Par ailleurs, le GVT supplémentaire a également été utilisé sous la forme de points de compétences, selon les dispositions de l'accord de 2004.

- Sur les critères d'accroissement des compétences

Dans la branche famille, la majorité des organismes utilisent ces six critères, tant dans la partie « accroissement des compétences attendu » de leurs référentiels d'emplois locaux, que dans leurs supports d'évaluation annuelle et d'accompagnement (EAEA).

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

Je souhaite tout d'abord formuler deux observations quant à la mise en œuvre de l'accord de 2004. D'une part, la CNAMTS a souhaité, tout en diffusant des éléments de cadrage à son réseau, lui donner de réelles marges de manœuvre dans la mise en œuvre de l'accord. Il a en effet la caractéristique d'être composé d'organismes de taille et de caractéristiques très diverses. D'autre part, la prudence des directeurs du réseau lors de la renégociation de la COG peut difficilement leur être reprochée, compte tenu des efforts de productivité qui étaient alors prévisibles. La Cour a par ailleurs salué, dans le chapitre concerné aux réseaux d'alerte, les gains de productivité et l'amélioration de la gestion réalisés par le réseau de la branche maladie

Par ailleurs, les marges de gestion dégagées par les départs en retraite n'ont pas été utilisées au-delà des remplacements prévus par la COG, à savoir un taux de remplacement de 60%. L'amélioration continue de la gestion participe en effet de la responsabilité exercée par la branche dans un contexte encore marqué par le déficit.

Enfin, je soulignerai que la mesure accordée en 2008 a permis de financer le rachat des jours de RTT (mesure issue de la loi TEPA) et de permettre une meilleure gestion des parcours pour les nouveaux métiers de la branche maladie, dans le cadre de sa mission de gestion du risque (délégués de l'Assurance Maladie).

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

L'Agence centrale souhaite tempérer ou modifier plusieurs analyses développées par la haute juridiction à partir des remarques techniques qu'elle a été amenée à formuler dans le cadre de la procédure de contradiction. Elle partage les propositions de la Haute Juridiction tendant à renforcer la démarche de gestion des ressources humaines au sein de l'Institution. Dans ce cadre, elle a été amenée chaque année depuis 2008 à présenter des orientations de politique de gestion des ressources humaines au réseau. Elle entend pleinement participer aux relations avec l'UCANSS et souhaite prochainement signer la convention ACOSS-UCANSS issue de la Convention d'objectifs Etat-UCANSS.

*REPONSE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CAF) DES
HAUTS DE SEINE*

Il ne nous paraît pas exact de considérer que ce nouveau référentiel ait permis un passage au niveau 4 de manière aisée et peu exigeante. Au contraire, (...) nous avons souhaité ouvrir un véritable parcours professionnel aux techniciens-conseil de la CAF des Hauts-de-Seine.

Il s'agit bien d'un nouveau parcours professionnel car :

- il est demandé aux techniciens-conseil, outre le traitement des dossiers, la réponse téléphonique et l'accueil physique, des activités nouvelles. Ces dernières concernent le tutorat des nouveaux techniciens mais aussi l'accueil sur rendez-vous - il s'agit en l'occurrence de l'instruction des dossiers de RSA – le traitement des créances, le traitement des réclamations, etc.,

- le nouveau référentiel prévoit les compétences nouvelles à acquérir ou confirmer ainsi que les évolutions attendues, traçant ainsi le cadre des pas de compétence à venir,

- le dispositif est accompagné des formations et/ou de la mise en place des procédures permettant le développement des nouvelles compétences.

Chapitre XV

Le régime de sécurité sociale dans les mines

REPONSE DE LA CAISSE AUTONOME NATIONALE DE SECURITE SOCIALE DANS LES MINES (CANSSM)

La Cour décrit avec exactitude les caractéristiques démographiques et financières du régime minier ainsi que la réforme qu'en 2004, le régime s'est lui-même appliquée de façon à assurer sa pérennité par une ouverture de ses nombreuses structures d'offre de santé, jusqu'ici réservées aux seuls mineurs, à l'ensemble de la population.

La Cour a bien noté la réorganisation du réseau des caisses locales du régime minier intervenue en 2007 et par laquelle sept caisses régionales se sont substituées à 22 organismes locaux (sociétés de secours minières et unions régionales). La Cour estime cependant qu'une telle organisation administrative paraît dépassée et que des fusions de CARMI, plus particulièrement des cinq plus petites, devraient être envisagées- Il faut souligner l'importance des mutations d'ores et déjà rendues nécessaires par la création des sept CARMI, certaines de ces évolutions n'étant pas encore totalement parvenues à terme en 2009. Pour autant, le régime est parfaitement conscient de la nécessité des réorganisations à venir, compte tenu de l'évolution démographique inéluctable qui conditionne une partie des activités des caisses locales, notamment la gestion de l'activité d'assurance maladie.

La Cour indique que la CANSSM ne dispose pas des moyens humains lui permettant de jouer son rôle de tête de réseau. (...) Il convient de souligner que la CANSSM a connu une vaste réorganisation en 2008 dessinée à rendre son organisation et son fonctionnement mieux adaptés au pilotage du réseau dans son évolution croissante vers la gestion de l'offre de santé. (...). L'accent a été mis, dans toute la mesure du possible, sur la valorisation des compétences internes à la CANSSM ou, plus largement au réseau, mais sans

exclure des recrutements externes lorsque les profils adaptés n'existaient pas en interne. (...). C'est ainsi qu'ont pu être recrutés entre le 1er septembre 2008 et aujourd'hui 24 personnes dont 14 cadres, notamment des spécialistes du contrôle de gestion, des ressources humaines, des marchés, de la communication, de l'audit comptable, faisant ainsi passer le pourcentage des cadres et cadres supérieurs de 38 à 47 % à fin 2008, pourcentage qui devrait dépasser 50 % en 2009.

La Cour estime que, de façon générale et sans qu'il soit possible de ventiler par gestion, des sureffectifs existent manifestement dans les services des caisses locales. Cette situation est inéluctable, dès lors que certaines activités sont intrinsèquement liées au nombre, en diminution, d'affiliés au régime minier (assurance maladie et accidents du travail). Elle doit progressivement être résorbée en partie par les départs prévisibles en retraite ou en cessation anticipée d'activité (dite avenant 24) de certains salariés. (...)

Au regard des effectifs affectés aux activités assurantielles, La CANSSM a cerné de manière plus précise ces derniers en anticipant les évolutions. Ainsi, la diminution des effectifs est plus rapide que celle des affiliés.

La persistance de 30 sites de production pour sept CARMI, permet encore de maintenir la proximité avec l'affilié. Les réflexions menées conduiront naturellement à en réduire le nombre, cette tâche devant être confiée à terme aux structures de santé du régime.

La Cour estime qu'il existe une inadéquation entre les effectifs de médecine générale et le nombre décroissant d'affiliés du régime car l'accueil de populations non minières paraît insuffisant compte tenu de la diminution de la population minière. Aussi la Cour s'interroge-t-elle sur le bien-fondé du recrutement de médecins qui se poursuit en certains endroits. Des recrutements ont en effet eu lieu pour pourvoir au remplacement de praticiens ayant cessé leurs fonctions dans des circonscriptions médicales à forte concentration minière et dans lesquelles l'offre libérale est insuffisante. L'ouverture des œuvres à l'ensemble de la population, dans des zones où la baisse de la démographie médicale et la dégradation de la situation économique sont particulièrement sensibles constitue une démarche de santé nécessaire. C'est un processus que la baisse de 10 % en moyenne du nombre de médecins libéraux dans les 10 prochaines années devrait justifier et accélérer.

Il est rappelé que le régime minier n'est ouvert à l'ensemble de la population, tous régimes confondus, que depuis 2005. L'attraction de nouvelles populations dans les structures de soins du régime est nécessairement lente notamment du fait que le régime n'a réellement commencé à communiquer pour faire connaître l'existence de son offre de santé qu'à compter de 2008.

Or, cette politique d'ouverture, seul gage de pérennisation du régime, serait nécessairement vouée à l'échec si les nouvelles populations venant à fréquenter les centres de santé du régime n'y trouvaient pas le personnel médical adapté. (...) Le remplacement, non systématique mais ciblé, de professionnels de santé du régime est donc consubstantiel à la stratégie d'ouverture de son offre de soins choisie tant par le régime que par ses tutelles.

La Cour note que le régime a offert à ses salariés un droit d'option entre la convention collective minière d'une part et la convention collective du régime général (UCANSS) d'autre part. (...) Elle estime que, dans la mesure où il s'agit d'une option, le cumul de la référence UCANSS avec la transformation d'avantages chauffage-logement acquis en rente ou en capital paraît à la fois excessif et dépourvu de toute justification.

Le principe de ce rachat a été acté dans des avenants signés et agréés par l'Etat en 2007, seules les modalités de calcul restant encore à ce jour suspendues. Il convient d'observer que le rachat évoqué correspond à l'anticipation de droits acquis au cours de la carrière, non contestables. Ce bénéfice d'une avance de trésorerie, par rapport à une rente viagère versée à compter du départ en retraite, a toutefois été minoré par un « coefficient technique », destiné à compenser l'avantage financier résultant d'un paiement anticipé de ces droits.

La Cour souligne l'absence d'intégration des 1,9 MdE de prestations de la retraite des mines. En application de l'article 110 du décret du 27 novembre 1946 modifié par le décret n° 007-1904 du 26 décembre 2007, les comptes annuels de la caisse autonome nationale retracent les opérations mentionnées à l'article 98 du décret de 1946 à l'exception de celles entrant dans le mandat de gestion de la Caisse des dépôts et consignations.

La non-intégration des 1,9 Md€ de prestations de la retraite des mines obéit à cette exigence réglementaire. Cependant, la CANSSM est sensible à l'altération de l'image fidèle des comptes qu'induit cette réglementation et approuve la perspective d'une modification réglementaire permettant d'intégrer ces opérations dans sa comptabilité, dès lors qu'elle s'accompagne, pour l'agence comptable de la CANSSM, des moyens et procédures adéquats lui permettant de s'assurer auprès de la retraite des mines de la qualité des données qu'elle intègre au regard des exigences de la certification des comptes annuels.

La Cour souligne les insuffisances en matière de tenue des comptes et l'absence de comptabilité analytique. La CANSSM est consciente des fragilités comptables relevées par la Cour et a mis en œuvre au titre des comptes 2008 et en 2009 des mesures de redressement propres à améliorer la fiabilité et la sincérité des comptes. (...) S'agissant de la mise en place d'un système de comptabilité analytique, la CANSSM expérimente actuellement auprès de quelques CARMi un dispositif transitoire permettant d'opérer une

répartition des coûts indirects et engage l'exploitation à des fins analytiques des informations figurant dans l'entrepôt de données comptables de l'agence comptable. Parallèlement, elle développe sa réflexion sur la construction d'un véritable outil de comptabilité analytique, dont la mise en œuvre ne pourra intervenir qu'avec l'adoption d'un nouveau progiciel de comptabilité générale.

La Cour souligne l'insuffisance du niveau des loyers de la CANSSM. La CANSSM tous les logements actuellement libérés au prix du marché. Toutefois la très grande stabilité des locataires fait que les évolutions de loyers, très limitées par la réglementation ne permettent pas de rattraper le prix moyen du marché et conduisent à un rendement relativement faible du parc locatif. La masse des loyers quittancés par la CANSSM a néanmoins progressé de 41,18 % sur la période 2000-2007 ce qui traduit bien les efforts réalisés.

La Cour estime que le rendement des ventes du patrimoine de rapport de la CANSSM a été surévalué. Le patrimoine d'habitation a fait l'objet de plusieurs évaluations totales ou partielles. La plus significative ayant été faite en 2006 en tenant compte à la fois des rendements et de l'état des marchés. Ces estimations sont cohérentes avec celles de la Cour. Il faut toutefois ajouter à ce parc immobilier d'habitation, le parc d'hôtels (hors les 3 hôtels vendus inclus par la Cour) et de bureaux ou d'immeubles mixtes dont l'évaluation 2006 dépasse les 100 M€ soit une estimation totale proche de l'estimation du rapport annexé à la loi de programmation des finances publiques.

La Cour estime que l'axe de mutualisation de l'assuranciel paraît dépassé compte tenu de la taille critique que n'atteignent pas cinq des caisses régionales. Il conviendrait que la perspective d'un transfert de cette activité au régime général soit reprise et inscrite dans la prochaine COG. Les instances du régime ont estimé que les organismes disposent encore, collectivement, de la capacité à gérer ce risque au bénéfice des affiliés. Pour ce faire, elles ont, dès 2007, mis à l'étude un schéma de mutualisation entre caisses régionales de façon à maintenir la qualité de service rendue. L'objectif est de centraliser certaines activités et d'en mutualiser d'autres afin de se rapprocher au plus près de l'architecture de gestion du régime général. Ces réorganisations amèneront un certain nombre d'agents affectés à l'assuranciel à suivre des formations en vue de développer des axes jusqu'ici inexistantes ou à l'état empirique (gestion du risque par exemple) ou encore à s'orienter vers d'autres activités. Des efforts seront aussi faits pour améliorer l'accompagnement des affiliés.

Les mutualisations d'activités annoncées le seront pour l'essentiel au niveau des Caisses régionales minières de l'Est et du Nord-Pas-de-Calais (gestion des revenus de substitution, des dossiers bénéficiaires, des soins à l'étranger, du risque, de la régulation et de la notification des indus, des recours contre tiers et autres contentieux, le traitement des cliniques et des établissements, celui des flux en provenance des pharmacies...). Par contre,

les instances ont souhaité que continuent à être gérées au sein d'une Carmi, pour autant qu'elle puisse l'assurer, les prestations en nature et les risques professionnels, A défaut, ces missions seront déportées sur les CARMi de l'Est et du Nord-Pas-de-Calais.

Des tableaux de bord de suivi des activités et de mesure du service rendu seront mis en place. La Cour a bien noté l'objectif de réduction de 50% des déficits des œuvres d'ici fin 2009 mais estime que la disposition du décret de 1946 permettant à la CANSSM de maintenir en fonctionnement une structure déficitaire si l'offre locale ne permet pas de répondre aux besoins de la population peut créer un effet pervers incitant à ne pas mieux gérer. Les instances de la CANSSM, pleinement conscientes des enjeux financiers du régime, prendront toutes leurs responsabilités dans l'examen, au cas par cas, de la situation des œuvres déficitaires. Il n'en demeure pas moins qu'un des éléments majeurs de la valeur ajoutée que le régime minier peut apporter aux populations et aux pouvoirs publics est justement de disposer de structures souvent implantées dans des zones où les besoins sanitaires de la population générale sont mal couverts, ce qui peut justifier, dans le cadre de la politique menée en matière d'égalité d'accès aux soins, le maintien de structures déficitaires. A cet égard, des accords en la matière devront être recherchés avec les agences régionales de santé.

Parallèlement, le régime minier s'est engagé à travers l'élaboration de projets régionaux de santé, avec l'appui de la société SANCO, dans la structuration de son action afin de renforcer son potentiel et de tirer tout le profit possible des complémentarités qu'il peut tisser. Dans le nouvel environnement sanitaire et social qui se dessine, sa pérennité dépend en effet de sa capacité à mettre en œuvre une stratégie permettant de solvabiliser son potentiel d'offre dont les caractéristiques d'intérêt général sont nombreuses : le positionnement géographique des structures du régime, dans des zones où la densité médicale est faible, le fait que les centres de santé du régime ne facturent pas de dépassements d'honoraires, l'organisation du régime en filières de soins permettant une prise en charge globale du patient, tant sanitaire que sociale, le savoir-faire du régime dans les domaines de la gériatrie et de la santé publique sont autant d'atouts dans le cadre des attentes de la population et des acteurs de la santé.

Par ailleurs, la Cour souligne que la CANSSM a certes bâti une stratégie de l'offre de santé en 2007 mais que le binôme médecin / infirmière peut constituer un frein à cette stratégie. Cette organisation n'offre pas un service médical plus attractif que la médecine libérale.

La CANSSM précise qu'elle s'est engagée dans une politique devant augmenter fortement l'attractivité de l'offre du régime. Comme en témoigne les plans de réorganisation de l'offre de soins dans les CARMi, ce binôme ne constitue plus le fondement de l'organisation médicale et paramédicale du régime : dans les bassins de Lorraine, l'objectif est de regrouper médecins et infirmiers sur des sites différents quoique rapprochés, pour constituer des

entités viables. La CARMI entend en effet mettre en place une organisation et un fonctionnement des centres en réseau organisé et identifié à travers la mise en œuvre d'une gestion de la file des patients et la redéfinition des territoires infirmiers.(...) Par ailleurs, les plans de recomposition des CARMI visent la mise en place de centres de santé polyvalents (regroupant médecins, infirmières mais également chirurgiens dentistes et médecins spécialistes). La création de groupements d'œuvres permet enfin de conforter la cohérence de l'organisation sanitaire mise en place, de répondre aux besoins sanitaires, de créer une dynamique au sein du régime minier, permettant de favoriser la coordination des soins dans une logique d'approche globale de la santé sur un territoire. Plus largement, l'élaboration, en cours, de projets régionaux de santé qui doivent être finalisés, en lien étroit avec les médecins et les personnels paramédicaux, pour octobre 2008, doit justement permettre d'optimiser l'organisation des structures de soins du régime de façon à les rendre pleinement attractives.

Enfin, la Cour estime que l'activité de gestion des œuvres sanitaires et sociales par les CARMI n'est pas réellement contrôlée. La Cour note que la CANSSM estime que ce contrôle relève en premier lieu des CARMI, personnalités juridiques distinctes. La Cour souligne néanmoins qu'aucun processus de remontée périodique vers la CANSSM n'est effectué. La Cour note cependant à juste titre, que la CANSSM met en place un schéma directeur des systèmes d'information 2008-2011 (adressé aux tutelles pour agréer en octobre 2008 mais non encore approuvé à ce jour), ainsi qu'un contrôle interne et enfin, un contrôle de gestion devant lui permettre d'assurer un suivi plus fiable de cette activité et de réaliser des comparaisons de performance.

S'agissant des pharmacies, la Cour rejoint le diagnostic de la CANSSM selon lequel leur ouverture accélérerait leur effondrement financier, sujet d'autant plus sensible que les pharmacies sont les seules œuvres dégagant des excédents. Cependant, la Cour estime que la réflexion communautaire ouverte sur le capital des pharmacies devrait inciter à ouvrir ces pharmacies. Il faut noter d'une part qu'on ne saurait reprocher au régime de ne pas encourager une ouverture généralisée de ses pharmacies, dont la Cour souligne justement qu'elle provoquerait leur disparition : dans une optique de maîtrise de la dépense publique, et alors même que ces pharmacies sont les seules œuvres à dégager des excédents, une telle stratégie ne pourrait être que reprochée au régime. D'autre part, la très récente jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes prenant le contrepied de la Commission sur l'ouverture du capital des pharmacies, supprime l'existence de leviers en matière d'évolution de la réglementation.

La Cour a bien pris en compte l'objectif d'autonomisation de la gestion des établissements et des services d'aide à la personne mais estime que les CARMI s'opposent à cette évolution. Cette autonomisation est un facteur essentiel de la stratégie d'ouverture du régime dans une perspective

d'insertion de son environnement général et de professionnalisation de la gestion de ses œuvres. Les CARMi ont accepté cette perspective comme en attestent les engagements qu'elles ont pris dans les contrats pluriannuels de gestion qu'elles ont conclus avec la CANSSM. Des associations sont déjà créées dans le Nord Pas-de-Calais (DIAMANTIS et MILVIE) et dans le Centre-Est ; en Lorraine, le rapprochement des établissements de la CARMi avec ceux d'Hospitalor de façon à les rassembler dans cette dernière entité (la CARMi entrant dans les instances de gouvernance d'Hospitalor) doit être finalisé en 2009. Dans le Sud-Est et le Sud-Ouest, des réflexions sont en cours. (...)

En conclusion, la Cour approuve la stratégie de la CANSSM, qui gère un régime spécial très atypique, essentiellement caractérisé par son activité d'offreur de santé. La Cour note que cette stratégie vise à prendre en compte les caractéristiques des régions minières pouvant inciter à une préservation des œuvres minières et à leur insertion dans le tissu local d'offre de soins ce qui suppose leur ouverture effective à la population générale. La Cour souligne néanmoins que ceci suppose des efforts de modernisation et d'amélioration de la gestion, de restructuration du réseau et d'ouverture des œuvres.

La CANSSM se félicite que la Cour approuve la stratégie qu'elle a mis en œuvre avec le soutien actif de ses tutelles, seule à même de garantir la pérennité du régime et de l'emploi de ses salariés. Le régime minier dispose d'atouts incontestables qui s'inscrivent parfaitement dans la stratégie actuelle des pouvoirs publics (implantation géographique dans des zones souffrant de faibles densités médicales, absence de dépassements d'honoraires. savoir-faire dans les domaines de la prévention et plus largement, de la prise en charge globale sanitaire et sociale, organisation en filières intégrées), Le régime s'est désormais doté des moyens de conquérir de nouvelles patientèles (politique active de communication interne et externe, conclusion de partenariats structurants avec de grands partenaires notamment parmi les organismes d'assurance complémentaire)- Parallèlement, le régime mène, comme l'indique la Cour, un important effort de modernisation de sa gestion dans tous les domaines :

- impulsion d'une politique rénovée des ressources humaines au centre de laquelle se situe la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- réduction du déficit des centres de santé ;
- mise en place de processus de contrôle interne en 2008 ;
- automatisation de processus de remontées de données des caisses régionales vers les caisses nationales dans le schéma directeur des systèmes d'information adopté fin 2008 ;
- préfiguration d'une comptabilité analytique et d'un contrôle de gestion en 2009.

Ces éléments fondent la stratégie du régime minier en matière de santé. Juridiquement autorisée en 2005, cette stratégie n'a été mise en œuvre qu'à partir de 2007: elle doit donc bénéficier d'un temps raisonnable et du maintien des moyens nécessaires pour asseoir son succès.

Chapitre XVI

Le suivi des recommandations formulées par la Cour

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

Le rapport formule des critiques importantes sur l'insuffisante prise en compte des gains de productivité de la radiologie et de la biologie.

Je souhaite souligner l'ampleur des baisses tarifaires réalisées pour la cotation des actes de biologie au cours des trois dernières années, pour un montant de trois fois 100 M€ en année pleine. Ce mouvement de baisse continu représente une évolution majeure dans une politique tarifaire antérieurement marquée par un mouvement toujours à la hausse. Seule la poursuite de baisses progressives mais continues pour la biologie et la radiologie apparaît de nature à fournir un rééquilibrage des revenus des spécialités médicales. Tel est précisément l'enjeu de l'action menée depuis trois ans.

J'observerai plus précisément que les exemples fournis par le rapport à l'aune de comparaisons internationales et qui correspondent à des données anciennes ne sont plus d'actualité pour la plupart d'entre eux. (...)

Comme le recommande la Cour, ce mouvement de rééquilibrage des revenus des spécialités et de prise en compte des gains de productivité effectués sera poursuivi.