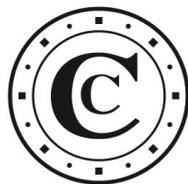


Cour des comptes



RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS,
ORGANISMES ET PERSONNES CONCERNÉS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

Rapport sur l'application des lois
de financement de la sécurité sociale

Mai 2023

RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS, ORGANISMES ET PERSONNES CONCERNÉS

Réponses reçues à la date de la publication (24/05/2023)

Réponse commune du ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion, du ministre de la santé et de la prévention, du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées et du ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics	5
Réponse du ministre de la justice	11
Réponse du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)	18
Réponse du directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf).....	28
Réponse du directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).....	33
Réponse du directeur de l'Établissement national des invalides de la Marine (ENIM)	37
Réponse de la présidente de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	38
Réponse de la présidente du collège de la Haute autorité de santé (HAS)...	39
Réponse du directeur de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS).....	39

Destinataires n'ayant pas répondu

Monsieur le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique

Monsieur le secrétaire d'État, chargé de la Mer

**RÉPONSE COMMUNE DU MINISTRE DU TRAVAIL, DU PLEIN
EMPLOI ET DE L'INSERTION, DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET
DE LA PRÉVENTION, DU MINISTRE DES SOLIDARITÉS, DE
L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DU
MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE,
DES FINANCES ET DE LA SOUVERAINETÉ INDUSTRIELLE
ET NUMÉRIQUE, CHARGÉ DES COMPTES PUBLICS**

Pour évaluer l'exécution 2022 et les perspectives pour 2023 et à moyen terme, le chapitre du rapport relatif à la situation financière fait le choix de s'écarter des données figurant dans les comptes clos en raisonnant à partir d'un solde 2021 qui ne s'établirait pas selon elle à -24,3 Md€ sur le champ des régimes de base et du FSV, mais à -29,3 Md€, du fait de la position de la Cour consistant à rattacher à l'exercice 2020, et non 2021, une partie des produits de cotisation des travailleurs indépendants qui n'ont pas été appelés en 2020. Conformément à la réponse faite sur ce point au rapport de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale de 2023 et des années précédentes, le traitement comptable opéré sur ce point correspond non seulement à la pratique antérieure admise jusque-là par la Cour mais aussi aux règles validées par le Conseil de normalisation de la comptabilité publique. Par ailleurs, comme rappelé dans la réponse au rapport de certification précitée, le vote dans la LFSS pour 2023 d'une modification du tableau d'équilibre pour l'exercice 2021 ne constitue pas une modification des comptes de ce même exercice : il est en effet impossible, au vu des dispositions légales, d'assimiler l'approbation des tableaux d'équilibre à une modification des états financiers, lesquels doivent être établis et approuvés par les organismes, préalablement au dépôt de la loi de financement, comme la Cour s'en assure d'ailleurs elle-même chaque année. Enfin, l'annexe A approuvée en dernier lieu par le Parlement, c'est à dire dans le cadre de la loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, comporte bien la mention d'un solde de -24,3 Md€ au titre de l'exercice 2021. Dès lors, le choix de la Cour de retenir un point de référence différent de celui résultant des comptes nuit à la pédagogie et la clarté des débats puisqu'il conduit à aggraver artificiellement le déficit de l'exercice 2021 et, par conséquent, à amplifier d'autant l'amélioration constatée en 2022.

Dans le contexte de fort resserrement des délais impartis pour mener à bien les travaux de clôture des comptes et la préparation des agrégats comptables pour le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (PLACSS), nous sommes satisfaits que la Cour envisage d'émettre un avis favorable sur la cohérence des tableaux d'équilibre (TE) et de situation patrimoniale (TP), sans partager cependant le constat d'un

« niveau d[assurance inférieur à celui des années précédentes », qui résulterait des conditions de réalisation et d'audit des tableaux préparés, au regard des évolutions importantes des procédures internes aux organismes et à l'administration (anticipation des accords de soldes et des rapports des commissaires aux comptes, automatisation accrue des retraitements, réalisation des états préparatoires dès le stade des comptes provisoires, homogénéisation et obtention plus précoce des contributions...) mises en œuvre pour maintenir un haut niveau de fiabilité des états financiers et assurer un niveau de documentation suffisant pour les vérifications des rapporteurs.

Par ailleurs, la proposition de la Cour des comptes d'un « avancement du calendrier de quinze jours » pour produire des états financiers définitifs dès le 31 mars (au lieu du 15 avril), qui permettrait certainement de préserver le délai dont disposent ses rapporteurs pour les travaux de certification ne peut être formulée sans évaluer ses conséquences négatives sur le niveau de fiabilité de l'information comptable et financière, qui obèrent très largement cet avantage. En effet, comme l'a établi le groupe de travail coordonné par la direction de la sécurité sociale (DSS) réunissant fin 2022 les organismes et la Cour, cette anticipation dégraderait notablement la qualité des estimations enregistrées dans les comptes (provisions au titre des prestations, produits à recevoir de cotisations, pertinence des taux de dépréciation de créances, etc.), réduirait la précision des données transmises aux attributaires de l'ACOSS et accroîtrait les risques d'erreurs en réduisant les possibilités de supervision et de contrôle et ne serait pas compatible avec les ressources des directions comptables et financières.

Nous tenons à rappeler que l'essentiel de la révision de l'ONDAM 2022 tient aux dépenses imprévues nécessaires pour faire face à la pandémie, notamment en matière de dépistage, et aux conséquences de l'inflation qui a nécessité des financements supplémentaires (mesures de hausse salariale et pour faire face aux charges de fonctionnement). Afin de limiter la progression des dépenses, des mesures de régulation fortes ont été prises au moyen de la mobilisation des mises en réserve et, s'agissant des produits de santé, des remises et de la clause de sauvegarde, qui ont été pleinement opérants. Ces mesures se sont ajoutées à celles intégrées dès la construction (économies de maîtrise médicalisée et sur les dépenses de médicaments).

Le dispositif des expérimentations « article 51 » dont traite le chapitre IV du rapport vise à faire émerger du terrain des réponses innovantes aux situations rencontrées dans la prise en charge soignante ou médico-sociale des patients ou bénéficiaires. La première étape de mise

en place est largement achevée, puisqu'aujourd'hui près de 130 expérimentations sont en cours, avec une cible estimée de 500 000 patients. Les outils, exigeants, ont été mis en place et servent à co-construire les projets avec les porteurs, pour augmenter les chances de réussite. Pour autant, toutes les expérimentations n'arriveront sans doute pas à passer le cap de l'évaluation externe.

Nous rejoignons l'analyse du rapport sur la nécessité d'engager une nouvelle étape, celle de la généralisation ou de l'entrée dans le droit commun des expérimentations réussies. Ces travaux engagés par nos services doivent aboutir d'ici la fin de l'année pour les premières expérimentations et se poursuivre les deux années suivantes. Parallèlement, le « dispositif 51 » devra continuer à faire émerger de nouveaux projets, notamment pour conserver sa vitesse de croisière — autour de 120/130 projets — et continuer à alimenter le système de santé et de protection sociale en innovations organisationnelles, en étroite articulation avec la démarche du « Conseil national de la refondation en santé ». Ce sont ces deux objectifs qui permettront d'en mesurer le succès.

Le transfert du financement des indemnités journalières maternité postnatales de la CNAM à la CNAF, dont la Cour considère au chapitre VI qu'il ne repose pas sur une distinction pertinente, se justifie par la nature de ces indemnités portant sur la période consacrée à l'accueil de l'enfant et non de suivi de la grossesse. Par ailleurs, l'assurance maladie supporte une partie du coût du risque maternité au titre de sa dimension médicale, et elle en assure la gestion et prend en charge les frais de santé versés à ce titre.

Le recours des travailleuses indépendantes et non-salariées agricoles, dont la Cour constate la faiblesse relative s'est amélioré sous l'effet notamment des dispositions de la LFSS pour 2019 qui accroissent à la fois la durée minimale et maximale d'indemnisation. La loi a aussi permis d'expérimenter la reprise partielle d'activité durant le congé de maternité.

La Cour déplore par ailleurs les délais de versement ainsi que la faiblesse de la subrogation et souligne la « voie prometteuse de la subrogation obligatoire. Un ensemble important de chantiers sont entrepris pour faciliter et accélérer la liquidation et le versement des indemnités, en s'appuyant sur la généralisation de la déclaration sociale nominative (DSN). Des travaux sont par ailleurs menés pour simplifier le calcul des indemnités journalières, faciliter la gestion et réduire ainsi les délais de paiement. Quant à la subrogation obligatoire, elle participerait effectivement à l'amélioration des délais de versement et sera de nouveau proposée dès qu'un vecteur législatif en permettra l'adoption.

La proposition d'aligner la durée des droits relatifs au congé d'adoption et au congé pathologique des non-salariées sur celle des salariées pourra par ailleurs être étudiée.

Nous avons noté que la Cour souligne au chapitre VII les efforts et progrès réalisés depuis maintenant deux ans dans la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, qui constitue en effet l'une des préoccupations majeures du Gouvernement. Il est justifié d'intensifier encore la dynamique pour rendre cette politique de contrôle plus efficace et adaptée aux enjeux. De nombreuses recommandations de la Cour correspondent à des axes de travail d'ores et déjà pris en compte dans les futures conventions d'objectifs et de gestion. La CNAM intégrera ainsi dans son système d'information de nouveaux paramètres et moyens de contrôle bloquants dans les circuits automatisés de paiement, dans une logique de meilleure maîtrise des erreurs de facturation et de détection plus rapide des fraudes. La branche famille renovera quant à elle son outil de gestion de la fraude, qui permettra d'intégrer toutes les étapes de procédure et de contradictoire de couvrir l'intégralité de la période jusqu'à la prescription quinquennale, et également d'embarquer les suites judiciaires de la fraude pour un meilleur suivi notamment du recouvrement. En vue de fiabiliser le calcul des droits et ainsi réduire massivement les indus/rappels, la CNAF proposera d'ici début 2025 le pré-remplissage des ressources dans les formulaires de demandes du RSA et de la prime d'activité par l'usage des données du DRM. Cette évolution améliorera substantiellement le versement des justes droits des prestations concernées et en simplifiera l'accès pour les allocataires alors que le non-recours comme la fraude demeurent élevés.

S'agissant de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui fait l'objet du chapitre VIII, nous sommes attachés à ce que les actions se poursuivent et permettent de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et au respect de l'ONDAM. Cela implique en effet de bien étayer les économies attendues et d'en assurer le suivi en exécution, Le programme de rénovation de la gestion du risque (Renov'GDR) lancé par la CNAM dès avril 2021 vise précisément à rénover les outils de la gestion du risque pour en amplifier l'impact en incluant la prévention et la lutte contre la fraude. Le développement de la e-prescription doit comme le recommande la Cour être poursuivi pour être effectif fin 2024 et contribuer à la pertinence des soins.

En lien avec l'ATIH et l'Irdes, le ministère de la santé et de la prévention actualise l'atlas des pratiques des variations chirurgicales afin d'accroître la qualité et la sécurité des soins chirurgicaux d'une part et de mieux connaître la dépense de soins hospitaliers d'autre part.

Enfin nous partageons l'objectif d'enrichir progressivement les données médicales disponibles au niveau national pour contribuer à la conception et au pilotage de dispositif de maîtrise médicalisée ainsi que celui d'améliorer la régulation de l'utilisation des médicaments en dehors du champ prévu par les autorisations de mise sur le marché (hors-AMM).

S'agissant des différences entre les hommes et les femmes à la retraite, abordées au chapitre IX, la Cour rappelle, à juste titre, l'impact des interruptions de carrière du fait de l'éducation des jeunes enfants sur le montant des retraites des femmes, montant qui demeure inférieur en moyenne de 28 % à celui des hommes, même si cet écart est structurellement en réduction.

Les femmes sont désavantagées avant tout, au cours de leur carrière, par de moindres niveaux de salaire comme de taux d'activité, un plus grand recours au temps partiel et, au moment de leur retraite, en raison des règles de calcul moins favorables pour les carrières courtes et à bas salaires en général. Il n'est ni possible, ni souhaitable de compenser dans le seul cadre du système de retraite l'ensemble des effets défavorables cumulés de ces facteurs — l'évolution du marché du travail étant la seule à même de supprimer ces inégalités. Il est en revanche indispensable d'en atténuer au maximum les effets. Afin de compenser cette situation, et d'aller au-delà des mesures visant déjà à améliorer le montant des pensions des femmes, comme les droits familiaux, la LFRSS pour 2023 a renforcé certains dispositifs qui compensent ces conséquences, notamment en permettant aux personnes qui atteignent la durée d'assurance requise avant l'âge d'ouverture des droits et bénéficient de trimestres de majoration de durée d'assurance (MDA) au titre de la maternité, de l'adoption et de l'éducation, soit majoritairement des femmes, de bénéficier d'un dispositif de surcote au titre de l'activité poursuivie entre 63 et 64 ans. La loi a par ailleurs corrigé des situations jusqu'alors défavorables aux femmes, en permettant, à l'avenir, de prendre en compte les trimestres d'affiliation à l'assurance vieillesse du parent au foyer (AVPF) et à l'assurance vieillesse des aidants nouvellement créée (AVA) à la fois pour la durée retenue pour l'éligibilité aux carrières longues et pour celle retenue pour l'attribution du minimum contributif majoré. D'autres mesures permettront de corriger les inégalités dans le calcul de la pension en valorisant les périodes de perception des indemnités journalières pour maternité, antérieures au 1^{er} janvier 2012, dans le salaire de base servant au calcul de la pension (salaire annuel moyen). En outre, la majoration de pension pour enfants a été étendue aux professionnels libéraux et aux avocats dans les mêmes conditions qu'au régime général. Enfin, la revalorisation des petites retraites bénéficiera à un peu plus d'1 million de femmes actuellement retraitées dès 2023, avec une hausse de pension

moyenne d'environ 6 %. Par ailleurs, la hausse du minimum de pension bénéficiera en premier lieu aux femmes : près de 30 0/0 d'entre elles verront leur pension augmenter, d'en moyenne plus de 450 € par mois pour les femmes nées en 1962. Ainsi, la LFRSS pour 2023 va contribuer à la réduction des écarts de pension entre femmes et hommes, qui devraient s'établir sous les 20 % pour les générations pleinement concernées par la réforme (18 % pour ceux nés en 1980).

Au-delà des mesures de la LFRSS 2023, le Gouvernement s'est engagé à mener une réflexion sur les droits familiaux et conjugaux, dans l'objectif d'étudier les adaptations envisageables pour prendre en compte les évolutions du travail comme de la société, et étudier les pistes de convergence entre régimes dans un objectif de simplification et d'équité, tout en étant compatible avec la pérennité financière de notre système par répartition. Le Conseil d'Orientation des Retraites (COR) est chargé de mener cette réflexion.

S'agissant des difficultés constatées par la Cour sur les déclarations au régime de sécurité sociale des marins, objet du chapitre X, il convient de souligner que la situation, suivie de très près au moyen d'un comité stratégique dédié, s'est améliorée en 2022, permettant une augmentation du niveau de déclaration, notamment dans les territoires ultra-marins, et une diminution des anomalies par rapport à 2021, grâce à des efforts importants en termes d'appui à la déclaration et à la fiabilisation. Ainsi, sur l'année 2022, seules 3 % des lignes de services sont affectées d'anomalies bloquantes.

Il n'en reste pas moins que le constat plus général fait par la Cour est pleinement partagé : les effets bénéfiques attendus tant du passage en DSN que du transfert de recouvrement à l'URSSAF de Poitou-Charentes ne pourront être totalement atteints si le cadre général, et notamment les règles de taux et d'assiette, restent inchangées. Le Gouvernement a donc souhaité confier une nouvelle mission spécifiquement sur ce point à l'IGAS et l'IGAM afin d'étudier une réforme de simplification portant sur les données actuellement véhiculées en DSN et visant à garantir une déclaration des lignes de service selon des modalités satisfaisant les besoins de suivi et de gestion de cette population.

Si la nécessité d'envisager une réforme globale du régime de sécurité sociale des marins est partagée, il convient de le faire de manière progressive, afin de tenir compte notamment tant des enjeux de compétitivité de la filière maritime française que de la logique de convergence progressive vers le régime général avec la prise en compte des spécificités des métiers maritimes, notamment en matière d'usure professionnelle.

Nous nous réjouissons enfin que la réforme du contentieux de la sécurité sociale ait permis, comme le constate la Cour dans le chapitre XI sur le traitement des litiges, une amélioration significative du traitement des réclamations des assurés, par exemple pour les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, bien que les résultats restent encore à parfaire dans certains domaines. La recommandation de confier l'ensemble du contentieux des aides sociales au juge judiciaire ne pourrait quant à elle être étudiée que dans un projet de moyen terme, une fois cette première étape stabilisée.

S'agissant du traitement des litiges et réclamations par les organismes eux-mêmes si nous partageons la nécessité de réduire les délais d'instruction, d'améliorer la motivation des décisions et de davantage réussir à prévenir les litiges ultérieurs. La médiation, généralisée depuis 2019, mérite d'être quant à elle développée davantage et permet de réduire les risques de contentieux. Ce rôle peut être renforcé en facilitant l'accès au dispositif et en préservant les délais de recours, et en harmonisant les pratiques des différentes branches, comme le propose également la Cour.

RÉPONSE DU MINISTRE DE LA JUSTICE

Observations sur les projets de recommandations

Le chapitre. (Chapitre XI intitulé « Les litiges des particuliers et des entreprises avec les organismes du régime général de sécurité sociale : des progrès à amplifier » du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023 (RALFSS) n'appelle pas d'observations nouvelles de la part du ministère de la justice.

Au sein de ce chapitre les recommandations n° 28 et 29 appellent cependant des observations complémentaires de la part du ministère de la justice.

1.Recommandation n° 28 : effectuer une étude d'impact détaillé d'un transfert du juge administratif au juge judiciaire des contentieux dits de l'aide sociale, destiné à faciliter pour les particuliers l'accès à la justice

Au sujet de l'opportunité d'un tel transfert, il doit être relevé que les tribunaux judiciaires sont encore en cours d'absorption du contentieux social survenu au 1^{er} janvier 2019.

Par ailleurs, l'accompagnement d'un tel transfert nécessiterait un plan de recrutement ambitieux de greffiers en tenant compte des contraintes suivantes :

- *d'une part, les greffiers arrivent en scolarité 18 mois après leur recrutement effectif compte tenu du temps de scolarité ;*
- *d'autre part, actuellement, le ministère de la justice assure la mise en œuvre du plan de recrutement de 1500 greffiers supplémentaires prévu au quinquennal 2023-2027, sans disposer a priori d'une marge de manœuvre supplémentaire..*

2. Recommandation n° 29 : instaurer une représentation obligatoire des requérants, particuliers et entreprises, par un avocat ou une association de leur choix devant les chambres sociales des cours d'appel qui traitent des contentieux de la sécurité sociale.

La procédure devant les tribunaux judiciaires et les cours d'appel en matière de contentieux de la sécurité sociale est actuellement une procédure orale. Le projet de rapport préconise l'instauration d'une procédure écrite avec représentation obligatoire au stade de l'appel, qui s'appliquerait aux seuls particuliers/entreprises (requérants initiaux) et ne serait pas étendue aux organismes de sécurité sociale. Une telle représentation pourrait être effectuée par un avocat ou une association.

Cette proposition est issue du constat de la longueur des délais de jugement, notamment devant les chambres sociales des Cours d'appel, qui peuvent être supérieurs à trois ans. Le projet de rapport note également, sur le fondement de données antérieures à la réforme des pôles sociaux, que tes particuliers s'abstiennent de recourir à une assistance juridique externe dans six affaires sur dix, et ce malgré la fragilité de leur état de santé ou de leur situation sociale,

Ainsi, il est jugé que la représentation obligatoire par un avocat ou une association permettrait d'assurer une meilleure préparation des dossiers et in fine une accélération des délais de traitement.

Plusieurs observations peuvent être formulées sur ce point.

1°) Sur l'intérêt des associations à agir en représentation des requérants

Les conditions de l'action en justice devant les juridictions civiles sont définies à l'article 31 du code de procédure civile, qui dispose que « L'action est ouverte à tous ceux qui ont un intérêt légitime au succès ou au rejet d'une prétention, sous réserve des cas dans lesquels la loi attribue le droit d'agir aux seules personnes qu'elle qualifie pour élever ou combattre une prétention, ou pour défendre un intérêt déterminé ».

L'intérêt à agir implique le caractère personnel et direct de l'intérêt défendu. L'adage « nul ne plaide par procureur » suppose que nul n'est recevable à défendre l'intérêt d'autrui.

Selon l'article 6 de la loi du 1^{er} juillet 1901, « toute association déclarée peut, sans aucune autorisation spéciale, ester en justice ». L'intérêt à agir en justice des associations est en principe limitée à la défense de ses intérêts propres, en réparation d'un préjudice subi par elle personnellement, ainsi qu'à la défense de l'intérêt collectif de ses membres, ou de l'intérêt général.

La loi admet toutefois qu'une association puisse agir en défense de l'intérêt personnel d'autrui dans deux hypothèses qui sont en l'état strictement limitées :

L'article L. 11343 du code du travail permet aux associations de lutte contre les discriminations d'agir à la place d'une victime de discrimination à condition de justifier d'un accord écrit de l'intéressé. En l'absence de mandat ou d'autorisation, l'action est irrecevable. Cette action est ouverte tant devant les juridictions civiles article 1263-1 du code de procédure civile que devant les juridictions administratives (article R. 779-9 du code de justice administrative)

En matière d'action de groupe, la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 permet aux associations d'agir, sans mandat et sans autorisation préalable, « devant une juridiction civile afin d'obtenir la réparation des préjudices individuels subis par des consommateurs placés dans une situation similaire ou identique et ayant pour cause commune un manquement d'un ou des mêmes professionnels à leurs ..obligations légales ou contractuelles Le Conseil constitutionnel a considéré que ces dispositions ne méconnaissent pas le droit à un recours juridictionnel effectif ni les droits de la défense tels que définis par l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, qui implique l'existence d'une procédure juste et équitable garantissant l'équilibre des droits des parties (CC. Décision n° 2014-690 DC).

S'il pourrait être envisagé d'ouvrir l'intérêt à agir des associations sur le modèle procédural de l'article L. 1134-3 du code du travail précité, le champ matériel d'une telle ouverture différerait toutefois substantiellement en ce qu'il ne serait pas circonscrit à certaines actions (ici relatives à la discrimination) mais s'étendrait à l'ensemble du contentieux de la sécurité sociale, extrêmement technique tant en matière de recouvrement que relativement aux règles régissant le régime d'accident du travail et des maladies professionnelles (AT-MP).

En opportunité, la capacité des associations à assurer la défense des justiciables dans un tel contentieux est incertaine et mériterait d'être expertisée pour pouvoir conclure qu'elle présente des garanties suffisantes des droits des parties qui leur confieraient la défense de leurs intérêts, et alors que la représentation des requérants s'effectue actuellement exclusivement par avocat.

2°) Sur la dispense, pour les organismes de sécurité sociale, de l'obligation de se faire représenter par un avocat

Une telle dispense a déjà été introduite en matière civile en application de l'article 2 de la loi n° 20071787 relative à la simplification du droit (dans sa version issue de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019) par le décret n° 2019-1333 du 11 décembre 2019 réformant la procédure civile :

- dans le cadre de la procédure judiciaire d'indemnisation en cas d'expropriation pour cause d'utilité publique. L'article R. 311-9 du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique prévoit ainsi une dispense d'avocat au profit de l'État, des régions, des départements, des communes et de leurs établissements publics, qui peuvent se faire assister ou représenter par un fonctionnaire ou un agent de leur administration ;*
- en matière de contentieux fiscal relevant du juge judiciaire, l'article R*202-2 du livre des procédures fiscales prévoit une représentation obligatoire par avocat avec une dispense pour l'État, les régions, les départements, les communes et les établissements publics, qui peuvent se faire assister ou représenter par un fonctionnaire ou un agent de leur administration ;*
- devant le juge de l'expropriation, l'article R. 121-7 du code des procédures civiles d'exécution prévoit une dispense de représentation par avocat pour l'État, les régions, les départements, les communes et les établissements publics, y compris pour les litiges supérieurs à 10.000 € dans lesquels la représentation par avocat est obligatoire. .*

L'extension d'une telle dispense, aujourd'hui circonscrite à l'État et aux administrations largement entendues, aux organismes de sécurité sociale devra être analysée à l'aune de leur statut d'organismes de droit privé, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, et chargés d'une mission de service public. Les organismes nationaux du régime général ont la qualité d'établissement public administratif.

Instaurer une exception à la représentation obligatoire pour les seuls organismes de sécurité sociale aurait pour conséquence de créer une asymétrie entre les parties. Conformément au principe d'indépendance des

rappports entre caisse-employeur d'une part, et caisse-salarié d'autre part, le contentieux de la sécurité sociale oppose ainsi toujours un salarié ou un employeur à un organisme de sécurité sociale, à l'exception de la faute inexcusable de l'employeur, instance dans laquelle les trois parties (caisse, employeur, salarié) sont réunies.

Si une telle asymétrie entre les parties est déjà induite par les dispenses introduites par le décret n° 20191333 du 11 décembre 2019, il convient d'analyser sa conformité au droit au procès équitable, tel que garanti par l'article 6 S 1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme, et plus particulièrement aux principes d'égalité des armes et de l'effectivité de l'accès au juge.

Le principe d'égalité des armes s'attache notamment au respect du principe du contradictoire. La Cour européenne des droits de l'homme estime qu'il ne saurait tolérer de situation de net désavantage entre les parties.

Le désavantage introduit par la dispense de représentation obligatoire aux organismes de sécurité sociale serait ici d'ordre strictement financier, les justiciables étant contraints d'engager des frais d'assistance et de représentation qui n'incomberaient pas aux caisses. Or, si l'article 6 de la CESDH n'impose pas à l'État de fournir une aide judiciaire gratuite dans toute contestation d'un « droit de caractère civil l'État peut toutefois être astreint à prévoir l'assistance d'un membre du barreau quand celle-ci se révèle indispensable à l'accès au juge, notamment lorsque la loi prescrit la représentation par avocat (CEDH Airev contre Irlande 1979, §26)1 Le droit à l'octroi d'une aide judiciaire n'étant pas absolu, la Cour admet ainsi que les États y prévoient des limitations, relatives notamment à la situation financière du plaideur et à ses chances de succès dans la procédure.

Ainsi, si la dispense de représentation obligatoire plaçait les organismes de sécurité sociale en situation d'avantage financier par rapport aux requérants non éligibles à l'aide juridictionnelle, une violation du principe d'égalité des armes paraît devoir être écartée.

La Cour européenne des droits de l'homme compte également parmi les garanties offertes par l'article 6 de la CESDH l'accès effectif au juge, qui s'apprécie à l'aune de la complexité de la procédure. À ce titre, il sera utilement rappelé que la procédure écrite avec représentation obligatoire devant la cour d'appel est éminemment plus complexe que la procédure orale, en ce qu'elle prévoit un certain nombre de restrictions de forme qui régissent tant l'effet dévolutif de l'appel à travers le contenu de l'acte d'appel que la recevabilité de l'appel, encadrée dans des délais contraints.

Cette complexité ne serait néanmoins pas de nature à priver le justiciable d'un accès effectif à un tribunal, dans la mesure où il est tenu de bénéficier d'une représentation juridique par un avocat ou une association. La Cour de cassation a récemment jugé que la représentation' par un non-professionnel du droit, offrait des garanties équivalentes à celles du justiciable représenté par un avocat quant au respect des droits de la défense et de l'équilibre des droits des parties. .

Aux termes d'un arrêt Cass. 2ème Civ. 8 décembre 2022 n° 21- 16.186, la Cour de cassation a ainsi écarté toute atteinte au droit d'accès au juge liée aux charges procédurales incombant à un représentant qui n'est pas un professionnel du droit. Après avoir relevé que le défenseur syndical bénéficie d'un statut résultant de dispositions légales et réglementaires (notamment concernant les critères de sélection et la formation obligatoire) qui sont destinées à offrir au justiciable représenté par celui-ci des garanties équivalentes à celles du justiciable représenté par un avocat quant au respect des droits de la défense et de l'équilibre des droits des parties, elle a considéré que « le défenseur syndical, que choisit l'appelant pour le représenter, s'il n'est pas un professionnel du droit, n'en est pas moins à même d'accomplir les formalités requises par la procédure d'appel avec représentation obligatoire sans que la charge procédurale en résultant présente un caractère excessif de nature à porter atteinte au droit d'accès au juge garanti par l'art. 6, S 1, de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ». À noter que dans l'affaire en cause, le défenseur syndical avait oublié de mentionner les chefs de jugement critiqués, de sorte que la cour d'appel a jugé qu'elle n'était saisie d'aucune demande en l'absence d'effet dévolutif de l'appel). .

Si le passage d'une procédure orale à une procédure écrite avec représentation obligatoire par avocat ou une association, obligation dont seraient dispensés les organismes de sécurité sociale, ne se heurte à aucun obstacle de nature conventionnel ou constitutionnel, la question de l'opportunité de sa recommandation 29 demeure. La complexité de la procédure écrite devant la Cour d'appel ne saurait en tout état de cause s'analyser comme une condition de meilleure préparation du dossier et un gage de célérité dans l'examen de l'affaire et le rendu de la décision, dans la mesure où elle peut être de nature à complexifier et rallonger la procédure.

3°) L'extension de la qualité à agir aux associations doublée de la dispense de représentation obligatoire pour les organismes de sécurité sociale dans le cadre d'une procédure « avec représentations obligatoires » au sens du code de procédure civile poserait des difficultés matérielles d'organisation pour les juridictions

L'article 930-1 du code de procédure civile dispose « qu'à peine d'irrecevabilité soulevée d'office, [en procédure avec représentation obligatoire], les actes de procédure sont remis à la juridiction par voie électronique. »

Or, il est constant que les associations comme les organismes de sécurité sociale n'ont pas accès au réseau RPVA, utilisé dans la communication électronique devant la Cour d'appel. Les textes prévoient néanmoins des exceptions au recours à la communication électronique lorsque l'un des parties est représenté par un non professionnel du droit, représentation actuellement ouverte au Seul défenseur syndical représentant le salarié en matière prud'homale.

L'article 930-2 du code de procédure civile prévoit ainsi que les actes de procédure effectués par le défenseur syndical puissent être établis sur support papier et remis au greffe, ou lui être adressés par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. .

L'article 930-3 du même code organise ensuite les notifications entre un avocat et un défenseur syndical, en prévoyant qu'elles soient effectuées par LRAR ou par voie de signification.

Lors d'un arrêt récent Cass. 2ème Civ. 8 décembre 2022 n° 21- 16.487 la deuxième chambre civile de la Cour de cassation a écarté toute atteinte à l'égalité des armes résultant de l'obligation faite aux défenseurs syndicaux, en matière prud'homale, de remettre au greffe les actes de procédure ou de les adresser par LRAR aux motifs que « l'obligation impartie défenseurs syndicaux, en matière prud'homale, de remettre au greffe les actes de procédure ou de les lui adresser par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, ne crée pas de rupture dans l'égalité des armes, dès lors qu'il n'en ressort aucun net désavantage au détriment des défenseurs syndicaux auxquels sont offerts, afin de pallier l'impossibilité de leur permettre de communiquer tes actes de procédure par voie électronique dans des conditions conformes aux exigences posées par le code de procédure civile, des moyens adaptés de remise de ces actes dans les délais requis ».

Il pourrait être ici envisagé que les dispositions des articles 930-2 et 930-3 précités soient étendues aux associations ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale, dispensés de représentation obligatoire et donc privés d'accès au RPVA. .

Par ailleurs, en l'absence de dispositif technique idoine, les dispositions du deuxième alinéa de l'article 930-1 CPC, qui prévoient que lorsqu'un acte ne peut être transmis par voie électronique pour une cause

étrangère à celui qui l'accomplit, il est établi sur support papier et remis au greffe ou lui est adressé par LRAR, pourraient être invoquées.

Il n'existe donc pas d'obstacle juridique insurmontable, mais en pratique, l'organisation du contradictoire et le respect des règles de procédure qui sont mises en avant par la Cour des comptes pour justifier sa recommandation restent très complexes.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)

Par courrier en date du 31 mars 2023, vous avez adressé à la Caisse nationale de l'Assurance Maladie cinq chapitres du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023. J'ai pris connaissance avec attention de vos analyses et de vos recommandations. Comme vous m'y invitez, je souhaite vous faire part des principales observations qu'appelle ce rapport.

1. Chapitre IV relatif aux expérimentations et tarification de soins

Je partage pour l'essentiel le sens des propositions de ce chapitre et certaines d'entre elles sont d'ores et déjà mises en œuvre, en particulier en ce qui concerne les actions de préparation de l'entrée dans le droit commun des expérimentations arrivées à leur terme et faisant l'objet d'une évaluation favorable.

Vous mettez en avant, à juste titre, qu'il est essentiel et urgent d'élaborer une stratégie de généralisation puisque 35 expérimentations arriveront à terme en 2023. À cet effet, la collaboration étroite entre les services de l'État et de l'Assurance maladie se poursuit afin, premièrement, d'identifier les expérimentations ayant vocation à être généralisées, deuxièmement, de distinguer celles dont l'entrée dans le droit commun nécessite une évolution des compétences de certaines professions de santé, celles qui nécessitent de définir, à cadre juridique global constant, de nouvelles rémunérations et celles qui nécessitent la construction d'un cadre juridique ad hoc et, troisièmement, d'entreprendre les travaux législatifs, réglementaires ou conventionnels nécessaires.

Concernant votre recommandation visant à limiter le flux d'entrée de nouveaux projets tout en s'assurant qu'ils correspondent aux orientations prioritaires, je partage le souci de maintenir le portefeuille d'expérimentations dans des proportions raisonnables, il me semble toutefois important de conserver la possibilité d'écoute et d'initiatives des

acteurs de terrain, même si le recours à de nouvelles expérimentations pourra être plus sélectif.

S'agissant de votre recommandation sur la mise en place d'une analyse globale de l'évaluation des expérimentations par thématiques, vous mentionnez que plusieurs évaluations ont pu être regroupées car des expérimentations étaient nombreuses à porter sur un thématique identique, telles que l'obésité ou la télésurveillance. Comme nous avons déjà eu l'occasion de le formuler, si cette démarche présente un intérêt fort, il convient de ne pas en négliger la lourdeur de processus qui pourrait engendrer un retard sur la généralisation d'expérimentations prometteuses. Ce type d'analyse doit être réservé aux thématiques les plus complexes, ou faisant l'objet d'un nombre important et divers d'expérimentations ou encore à des thématiques de capitalisation transversale.

2. Chapitre VI relatif aux dépenses de congés de maternité et de paternité

Le rapport est sévère quant aux délais de versement, dont il estime qu'ils se sont dégradés ces dernières années en dépit de l'utilisation de la déclaration sociale nominative (DSN).

Il me paraît important de rappeler que le délai moyen de paiement des assurées — qui était de 3 1,5 jours avant la crise sanitaire— est inhérent au processus de traitement des IJ et a des causes multiples : notamment, le paiement d'une IJ maternité ne peut se faire en caisse qu'à réception de l'attestation de salaire transmise par l'employeur.

Je rejoins toutefois la Cour pour considérer que la dématérialisation (via DSIJ/DSN) est essentielle pour réduire et harmoniser les délais de traitement. Par ailleurs, bien que la subrogation systématique pour les congés de maternité, d'adoption et de paternité ne figure pas dans la LFSS pour 2023, à la suite de la décision du Conseil constitutionnel¹, je tiens à confirmer que cette mesure revêt une importance majeure pour faciliter l'indemnisation des assurées. En 2021, seuls un tiers de ces arrêts ont été entièrement subrogés, moins que pour les arrêts maladie dont le taux de subrogation approche 50 %.

Concernant les mesures exceptionnelles d'allègement et de simplification des processus de liquidation et de contrôles mises en œuvre par la Cnam en accord avec le ministère, je tiens à rappeler leur objectif : conserver un service rendu de qualité, alors que les volumes d'avis d'arrêts de travail réceptionnés en caisses subissaient les effets durables de la crise

¹ Décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022.

sanitaire. Au demeurant, ces mesures n'ont été octroyées que temporairement et encadrées par des consignes précises.

Si la Cour regrette que ne figure pas dans la COG maladie d'objectifs sur le taux de recours aux congés maternité ou paternité indemnisé, je doute que le premier apporterait une information pertinente sur notre qualité de service, ce congé étant pris quasi systématiquement par les salariées. Pour les congés paternité, un suivi attentif de la montée en charge de la réforme a été effectué, sans être inclus dans la COG. En revanche, la question du non-recours au congé maternité par les femmes travailleuses indépendantes soulevée par le rapport est un sujet qui implique certainement une réflexion structurelle et interbranche, dans un champ plus large que l'indemnisation du congé.

Quant au congé pathologique post ou prénatal, s'il est exact que leur suivi statistique est perfectible, j'attire l'attention de la Cour sur la difficulté de l'exercice, ces congés étant classifiés sous différents risques : par exemple, un arrêt 5 semaines avant le démarrage d'un congé maternité légal » correspond à 2 semaines de congé pathologique classé sur le risque maternité et à 3 semaines classées sur le risque maladie et non immédiatement identifiées comme en lien avec une grossesse. Si la production de statistiques serait possible pour le congé pathologique prénatal (identifié par un code spécifique), le congé post-natal, indemnisé en maladie, n'est pas identifiable. Cela impliquerait d'assez lourdes études ad hoc impossibles à suivre avec un reporting simple. De ce point de vue, j'assume clairement une priorisation des actions de gestion du risque, notamment de contrôle, sur les IJ maladie.

Je vous confirme que la finalisation du transfert du financement des congés de maternité et de paternité vers la branche famille, qui fait l'objet d'une recommandation de la Cour, est en cours et sera mise en production en juin prochain. Nous procédons actuellement aux évolutions du SI afin de pouvoir isoler les IJ maternité post-natales et de les imputer sur un compte comptable distinct. Dans l'attente, les facturations s'appuient sur les résultats issus d'une requête établie par la Cnam.

Enfin, certains développements de la Cour appellent les précisions suivantes. Il paraîtrait préférable de ne pas afficher le montant de cotisations dues car le montant pris en compte est celui en vigueur au 1er jour de la période de référence, ce qui pourrait s'avérer différent du montant en vigueur au moment du début du congé maternité.

Je tiens également à préciser qu'après la naissance, le congé pathologique ne peut être que de 15 jours dans tous les cas.

3. Chapitre VII relatif à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales

Depuis l'enquête réalisée par la Cour à l'été 2022, l'Assurance Maladie a engagé une stratégie renouvelée et volontariste de contrôle et de lutte contre la fraude et a poursuivi ses travaux d'évaluation.

Cette stratégie répond à notre objectif « d'aller plus vite et plus fort » pour atteindre, en 2024, 500 M€ de préjudices financiers détectés et stoppés. Ses effets sont d'ores et déjà visibles sur les résultats provisoires 2022 (315,8 M€ en 2022, + 10 % par rapport à 2019), et ce malgré les contraintes liées au contexte covid (absence de contrôles T2A notamment). Cette stratégie repose sur quatre piliers : évaluer, prévenir, détecter, contrôler et sanctionner les abus et les fraudes.

Je partage la position de la Cour sur la nécessité de voir appliquer les mesures législatives déjà votées. À cet égard, l'Assurance Maladie a été force de propositions sur un ensemble de mesures fraudes » adoptées dans la LFSS 2023, notamment l'accroissement des pénalités financières, et l'extension des procédures de déconventionnement. Si la mesure visant à limiter la prise en charge des arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation à ceux prescrits par le médecin traitant de l'assuré ou un médecin que l'assuré a déjà consulté dans les 12 mois qui précèdent a été censurée par le Conseil constitutionnel², l'Assurance Maladie travaille à identifier d'autres modalités d'encadrement de cette pratique.

Concernant les supposés détournements » de cartes Vitale évoqués par la Cour, je souligne que le sujet des cartes Vitale surnuméraires, dont le nombre est aujourd'hui résiduel, ne constitue pas en lui seul un sujet de fraude. Il est risqué d'établir une confusion entre la notion de droits, leur validité et la simple existence d'une carte Vitale. L'utilisation véritablement frauduleuse d'une carte Vitale par un bénéficiaire est un acte complexe, requérant la conjonction de multiples facteurs, dont la complicité du professionnel de santé.

En ce qui concerne le dénombrement avancé des 2,1 M d'assurés en prétendu surnombre », cette donnée est issue d'un rapprochement des bases Insee et RNIAM qui contribue à maintenir artificiellement un effet de flou sur des problématiques de gestion de bases qui ne servent ni le même objet ni la même finalité. Cet exercice théorique entraîne une présomption de responsabilité à l'égard de la Cnam sur des domaines de gestion qui ne lui incombent pas et ce alors que la qualité des données issues de l'Insee sur le recensement des populations a été récemment

² Idem.

questionnée par celui-ci ³. Au demeurant, l'écart entre les bases Insee et RNIAM, une fois retraité des cas qui disposent d'une explication tout à fait claire, représente quelques centaines de milliers de lignes, loin des millions avancés, qui, en pourcentage du nombre total d'assurés, s'inscrivent statistiquement dans la marge d'erreur.

Par ailleurs et en lien avec la problématique soulevée ci-dessus, la demande de transmission des données par âge des porteurs de cartes Vitale à la Cour n'a pas pu être satisfaite car la Cnam ne dispose pas d'une visibilité sur la totalité des bases bénéficiaires des régimes. Il nous est matériellement impossible d'effectuer cette extraction de façon globale pour la confronter avec les données du RNIAM d'une part ou avec les données issues du GIE SESAM Vitale. J'émet de fortes réserves quant à la pertinence d'un croisement de données opéré sur les âges et, a fortiori, avec la base carte Vitale. En effet, la notion de « bénéficiaire éligible à une carte Vitale » implique notamment que le processus d'autonomisation des mineurs ait été opéré, ce qui n'est généralement pas le cas. A ce titre, et sur les tranches d'âge concernées, le recoupement avec les données Insee ne pourrait au mieux qu'être partiel, étant en outre rappelé que l'Insee lui-même conclut à une très forte disparité entre les données du recensement annuel des mineurs et les données d'état civil dans l'étude visée plus haut. Au regard de ces éléments, il ne semble pas possible d'atteindre la démonstration souhaitée par la Cour selon la méthodologie proposée.

La Cour évoque enfin le maintien à tort de droits par l'Assurance Maladie à la suite de départ à l'étranger ou de péremption du titre de séjour. Outre le fait que l'Assurance Maladie ne dispose pas nécessairement des informations sur ces départs, les plans de contrôle PUMA ont été déployés afin de contrôler les droits et, le cas échéant, de procéder à leur fermeture après mise en œuvre d'une procédure contradictoire. Ce processus a été largement amélioré et renforcé avec notamment l'intégration depuis 2020 des non-consommateurs, des fonctionnaires, des travailleurs indépendants et des plus de 80 ans sans consommation de soins. En 2022, les premiers assistants digitaux ont été expérimentés puis déployés afin de simplifier et d'accélérer le rythme de réalisation des contrôles : grâce à ces gains de temps, il est possible d'envisager le passage d'un rythme trisannuel à biennuel concernant les contrôles de résidence.

Enfin, il est intéressant de noter que plus de 70 % des dossiers soumis à contrôle font l'objet d'un maintien de droits, chiffres tendant à

³ INSEE – Étude numéro 136 en date d'octobre 2020 – La qualité des estimations de population dans le recensement.

confirmer le caractère minoritaire, dans les faits, des fermetures de droits suite à contrôle. Les premiers travaux menés dans le cadre de la certification des comptes montrent par ailleurs des enjeux financiers limités, avec un risque financier évalué à environ 35 M€ en 2022 sur le champ des soins de ville⁴

4. Chapitre VIII relatif à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Tout d'abord, je souhaite rappeler que l'Assurance Maladie a engagé un chantier de transformation profonde des actions de maîtrise médicalisée dans le cadre du programme « Renov' GDR », avec une mise en œuvre importante et concrète dès 2022 au travers d'un programme d'actions ambitieux et détaillé (plus d'une centaine d'actions opérationnelles). L'analyse qui est faite par la Cour de la maîtrise médicalisée comme « un outil décevant au regard des ambitions dont la refonte est nécessaire » me semble donc datée.

Comme la Cour le souligne, la conception de la maîtrise médicalisée et de gestion du risque évolue. La maîtrise médicalisée doit s'intégrer dans une stratégie globale de gestion du risque, laquelle ne doit pas (plus) être appréhendée comme cloisonnée : la condition de réussite d'une gestion du risque la plus efficace est bel et bien un ensemble d'actions graduées s'intéressant à chacun des segments de la chaîne de valeur de production et de facturation des soins. La maîtrise médicalisée a donc toute sa place dans le processus de gestion du risque — il est ainsi inexact d'affirmer que la Cnam tend à placer la maîtrise médicalisée au second plan — mais doit s'articuler avec les autres leviers. À ce titre, la représentation des contours de la gestion du risque dans le schéma n° 4 apparaît quelque peu réducteur : celui-ci n'inclut pas les actions visant à améliorer les parcours de soins pouvant être classées autant dans la maîtrise médicalisée que dans la pertinence des soins. Il n'inclut pas non plus les actions d'accompagnement et de contrôle d'une meilleure facturation des soins par les professionnels de santé. Enfin, la gestion du risque englobe toutes ces actions y compris la pertinence des soins : la flèche « gestion du risque » gagnerait à traverser le schéma de gauche à droite.

Contrairement à ce qu'indique la Cour, les actions sur les indemnités journalières (IJ) sont bien intégrées aux actions de maîtrise médicalisée. L'utilisation d'outils tels que les MSO ou MSAP visent, en

⁴Cette estimation a été réalisée en prenant en compte la consommation de soins de ville pour l'ensemble des personnes dont les droits ont été fermés en 2022, sur une période de 12 mois précédant la fermeture du droit. Toutefois cette estimation ne prend pas en compte les consommations de soins hospitaliers.

contrôlant et accompagnant les pratiques les plus atypiques, à inciter les professionnels de santé à améliorer leurs pratiques sans pour autant les sanctionner au sens pénal. L'Assurance maladie a d'ailleurs engagé un travail de rénovation de ces outils afin d'en simplifier la procédure et de les recentrer sur les professionnels de santé dont la prescription d'IJ est la plus atypique.

La Cour fait le constat que la maîtrise médicalisée ne concerne que de manière secondaire les dispositifs médicaux, les transports sanitaires, et encore moins les dépenses hospitalières. Or, l'Assurance Maladie entend également réinvestir l'hôpital sur le champ de la qualité et de la pertinence des soins, notamment au travers des dispositifs renouvelés de l'IFAQ (Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité) et du CAQES. Ainsi, l'Assurance Maladie poursuit le déploiement du CAQES et la mise en place d'un nouvel accompagnement sur la qualité de la lettre de sortie qui constitue un des indicateurs de l'IFAQ. Le dispositif IFAQ, initialement doté de 200 M€ en 2019, a été maintenu malgré la situation sanitaire dégradée pendant la crise du Covid-19 (400 M€ en 2020 et 450 M€ en 2021) et étendu à de nouveaux champs d'intervention (prévention, santé mentale, qualité numérique etc.). L'Assurance Maladie accompagne également les hôpitaux.

La Cour estime que le chiffrage des économies est artificiel. Leur mesure était auparavant réalisée au niveau macroéconomique par comparaison au tendanciel (avec un risque de surestimation des rendements des actions dont la mesure n'est pas évidente).

Si l'Assurance Maladie privilégie une approche d'évaluation par action, dans un souci de proposer une mesure plus générale des économies réalisées, elle met en œuvre en complément un suivi du taux de déploiement du plan d'actions ainsi que depuis l'année 2022 un nouvel indicateur régional de suivi des dépenses par individu, en déclinaison de l'objectif ONDAM.

La Cour dresse le constat d'une diminution des moyens consacrés à la maîtrise médicalisée au sein du réseau des CPAM et des DRSM entre 2015 et 2021. Je tiens toutefois à souligner que cette estimation est le reflet de la comptabilité analytique suivie par l'Assurance Maladie et, qu'à ce titre, le volume d'ETP consacré à la maîtrise médicalisée a effectivement diminué de façon conjoncturelle en 2020 et 2021 en raison de la crise sanitaire et de la mobilisation priorisée sur l'activité de contact tracing des effectifs DRSM et CPAM. En neutralisant ces périodes, les effectifs présentent plutôt une relative stabilité, en dehors de problématiques connues en matière de recrutement de personnels médicaux.

La Cour considère que le système d'information est faiblement médicalisé. Toutefois, même s'il est vrai que certains pans de la prise en charge des soins, notamment en ville, y sont insuffisamment décrits, les nomenclatures et tarifications sur lesquelles s'appuie le Sniiram ne sont pas déconnectées du fait médical. Il est également à noter que l'Assurance Maladie met à disposition des professionnels de santé des outils d'aide à la prescription et à la pratique quotidienne en exploitant ses données, par exemple via la datavisualisation des profils individuels de prescriptions sur les antibiotiques ou encore l'outil Visuchir qui permet de visualiser l'activité chirurgicale. L'Assurance Maladie a également engagé une importante rénovation des demandes d'accord préalable (DAP) où, après une nécessaire phase d'état des lieux, les travaux de rationalisation et de dématérialisation sont en cours.

L'Assurance Maladie rejoint la Cour sur le fait que le déploiement de la e-prescription, ou ordonnance numérique, est un levier de performance important. Le service sera progressivement généralisé en 2023 à l'ensemble des professions médecins et pharmaciens, au rythme de l'avancement des différentes solutions logicielles déployées sur le marché. L'objectif est celui d'un déploiement à l'ensemble des prescripteurs et prescrits (hors prescriptions exécutées en établissements) au plus tard au 31 décembre 2024.

5. Chapitre XI relatif aux litiges des particuliers et des entreprises avec les organismes du régime général de sécurité sociale

Je rejoins la Cour sur ses principaux constats et notamment sur les progrès notables sur le traitement des contestations par l'Assurance Maladie, qui comporte encore des marges d'efficience. Je tiens à nouveau à rappeler l'importance accordée par l'Assurance Maladie à ce sujet qui, comme vous le mentionnez dans votre rapport, bénéficiait depuis longtemps d'un réseau de conciliateurs, dont le rôle a été encore renforcé récemment. En outre, les processus précontentieux et contentieux font l'objet d'un pilotage avec un suivi de l'amélioration de la qualité. Dans cette perspective, l'Assurance Maladie a lancé en 2019 le déploiement d'un outil national de gestion des contentieux (ONGC), qui s'achèvera d'ici la fin du premier semestre 2023 et permettra de disposer d'un pilotage plus fin de l'activité et de concourir à l'efficience de la qualité des décisions rendues par les caisses primaires.

Concernant la recommandation de la Cour d'instaurer une représentation obligatoire des requérants devant les chambres sociales des cours d'appel qui traitent des contentieux de la sécurité sociale, l'Assurance Maladie a déjà eu l'occasion de s'opposer fermement à la mise en place d'une représentation obligatoire. Cette mesure va à l'encontre de

l'un des piliers du contentieux de la sécurité sociale qu'est la gratuité de ce contentieux quel que soit le degré de juridiction afin de ne pas léser les assurés sociaux. Il faudrait en tout état de cause et comme le souligne la Cour, que cette représentation obligatoire ne s'impose pas aux organismes de sécurité sociale afin de minimiser les dépenses supplémentaires que cela engendrerait pour les CPAM.

La Cour recommande par ailleurs d'intégrer progressivement aux notifications de décisions défavorables la mention de la possibilité de saisir le médiateur, afin d'accroître la place de la médiation dans la résolution des contestations à l'encontre des décisions des organismes du régime général. Je tiens à préciser que l'information sur la possibilité de saisine par l'assuré du médiateur est largement disponible sur le principal canal d'information des assurés, ameli.fr., et sa saisine directe reste possible via le compte Ameli. En outre, une telle mention dans les notifications de décisions défavorables risquerait d'être source de confusion pour les assurés sur l'articulation entre les deux voies offertes au requérant (judiciaire et médiation).

La Cour préconise également de renforcer le rôle de prévention des contentieux assuré par les CRA ou la CMRA et pointe à ce sujet les délais de réponse et le manque de ressources médicales pour les CMRA, lié notamment aux extensions de son périmètre de compétence, la dernière faisant suite à l'abrogation de l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale relative à l'expertise médicale au 1er janvier 2022. Par ailleurs, une voie d'évolution évoquée consiste à confier au service médical de l'Assurance Maladie les missions actuelles du CRRMP et, à la CMRA l'examen des recours précontentieux à l'encontre de ces décisions. Cette piste présente le triple avantage de décharger la CRA d'un contentieux sur lequel elle n'a que très peu de marge d'appréciation, de mutualiser les ressources médicales de l'actuel CRRMP et de la CMRA et enfin de positionner un véritable précontentieux sur le sujet de la reconnaissance des maladies professionnelles hors tableau. Je partage donc cette proposition qui nécessitera l'intervention du législateur et du pouvoir réglementaire.

Quant au caractère lacunaire » relevé par la Cour sur la motivation des avis rendus par la CMRA, il s'explique essentiellement par l'impossibilité — au regard du respect du secret médical — d'y faire figurer des éléments médicaux. Afin de remédier à cette difficulté, les consignes de la Cnam ont évolué en 2021 pour garantir un envoi systématique par les CMRA des rapports médicaux aux assurés et aux médecins mandatés par les employeurs. Par ailleurs, un travail de refonte des courriers CMRA est en cours et intégrera prochainement un bloc « conclusions motivées »

permettant à celui qui n'a pas immédiatement accès au rapport d'avoir un aperçu de la motivation de la décision.

Si la Cour recommande aussi de donner aux médiateurs des organismes nationaux un droit de regard sur le choix des médiateurs des organismes de base, je tiens à préciser que le médiateur national de la Cnam intervient déjà dans le cadre des dialogues de gestion annuel entre la direction du réseau et les directeurs d'organismes et fait des recommandations quant au choix du médiateur local s'il constate des difficultés. Par ailleurs il me semble que la condition essentielle pour garantir l'indépendance des médiateurs locaux est de s'assurer avant tout de leur positionnement institutionnel auprès du directeur de la caisse.

S'agissant de l'amélioration de la gestion et du pilotage des litiges par l'Assurance Maladie, je rejoins la Cour sur l'importance du déploiement de tels outils. Le rapport déplore le manque de certaines données de pilotage sur le suivi des décisions de CRA : comme évoqué plus haut, le déploiement de l'outil ONGC pour l'Assurance Maladie permettra à la Cnam un suivi direct des différents indicateurs définis. Malgré tout, les principaux délais du processus sont d'ores et déjà suivis dans le cadre du diagnostic de performance. Le référentiel national du processus Contentieux (RNP), déployé en 2021, a notamment permis de centraliser le suivi de ces indicateurs relatifs aux délais. Quant à la motivation des décisions, la mise à disposition via la bibliothèque ONGC de modèles permet d'harmoniser et d'améliorer la motivation des décisions rendues à travers l'outil.

Enfin, si je partage le constat de l'amélioration des résultats sur les contentieux de la branche AT/MP, nous attirons votre attention sur l'analyse des dernières années. En effet, si la Cour pointe la chute spécifique des taux de confirmation des décisions des juridictions en contentieux technique ATMP, cette baisse n'est que la conséquence attendue de la mise en place du précontentieux en la matière via les CMRA et de l'effet filtre qui en découle pour les dossiers les plus simples dont une partie importante des demandeurs s'arrêtent une fois la décision précontentieuse rendue.

Voilà les principaux éléments de réaction que je souhaitais porter à votre connaissance.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE
DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)**

Le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023 appelle les remarques suivantes de la caisse nationale des allocations familiales :

Concernant le chapitre VI sur « les dépenses de congés de maternité et de paternité : des droits élargis, des progrès de gestion nécessaires » : la Cnaf n'a pas d'observation sur l'ensemble du chapitre mais tient à apporter deux remarques sur les recommandations 12 et 13.

Recommandation 12 : achever le transfert du financement des congés de maternité et de paternité vers la branche famille en veillant à préserver l'équilibre financier de la branche (ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam, Cnaf).

Le conseil d'administration de la Cnaf s'est montré globalement défavorable au transfert des congés de maternité post-nataux lors du PLFSS 2023 et s'opposera à un nouveau transfert de charges des autres branches dépendantes vers la branche Famille.

Recommandation 13 : développer des outils statistiques de suivi de la santé des femmes enceintes et du non recours au congé de maternité (ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam, Cnaf).

La branche Famille n'est pas concernée par les outils statistiques de suivi de santé qui relèvent exclusivement de la CNAM et du ministère (DREES)

Concernant le chapitre VII sur « la lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore », la Cnaf note avec satisfaction que la Cour relève la « méthodologie solide de l'estimation périodique du montant des fraudes aux prestations légales », « l'efficacité croissante des contrôles », le renforcement de la lutte contre les fraudes à enjeux, le suivi de la récurrence et « l'efficacité des actions pour agir sur les comportements » (lettres de mise en garde). Par ailleurs nous sommes tout à fait en accord avec le constat de la Cour sur la nécessité « d'accroître les moyens humains affectés à la réalisation de contrôles a posteriori, sans réduire ceux consacrés aux contrôles a priori de l'attribution des prestations ». Cela rejoint le sens de nos demandes dans le cadre de la négociation de notre prochaine Convention d'objectifs et de gestion 2023-2027.

En revanche la Cnaf ne partage pas tout à fait le diagnostic de la Cour sur la baisse du nombre de contrôles qui limiterait les possibilités de détection d'indus frauduleux : « l'efficacité croissante des contrôles a permis aux montants d'indus (et de rappels) sur prestations de dépasser en 2022 leur niveau de 2019. Toutefois, le nombre de contrôles effectués s'inscrit en-deçà de celui de cette dernière année, ce qui limite les possibilités de détection d'indus frauduleux et non frauduleux ».

Les résultats 2022, que ce soit sur les erreurs ou sur les fraudes, sont en hausse nette par rapport aux années précédentes. La branche famille améliore continuellement son dispositif de contrôle interne, d'une part en se concentrant sur les dossiers les plus à risque, d'autre part en intégrant l'accès à de nouveaux portails pour vérifier davantage de données entrantes (ce qui correspond aux demandes de la Cour, mais qui occasionne un allongement des délais de traitements).

La branche, en cohérence avec la position traditionnelle de la Cour en matière de maîtrise des risques, considère qu'il est plus important de sécuriser un enjeu financier plutôt qu'un nombre de dossiers, même si les deux efforts doivent être recherchés.

Recommandation 17. : adapter les systèmes d'information afin de constater et mettre en recouvrement les indus frauduleux sur l'ensemble des périodes non prescrites selon les règles de droit en vigueur (ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministre des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnaf et Cnam).

Favorable : le besoin a été formalisé et intégré dans le cadre des travaux préparatoires au Schéma Directeur du Système d'Information.

Recommandation 19 : afin de réduire notablement les fraudes non détectées, porter dès 2024 le nombre de contrôles a posteriori à un niveau plus élevé que celui de 2019, antérieur à la crise sanitaire (ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics, Cnaf, Cnam et Cnav).

Favorable sur le principe, néanmoins sous réserve de moyens pour contrôler une plus grande volumétrie, d'autant que les temps de contrôle s'alourdissent dans le cadre du déploiement de nouveaux portails.

Ci-dessous pour précision :

- *Sur le déploiement des pouvoirs de police judiciaire prévus dans la LFSS pour 2023 : nous sommes effectivement en attente des décrets d'application ;*
- *sur la formation : nous avons commencé à bâtir une formation, mobilisable pour les autres branches, avec l'institut 4.10. en lien avec la Micaf et la DSS ;*
- *sur les portails : les portails Ficovie, BNDP, Patrim sont en cours de déploiement dans notre réseau ;*
- *« Il serait cependant préférable que les données du DRM ne soient pas injectées directement dans les moteurs informatiques de calcul automatisé des prestations, comme c'est le cas pour les aides personnelles au logement depuis 2021, mais qu'elles soient utilisées pour préremplir les déclarations périodiques que doivent effectuer les bénéficiaires d'autres prestations. Supprimer ces déclarations, notamment celles des bénéficiaires du RSA et de la prime d'activité, risquerait en effet de réduire les déclarations spontanées de changements de la composition du foyer et de ressources absentes du DRM (pensions alimentaires, chiffre d'affaires des micro-entrepreneurs). De plus, les employeurs déclarent parfois des montants erronés de salaires » : Nous partageons les observations de la Cour, qui sont bien intégrées dans le programme plus global de « Solidarité à la Source » ;*
- *le déploiement de l'API Ficoba est prévu, au cours de 2023 (déploiement sur 5 Caf à compter de mai 2023) ;*
- *consciente des enjeux relatifs à la lutte contre la fraude, la Cnaf a fait le choix de ne pas renégocier son objectif COG 2022, contrairement aux 2 années précédentes ;*
- *il faut préciser que la majoration d'indu frauduleux de 10 % ne concerne pas uniquement les professionnels de santé, mais également les allocataires Caf, dont le contexte n'est pas le même.*

Concernant le chapitre XI sur les litiges des particuliers et des entreprises avec les organismes du régime général de sécurité sociale : des progrès à amplifier :

La Cnaf partage un certain nombre de constats de la Cour sur le manque de visibilité et la complexité d'accès aux dispositifs judiciaires et administratifs pour les personnes souhaitant contester des décisions et est favorable à l'attribution de la compétence sur l'ensemble des contentieux dits de l'aide sociale à un seul juge.

Pour améliorer la visibilité de la médiation par les allocataires, la Cnaf travaille au déploiement d'une nouvelle téléprocédure, qui permettra ainsi à chaque allocataire de saisir directement le médiateur de sa Caf.

Pour que la mise en place de ce nouveau téléservice se déroule dans les meilleures conditions, dans un premier temps et pour une période de 6 mois, la téléprocédure sera déployée en phase expérimentale dans 4 départements : Alpes-Maritimes (06), Loire-Atlantique (44), Paris (75) et Tarn-et-Garonne (82).

À compter de juin 2023, les médiateurs des Caf concernées vont ainsi expérimenter ce nouveau mode de contact des allocataires, avant un déploiement dans chacune des Caf d'ici la fin de l'année 2023.

Par ailleurs, nous restons vigilants au respect de deux mois de traitement des saisines des CRA, qui est effectif pour la branche Famille comme le souligne la Cour.

Nous sommes favorables à la proposition de la Cour de modifier les textes pour prévoir que lorsque « le médiateur a été saisi, le délai de recours de deux mois devant laCRA soit interrompu et reparte intégralement à compter de la notification par l'organisme au requérant des suites données à l'avis du médiateur ». Cela correspond à notre proposition d'évolution portée avec l'ensemble des médiateurs nationaux de remplacer la suspension des délais de recours par l'interruption des délais de recours.

Enfin, la Cnaf est consciente que l'insuffisance de soutien juridique apportée par la Cnaf aux Caf notamment pour les pourvois en cassation évoquée p 90, est justifiée. Fruit de choix passés, cette situation a vocation à évoluer. Pour répondre aux remarques de la Cour, des réflexions sont en cours dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion 2023/2027 avec une organisation ad hoc Cnaf/réseau des Caf et le déploiement d'une sécurisation juridique transversale set outillée. La mise à disposition d'un outil de gestion des contentieux amiables et juridictionnels est conditionnée aux négociations en cours sur le schéma directeur du système d'information.

Recommandation 30 : accroître la place de la médiation dans la résolution des contestations à l'encontre des décisions des organismes du régime général, en intégrant progressivement à l'ensemble des notifications de décisions défavorables la mention de la possibilité de saisir le médiateur (ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministre de la Santé et de la prévention, ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Acoff, Cnaf, Cnam, Cnav.

Favorable à la première partie de la recommandation sur l'accroissement de la place de la médiation, mais nous sommes en revanche défavorables à la mention systématique de la possibilité de saisir le médiateur dans les notifications de refus. En premier lieu, en raison de l'activité que cela générerait : la volumétrie du nombre des notifications de refus est telle que les médiateurs du réseau s'en trouveraient mécaniquement surchargés.

D'autre part, pour une raison de périmètre : les contestations adressées à la CRA font état d'un désaccord alors que majoritairement les demandes d'intervention du médiateur relèvent davantage de l'incompréhension ou du mécontentement. Les champs d'intervention sont différents mais complémentaires et nous travaillons en ce sens.

Les consignes en matière de médiation et les bonnes pratiques du processus recours prévoient que médiation et contentieux travaillent en concertation.

Il est également prévu qu'en cas de saisine simultanée, priorité soit donnée à l'intervention du médiateur, principalement à des fins pédagogiques.

*Pour précisions**

« Donner aux médiateurs des organismes nationaux un droit de regard sur le choix des médiateurs des organismes de base » : la Cnaf n'est pas favorable à cette piste de réflexion qui risque d'être considérée comme une ingérence dans la politique de recrutement des Caf.

En revanche, en conformité avec les dispositions de la loi Essoc, il est prévu que chaque organisme nomme a minima un médiateur et en avise la Cnaf (médiateur propre, rattaché au directeur).

« En cas de saisine simultanée du médiateur et de la CRA, prioriser l'intervention du médiateur » : le rapport de la Cour mentionne que « c'est déjà la consigne que donnent l'Acoss aux Urssaf et la Cnaf aux CAF ».

En effet les consignes en matière de médiation et les bonnes pratiques du processus recours prévoient que médiation et contentieux travaillent en concertation. Il est également prévu qu'en cas de saisine simultanée, priorité soit donnée à l'intervention du médiateur, principalement à des fins pédagogiques.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV)**

En date du 31 mars 2023 vous avez bien voulu me transmettre l'extrait du RALFSS 2023 sur lequel vous demandez de faire part de nos éventuelles observations.

Ces extraits du rapport appellent les précisions suivantes de la part de la Cnav :

- *« la vérification de l'existence des retraités résidant à l'étranger »*

La zone Afrique du Nord accueille 550 000 bénéficiaires d'une pension française.

Une opération de ciblage des assurés est en cours autour de 3 critères (âge : +70 ans, pays de résidence : Algérie - Maroc, montants moyens annuels de pension les plus élevés) afin de permettre le déploiement d'un dispositif de contrôle bancaire dans des modalités « industrielles » à compter de fin 2023/début 2024 en Algérie (environ 60 000 assurés par an) ou par un contrôle piloté par la Caisse Marocaine des Retraites au Maroc (8 000 assurés par an).

En Algérie : l'Agirc-Arrco et la Cnav, suite aux expérimentations menées, vont pérenniser les contrôles bancaires réalisés par le réseau bancaire algérien.

L'assuré devra se présenter au guichet de l'agence locale gérant le compte de versement de la retraite, et prouver son identité. Cette agence remonte alors à la BRED la liste des personnes dont l'existence a été apportée. À défaut le paiement de la pension sera suspendu.

L'Agirc-Arrco pilote ce dispositif qui montera en charge entre 2023 et 2024 avec 500 assurés convoqués/mois à compter de juin 2023 et ce durant toute l'année, avec une cible en 2024 à 5 400 assurés convoqués/mois.

Soit environ 64 800 contrôles vie réalisés par le guichet bancaire en Algérie en vitesse de croisière/an à compter de 2024.

- *« une nouvelle modalité de contrôle à étendre » indiquant que parmi 472 assurés de 80 ans ou sélectionnés, 39 ayant 89 ans en moyenne, n'ont pas répondu à la convocation, la Cour précisant que « compte tenu de l'étroitesse de l'échantillon, ces résultats ne peuvent être extrapolés à la population des personnes âgées de 80 ans ou plus » :*

Il est utile de rappeler qu'à ces âges, les taux de mortalité sont relativement élevés (la probabilité de décès dans l'année dépasse 10 % au-delà de 90 ans

(cf. <https://www.statistiques-recherches.cnav.fr/images/etudes-economiques/demographie/decès-et-mortalité-des-retraites-en-2021-note-2022-48.pdf> ou <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6327207?sommaire=6327254>), ce qui doit également être pris en compte pour analyser les résultats compte tenu des délais inhérents à ce type d'opération.

- « la Cnav a dû engager à nouveau une estimation, après une première tentative en 2011 tenue pour infructueuse » :

À la demande de la Direction Nationale de la Lutte contre la Fraude (DNLF), la Cnav avait réalisé deux années de suite une estimation globale d'un taux de fraude à partir d'un échantillon représentatif, en 2010, puis en 2011 avec un échantillon de taille beaucoup plus importante (plus de 12 000 dossiers). Dans les deux études, un seul cas de fraude a été détecté, ce qui a confirmé le faible taux de fraude dans la branche retraite et a permis de répondre à la demande d'estimation portée par la DNLF. En ce sens, ces premiers travaux n'ont donc pas été infructueux. La Cnav n'a pas souhaité à l'époque reconduire ces travaux pour ses besoins propres, ces opérations restant peu informatives au regard de leurs coûts (puisqu'elles nécessitent de contrôler de très nombreux dossiers). La priorité de la branche n'est en effet pas d'estimer la fraude ou la faute en y consacrant des moyens toujours plus importants, mais de consacrer l'essentiel de ces moyens pour détecter et redresser la fraude et la faute, grâce à un ciblage efficace s'appuyant notamment sur des méthodes de datamining. Les estimations ont toutefois été relancées récemment pour répondre aux demandes des pouvoirs publics.

- « une décomposition de la population des retraités en trois strates (pension de droit propre, pension de réversion, allocation du minimum vieillesse) » :

Plus précisément, les trois strates de prestataires mutuellement exclusives définies sont les suivantes : retraités bénéficiant d'une allocation du minimum vieillesse hors L. 814-2, retraités ayant un droit dérivé ou une allocation L. 814-2 sans allocation du minimum vieillesse, retraités n'ayant qu'un droit propre. Cette partition permet de regrouper les retraités en fonction des conditions d'attributions des prestations dont ils bénéficient et donc en catégories de situations comportant des risques de même type (les retraités de la première strate ont au moins un droit soumis à condition de résidence, de ressources et de structure du ménage ; les

retraités de la deuxième strate ont des prestations soumises à conditions de ressources, mais aucune n'est soumise à condition de résidence ; les retraités de la troisième strate n'ont aucune prestation soumise à condition de ressources ou de résidence).

- « pour la nouvelle estimation effectuée en 2022, la Cnav a mis en œuvre un nouveau protocole de contrôle qui ne vise cependant qu'une partie des risques. Ainsi la condition de résidence effective en France d'une durée de six mois par les bénéficiaires du minimum vieillesse n'est pas systématiquement vérifiée alors qu'il s'agit de la principale prestation pour laquelle les caisses détectent des fraudes et des fautes » :

Il semble exister une incompréhension autour de la méthode de contrôle. En effet, le protocole de contrôle défini en 2022 prévoit bien la vérification de la résidence pour toutes les prestations. Ce contrôle a été classé dans le domaine « existence ». En effet, les anomalies relatives au lieu de résidence induisent deux risques en fonction de la prestation en cause : un risque de départ hors de France et une non-déclaration du décès.

- « pour les échantillons de dossiers contrôlés, il convient que la Cnav mette en œuvre des contrôles couvrant l'ensemble des risques, explicite les motifs qui conduisent à écarter une qualification fautive ou fraude pour les dossiers pour lesquels une anomalie est détectée et s'assure que des faits qualifiés de fautifs ne seraient pas, en réalité, constitutifs de fraudes » :

C'est le but même de la méthode mise en place que de réaliser ces opérations. La mise en place d'une supervision ou d'un surcontrôle des dossiers étudiés n'aurait que peu de sens au regard des moyens nécessaires. Il conduirait à diminuer le nombre de dossiers étudiés au regard des moyens nécessaires.

- sécuriser les coordonnées bancaires :

Des Comités de projet sont organisés par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) trimestriellement et permettent de réaliser un état d'avancement des organismes sur le projet Ficoba.

Le planning de la Cnav connaît actuellement un léger glissement, suite à une anomalie bloquante rencontrée lors des phases tests. La mise en production initialement prévue en avril 2023 est décalée pour juin 2023.

À date, l'Urssaf caisse nationale (UCN) et la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) seraient prêtes à passer avant la Cnav. Leur mise en production est conditionnée à la signature du contrat de service qui permettra de configurer le DGE et de valider l'accrochage

technique mais également à la validation du DataPass Production par la DGFIP. Pour le déploiement du premier organisme, une période d'observation du fonctionnement de trois semaines doit être prévue. Ensuite, un délai entre la mise en production de chaque organisme doit être fixé.

- « parmi les femmes âgées de 15 à 64 ans, le taux d'activité a augmenté de 15 points entre 1975 et 2021 et se rapproche de celui des hommes » :

En complément du commentaire qui porte sur la progression du taux d'activité des femmes, il pourrait être noté que le rapprochement des taux d'activité est également en partie dû à la baisse des taux d'activité des hommes qui apparaît clairement sur le graphique n° 12 présenté par la Cour.

- sur les taux d'activité des mères, en fonction de l'âge de l'enfant ainsi que du nombre d'enfants, il est écrit que cette situation « peut être le signe d'un choix ou de difficultés de conciliation vie familiale vie professionnelle ».

Il pourrait être rappelé que certains facteurs socio-économiques semblent déterminants pour l'interruption d'activité des mères comme le niveau d'instruction et la situation professionnelle occupée avant l'arrivée de l'enfant (cf. par exemple les travaux d'A. Pailhé et A. Solaz à partir des données de l'enquête Famille et employeurs de 2005 dans *Retraite et Société* n° 63).

- l'écart de salaire horaire en 2019 « provient de différences de diplôme, de qualification... » :

Si le niveau de diplôme avait un rôle important pour les générations les plus anciennes, il semblerait pertinent de ne plus le mettre en avant ici comme premier facteur explicatif, dans la mesure où les femmes sont désormais plus diplômées que les hommes (cf. https://www.insee.fr/fr/outilinteractif/5367857/details/40_SOC/44_EGF/44B_Figure2).

- « les dispositifs de solidarité du système de retraite accordent des droits qui s'ajoutent à ceux liés aux périodes d'emploi et qui ne sont pas la contrepartie directe de cotisations versées par leurs bénéficiaires. Les dispositifs de réversion analysés plus loin s'en distinguent au sens où ils peuvent être considérés comme une contrepartie des cotisations versées par le couple » :

La notion de contrepartie directe de cotisations reste relativement ambiguë. En effet, au régime général par exemple il n'y a pas de cotisation

spécifique versée par les assurés mariés qui servirait à financer la réversion (à la différence de ce qui existe dans certains organismes, comme par exemple l'option réversion dans le cas de la complémentaire Préfon-retraite). De la même manière, il n'y a pas de cotisation directe versée par les chômeurs (pour les périodes assimilées) ou encore les parents de trois enfants (pour la majoration de pension). Il apparaît délicat d'opposer la réversion aux dispositifs de solidarité du point de vue du critère de l'existence d'une contrepartie de cotisations versées.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT NATIONAL
DES INVALIDES DE LA MARINE (ENIM)**

L'insertion relative au régime social des marins dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, transmis le 31 mars 2023, constitue une synthèse fidèle des éléments du relevé d'observations provisoires relatif à l'Enim qui nous avait été communiqué en novembre 2022.

L'Enim partage l'analyse de la Cour quant à l'extrême complexité de ces règles de gestion, en particulier s'agissant des cotisations, des droits à retraite ou des prestations en espèce de l'assurance maladie. Ces règles anciennes sont pour la plupart obsolètes, comme par exemple le dispositif de classement catégoriel et de salaire forfaitaire.

De surcroît, la réglementation apparaît aujourd'hui inadaptée au regard de certaines évolutions récentes, comme les évolutions de la réglementation internationale, la mise en œuvre de la DSN associée au transfert du recouvrement à l'URSSAF Poitou Charentes, ou encore la réforme du permis d'armement qui a rendu presque impossible le contrôle des lignes de service. Il en découle, comme l'indique la Cour, une remise en cause durable, voire définitive, de la fiabilité des données permettant le calcul des cotisations et des droits à prestations, alors même que l'Enim développe des outils informatiques au prix d'efforts fortement mobilisateurs en ressources financières comme en moyens humains, pour les fiabiliser ou permettre l'appel des cotisations professionnelles obligatoires (CPO) du comité national des pêches. Il faut ajouter qu'en l'état l'ENIM ne dispose pas des moyens en droit de contrôle des cotisations versées.

Les règles de gestion du régime auraient sans doute dû être révisées avant le passage à la DSN. Le constat partagé après sa mise en œuvre renforce la nécessité, comme l'indique à juste titre la Cour, de travailler avec l'ensemble des acteurs du secteur à une révision et une simplification des paramètres du régime social des marins.

Par ailleurs, si, comme le mentionne la Cour, le régime est globalement plus avantageux que d'autres, il peut parfois s'avérer défavorable aux salariés. C'est particulièrement le cas s'agissant des prestations en espèces dans la mesure où les salaires forfaitaires sont généralement inférieurs aux salaires réels. Cela peut aussi être parfois le cas en matière de montant de retraite pour les mêmes raisons, même si globalement les conditions d'acquisition des droits sont plus favorables, en termes d'âge de liquidation ou de conditions de réversion par exemple. De plus, comme le rappelle la Cour, 90 % des pensionnés bénéficient parallèlement de pensions versées par un autre régime.

Cette révision des paramètres du régime doit se faire autant que possible de la manière la plus neutre qui soit, tant pour les employeurs que pour les salariés. À cet égard, la préconisation de la Cour d'affilier progressivement les marins au régime général n'apparaît pas prioritaire. En particulier, la gestion des risques professionnels devrait continuer d'être assurée par l'Énim, compte tenu de la spécificité du secteur maritime. Dans l'intérêt du guichet unique, l'Énim considère qu'il n'y a pas lieu non plus de confier la gestion des prestations en nature maladie au régime général.

**RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DE L'AGENCE NATIONALE
DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS
DE SANTÉ (ANSM)**

Par courrier électronique en date du 31 mars 2023, vous m'avez transmis des extraits du rapport intitulé : « La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023 (RALFSS).

Je vous informe que ce projet, pour les éléments qui concernent l'ANSM, n'appelle pas d'observations de ma part.

Je souhaitais néanmoins vous informer que la recommandation n° 23 s'inscrit pleinement dans les travaux de l'ANSM en particulier sur le bon usage des médicaments, le respect des autorisations de mise sur le marché des médicaments (notamment en termes de posologie et d'indications thérapeutiques) et l'encadrement des prescriptions hors AMM notamment pour ce qui concerne les maladies orphelines et la population pédiatrique. Ce sujet fait par ailleurs l'objet de mesures spécifiques dans le cadre du projet de révision pharmaceutique de la Commission européenne publié le 26 avril dernier.

Enfin, dans certains domaines, l'utilisation hors AMM des médicaments est un facteur supplémentaire d'aggravation des ruptures

de stock de médicaments, ce qui n'est évidemment pas satisfaisant, phénomène auquel l'ANSM est également très attentive.

**RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU COLLÈGE
DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)**

La Haute Autorité de santé (HAS) a été destinataire le 31 mars dernier, des extraits du rapport intitulé La sécurité sociale — Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023 (RALFSS).

Au regard de ces extraits la HAS souhaite porter à votre connaissance les éléments suivants :

La HAS soutient les recommandations n° 21 (« enrichir les données médicales et de vie du patient et les organiser en vue de leur consolidation au niveau national, afin d'améliorer les actions de maîtrise médicalisée et leur évaluation - ministre de la santé et de la prévention, Cnam - ») et n° 22 (rendre obligatoire l'utilisation de la prescription électronique, notamment pour les médicaments et les dispositifs médicaux, ainsi que la mention des indications médicales justifiant ces prescriptions (ministre de la santé et de la prévention, Cnam). Ces recommandations pourraient en outre servir à la HAS dans le futur (accès à des données structurées) pour des (ré)évaluations.

Par ailleurs la HAS soutient la recommandation n° 23 (« faire appliquer plus rigoureusement l'obligation pour le prescripteur de mentionner sur les ordonnances l'utilisation des médicaments en dehors du champ prévu par leur autorisation de mise sur le marché « hors-AMM » et encadrer plus précisément cette utilisation (durée, posologie) - ministre de la santé et de la prévention, Cnam, ANSM, HAS- »).

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE CENTRALE
DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)**

Vous m'avez saisi d'un extrait du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023 (RALFSS), sur lequel vous m'avez invité à vous transmettre mes observations.

Je salue l'appréciation positive de la Cour sur le rôle de la médiation dans l'amélioration de la relation aux usagers et de sa contribution à la résolution des litiges. Néanmoins, deux préconisations de la Cour appellent une observation de ma part.

D'une part, la Cour relève que le traitement des dossiers par les médiateurs serait plus rapide que celui des commissions de recours amiable (CRA). Or, cette comparaison est à nuancer fortement. En effet, les dossiers examinés par les médiateurs et les CRA ne sont pas de même nature. Si le médiateur peut être saisi d'une demande, pour laquelle la voie de recours devant la CRA est ouverte, en pratique, ce type de dossiers est minoritaire. A l'inverse, une grande partie de l'activité de la CRA porte sur des contestations suite à contrôle, qui sont - par nature - plus complexes à instruire en raison de multiples chefs de redressement qui la composent et supposent donc un délai de traitement supérieur. A cet égard, je remarque que les médiateurs sont très peu saisis des dossiers portant sur un contrôle de l'Urssaf. Dans l'hypothèse où les médiateurs auraient à connaître les mêmes dossiers que ceux instruits à ce jour par les CRA, le délai de traitement des médiateurs s'en trouveraient, de fait, allongé.

D'autre part, la Cour préconise de donner aux médiateurs nationaux « un droit de regard sur le choix des médiateurs des organismes de base afin de renforcer leur capacité à agir ». Je m'interroge sur la portée de cette position dans la mesure où les objectifs poursuivis par cette proposition restent à expliciter. Les médiateurs des Urssaf sont désignés par les directeurs d'Urssaf et disposent des moyens d'exercer leur mission en toute impartialité, conformément aux dispositions de l'article L217-7-1 du code de la sécurité sociale. L'intervention du médiateur national dans le processus de désignation n'est pas de nature à renforcer la capacité à agir des médiateurs locaux.
