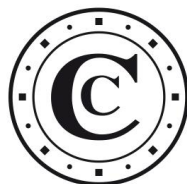


Cour des comptes



RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS,
ORGANISMES ET PERSONNES CONCERNÉS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Mai 2024

Réponses des administrations, organismes et personnes concernés

Réponses reçues à la date de la publication (29/05/2024)

Réponse du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)	5
Réponse du président du collège de la Haute Autorité de Santé (HAS) ...	13
Réponse du directeur général de l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP)	14
Réponse du président du Comité économique des produits de santé (CEPS)	15
Réponse de la directrice de la Plateforme des données de santé (PDS)....	16
Réponse du directeur général de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL).....	19
Réponse du directeur général de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV)	26
Réponse du directeur général de la Caisse autonome de retraite des Médecins de France (CARMF)	33
Réponse de la directrice de la Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO)	40

Réponse reçue après la date de publication

Réponse commune de la ministre du travail, de la santé et des solidarités et du ministre délégué auprès du ministre de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique, chargé des Comptes publics41

Destinataires n'ayant pas d'observation

Monsieur le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)
--

Monsieur le directeur général de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)
--

Madame la directrice de l'Agence du numérique en santé (ANS)
--

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

Par courrier en date du 10 avril 2024, vous avez adressé à la Caisse nationale de l'Assurance Maladie quatre chapitres du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Comme vous m'y invitez, je souhaite vous faire part des principales observations qu'appelle ce rapport.

*Chapitre relatif aux indemnités journalières (IJ)
du régime général d'assurance maladie*

En premier lieu, je souhaite revenir sur l'analyse par la Cour de la dépense d'indemnités journalières du régime général sur la période comprise entre 2017 et 2022. Celle-ci l'amène à conclure que l'augmentation des indemnités journalières résulterait très largement de causes structurelles et de la crise sanitaire et uniquement pour une part résiduelle (0,9 Md€) d'autres facteurs, non expliqués.

À ce titre, et ainsi que le reconnaît la Cour lorsqu'elle évoque les « difficultés méthodologiques résultant du contexte pandémique », l'exercice de reconstitution de ce que serait la trajectoire des dépenses hors impact de la crise sanitaire est particulièrement périlleux jusqu'en 2022 : l'année 2022 est en effet encore extrêmement perturbée par le covid du fait de l'émergence puis la diffusion par vagues successives du variant Omicron dans un contexte de maintien de la réglementation relative aux IJ dérogatoires covid et du nombre très élevé d'IJ lié à la pandémie : il est certain que ce contexte épidémiologique exceptionnel a eu des conséquences significatives sur les volumes d'arrêts de travail pour d'autres motifs (par effet d'éviction en particulier, une pathologie en « chassant » d'autres), sans pour autant qu'il soit possible de les mesurer. Plus largement, je tiens à souligner les limites d'une analyse prenant appui sur les chiffres de 2022 : l'année 2022, année de covid, est par définition une année particulière du fait de l'impact de la crise sanitaire sur nos activités, celles des prescripteurs, des entreprises et des assurés.

C'est pour cette raison que les travaux approfondis que la Cnam a menés sur la dynamique des indemnités journalières, dont les résultats ont été présentés dans son rapport Charges et Produits pour 2024, ont été limités à la période 2010-2019 permettant ainsi d'éviter les biais liés à l'impact, direct et indirect, de la crise sanitaire sur les dépenses d'IJ. Selon le rapport Charges et Produits, l'effet démographique lié à la hausse de la population active salariée du privé et au vieillissement de la population des bénéficiaires d'IJ maladie contribuerait à hauteur de 36 % à la

croissance des IJ entre 2010 et 2019 et l'augmentation du montant de l'IJ moyenne contribuerait à hauteur de 18 %. L'augmentation de la durée moyenne d'arrêt par classe d'âge contribuerait à hauteur de 23 % et l'augmentation du taux de recours à hauteur de 14 %. Autrement dit, selon l'analyse de la Cnam, une part significative de la croissance des indemnités journalières entre 2010 et 2019 ne relève pas de facteurs structurels. Ces travaux seront prochainement actualisés en mobilisant les données de l'exercice 2023, moins perturbé par la pandémie.

La conséquence du choix de la Cour de se livrer à une analyse de la dynamique des IJ maladie dans une période aussi perturbée par la crise sanitaire est qu'elle se concentre inévitablement sur des facteurs conjoncturels directement ou indirectement liés à la crise (IJ dérogatoires, forte hausse des IJ longues, effet des hausses du SMIC et du SMPT dans un contexte de retour à une inflation élevée) et conduit à négliger des questions pourtant essentielles. Pourquoi la durée moyenne d'un arrêt de travail augmente-t-elle de 10 % pour une même classe d'âge entre 2010 et 2019 ? Pourquoi le nombre de fois où les salariés ont eu recours à un arrêt de travail augmente-t-il également sur la même période ? Beaucoup d'hypothèses peuvent être avancées, de l'augmentation des risques psychosociaux à un recours abusif aux arrêts de travail. Mais ce constat est clair et la responsabilité à l'Assurance Maladie est de tout faire pour que les arrêts de travail bénéficient à ceux qui en ont réellement besoin.

C'est d'ailleurs le deuxième point sur lequel je souhaite insister, en réaffirmant l'engagement total de l'Assurance maladie en matière de juste prescription des arrêts de travail. Ainsi que le note la Cour, l'Assurance maladie s'est engagée dans un renforcement des actions de lutte contre la fraude et de gestion du risque destinées à maîtriser la dépense d'IJ. L'Assurance maladie a notamment déployé depuis 2022 une stratégie pluriannuelle de régulation des arrêts de travail, articulée sur une dynamique d'actions graduées vers les prescripteurs, assurés et employeurs. Si la Cour évoque la réorganisation et les nouveaux outils dont dispose le service du contrôle médical en matière de contrôle des IJ ainsi que le recours aux référentiels de prescription, les actions de gestion du risque en matière d'IJ vont bien au-delà. Vis-à-vis des prescripteurs, cette stratégie prévoit notamment un accompagnement précoce dans une logique de prévention et d'information en amont des contrôles. Elle s'appuie sur des campagnes d'informations menées au long-cours auprès des professionnels de santé par les délégués de l'Assurance maladie (DAM) et les praticiens-conseils (PC) sur des thématiques variées (ex : campagne DAM IJ et lombalgies à destination des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes ; campagne DAM et PC sur les IJ et la santé mentale). Enfin, il convient de

mentionner la campagne de mise sous objectif / mise sous accord préalable (MSO MSAP) initiée en 2023 à l'égard des 2 % de médecins sur-prescripteurs d'arrêts : à l'issue de la campagne, 416 médecins ont fait l'objet d'une MSO et 204 médecins ont in fine été mis sous accord préalable, le chiffre le plus élevé jamais atteint dans les deux cas.

Je tiens en outre à souligner que l'Assurance Maladie est pleinement mobilisée contre les fraudes relatives aux indemnités journalières. Notamment, les actions relatives aux faux arrêts de travail se sont renforcées depuis 2021, en lien avec l'évolution des fraudes détectées. Après la diffusion en 2022 d'un programme national pour détecter les faux avis d'arrêt de travail vendus sur les réseaux sociaux, une nouvelle requête a été mise à disposition du réseau mi-2023, permettant de cibler les dossiers atypiques à partir du montant des salaires, de la durée de l'arrêt de travail et sans consultation. Ainsi, les résultats de la lutte contre les faux arrêts de travail ont doublé entre 2022 et 2023 passant de 3,8 M€ à 8 M€. En 2023, près de 1 800 dossiers de faux avis d'arrêts de travail ont été repérés par les services lutte contre la fraude des CPAM, avec 1 450 actions contentieuses (procédures de pénalités financières ou actions pénales) déjà engagées à fin 2023 : 756 pénalités financières ont été prononcées pour ce grief en 2023 contre 575 en 2022, avec une augmentation forte du montant des pénalités prononcées (2,08 M€ contre 450 k€), ce qui démontre la montée en puissance des actions de l'Assurance Maladie pour sanctionner les fraudeurs.

Par ailleurs, je tiens à préciser que les échanges d'informations entre les employeurs et l'Assurance maladie sont juridiquement limités, aucune disposition législative ne permettant de préciser à l'employeur le motif de suspension des IJ en cas de fraude aux arrêts de travail. Un tel retour d'information à l'employeur en cas de fraude pourrait être autorisé et favoriser, en retour, les signalements par les employeurs.

Enfin, je rejoins la Cour pour considérer que le développement de la télétransmission des arrêts de travail est une priorité. Toute mise en œuvre de l'obligation de télétransmission telle que recommandée par la Cour devra répondre à un calendrier tenant compte de ces contraintes et de l'acculturation des professionnels de santé : c'est bien en ce sens que l'Uncam cherche à inciter au maximum le recours à la télétransmission dans le cadre des négociations conventionnelles en cours.

S'agissant des recommandations portées par la Cour en matière de simplification de la réglementation, je m'interroge sur l'approche de la Cour qui paraît appréhender les indemnités journalières avant tout sous l'angle de la charge de travail pour l'Assurance maladie, alors que cette charge ne représenterait tout au plus que 4 % de la dépense totale

consacrée aux IJ. En outre, si la Cour mentionne le délai élevé de première liquidation d'IJ en 2022 (32,8 jours en moyenne), il me paraît erroné de faire de la complexité réglementaire une source d'augmentation du délai de liquidation ainsi que paraît le faire la Cour : le délai de 2022 était affecté par la vague Omicron avec des impacts sur les délais IJ de février à juin environ et doit être rapporté au délai de liquidation de la première IJ maladie en 2023 de 26,65 jours, inférieur à l'objectif de 28 jours fixé dans la convention d'objectifs et de gestion.

S'il est évident que la réglementation relative aux IJ est complexe et qu'il y a un enjeu à travailler en vue d'une refonte des règles d'ouverture des droits, la véritable question ne me paraît pas être celle du coût de gestion mais celle du juste droit pour les assurés et de la soutenabilité de la dépense des prestations. Dès lors qu'il est souhaité, dans un souci légitime d'équité, de maintenir des règles spécifiques pour tenir compte de la réalité de publics particuliers (intermittents, demandeurs d'emploi, etc.), la refonte complète des règles de liquidation à l'origine de gains de gestion paraît exclue. À court-terme, la première source de gains de gestion pour l'Assurance maladie est l'automatisation que permettra le déploiement d'ARPEGE, le nouvel outil de liquidation des arrêts de travail.

Par ailleurs, la recommandation de la Cour prévoyant le versement d'un forfait correspondant à une IJ moyenne en cas d'absence de salaire sur chacun des trois mois précédant l'arrêt de travail mériterait d'être précisée s'agissant du revenu de référence pris en compte pour son versement, tant du point de vue de la finalité des IJ (garantir un revenu de remplacement à une personne en incapacité de travailler pour un motif de santé) que de la faisabilité technique (travaux SI nécessaires pour que l'Assurance maladie ait connaissance de ce revenu de référence le cas échéant).

Enfin, s'agissant de la recommandation de la Cour de modifier les paramètres de l'indemnisation des arrêts de travail, notamment en vue de mieux répartir la charge entre la sécurité sociale, les entreprises et les assurés, je tiens à attirer l'attention de la Cour sur deux points : premièrement, tous les assurés susceptibles de bénéficier des IJ ne sont pas soumis à la loi de mensualisation, ni ne bénéficient de la subrogation (étant précisé que les arrêts de travail des personnes les plus précaires sont fréquemment non subrogés) ; deuxièmement, toute proposition reposant sur une modification du périmètre de la carence (par exemple en soumettant les personnes en ALD à la carence alors qu'elles en sont dispensées à compter du deuxième arrêt en lien avec l'ALD, en imposant une carence sur les prolongations d'arrêt, etc.) implique des modifications de notre système d'informations ne permettant pas une mise en œuvre rapide de telles mesures.

Chapitre relatif aux usages du système national des données de santé

Je rejoins pleinement le constat de la Cour selon lequel le fonctionnement du SNDS « bute depuis cinq ans sur l'impossibilité pour la Plateforme des données de santé de disposer d'une copie des données du SNDS ». Cette situation résulte du choix de la plateforme des données de santé (PDS) de recourir à Microsoft Azure pour son hébergement. Il en a découlé, ainsi que le souligne la Cour, le « report [...] sur la Cnam » d'une mission qui devrait relever de la PDS, alors que la Cnam ne disposait ni des infrastructures ni de l'ensemble des moyens nécessaires pour l'assumer pleinement, et donc in fine, une réponse forcément incomplète face aux demandes toujours plus grandes de l'écosystème. Situation insatisfaisante dont la Cnam ne saurait être tenue pour responsable.

S'agissant des délais de mise à disposition de données, il est indéniable que les délais d'accès aux données se sont globalement allongés sur les dernières années. Cet allongement résulte d'abord, comme le souligne le rapport, d'une augmentation considérable des demandes ainsi que de leur complexification, fruit de la montée en compétences de l'écosystème qui s'approprie progressivement les possibilités offertes par le SNDS. Toutefois, pour une autre partie, ces délais résultent d'une interruption du processus de préparation des données et conventionnement pour des raisons extérieures à la Cnam, comme par exemple une expression des besoins insuffisamment précise pour réaliser l'extraction de données ou présentant des incohérences avec les autres éléments de l'autorisation CNIL, ou simplement un manque de réactivité des porteurs dans les échanges. Pour illustrer ce dernier point, parmi les 110 projets identifiés par la Cour, encore en cours de traitement malgré une autorisation CNIL antérieure au 1^{er} janvier 2023, les équipes de la CNAM sont en attente d'actions des porteurs pour plus de la moitié d'entre eux (57) : redéfinition du projet en cours voire possible abandon (10), informations manquantes nécessaires au traitement (28), signature de la convention en cours au niveau du porteur (19). Pour d'autres projets, les éléments nécessaires à l'instruction de la convention et la préparation des données n'ont été transmis à la Cnam qu'en 2023 (13) ou il s'agit de projets anciens, opérationnels car déjà alimentés en données du SNDS et dont la convention est simplement en cours de renouvellement (5). Je tiens en outre à souligner que les équipes de la CNAM sont responsables de la mise en œuvre opérationnelle de la minimisation des données pour chaque projet, en assurant la conformité des données livrées à l'autorisation de la CNIL. La mise en œuvre de cette minimisation est facilitée lorsque l'expression des besoins est précisément rédigée et élimine les marges d'interprétation, sources d'échanges chronophages avec les porteurs. L'amélioration de la qualité des expressions des besoins rédigées par les porteurs ainsi que la précision de leur examen par le CESREES constituent des facteurs importants de fluidification et d'accélération de l'ensemble du processus.

En outre, ainsi que le souligne la Cour, l'Assurance Maladie a engagé des efforts importants pour assumer une charge qui ne devrait plus lui incomber. En effet, un plan d'actions porté par la CNAM a été progressivement mis en œuvre à partir de la fin de l'année 2021 avec des renforts humains et matériels, une remise à plat de certains processus, un dialogue renforcé avec les porteurs de projets, etc. Cet effort a permis de traiter 60 % de nouveaux projets supplémentaires en 2022 par rapport à 2020 et 2021. Ainsi, sur le seul volet des projets de recherche sur données SNDS autorisés par la CNIL, alors qu'en 2018, 37 nouveaux projets de recherche avaient reçu des données préparées par la CNAM, ce sont plus d'une centaine de nouveaux projets qui ont été livrés en 2020 comme en 2021 et 165 en 2022. S'y ajoutaient encore les 40 projets déjà lancés avant 2022 et qui ont reçu de nouvelles données en 2022 du fait d'un besoin d'actualisation annuelle. La multiplication des projets « au long-cours » augmente fortement la charge d'actualisation qui a concerné près d'une centaine de projets en 2023, pesant, en plus des facteurs explicités supra, sur notre capacité à livrer de nouveaux projets de recherche (un peu plus d'une centaine en 2023).

Néanmoins, cette hausse des moyens n'a pas pleinement réussi à suivre une explosion encore plus importante de la demande, suscitée par les espoirs nés de la création de la plateforme des données de santé. En effet, les moyens informatiques de la CNAM ne sont pas dimensionnés pour une sollicitation aussi intense, les opérations de data management entrent directement en concurrence avec toutes les autres activités menées sur le « portail » de la CNAM, puisqu'il n'était pas prévu qu'elle assume cette demande supplémentaire. Réinvestir massivement pour être en capacité de le faire prendrait du temps et aurait un coût important, ce qui n'aurait guère de sens dès lors, qu'à terme, la plateforme des données de santé a vocation à reprendre cette charge. En outre, les moyens humains requis pour assurer ces opérations de préparation des données ne sont pas aisés à trouver sur le marché (compétences rares, avec une très forte demande, à commencer par les porteurs de projets qui ont un fort besoin de statisticiens capables d'exploiter les données du SNDS). Enfin, la complexification croissante des projets déjà évoquée et les demandes d'extractions de plus en plus lourdes rendent encore plus saillants les besoins humains et informatiques.

Dans ces conditions, je rejoins naturellement un certain nombre de recommandations de la Cour. En particulier, l'audit du CASD en cours de réalisation et auquel la Cnam prend toute sa part mérite d'être instruit avec la plus grande attention et célérité. La recherche d'une plateforme tierce acteur relevant exclusivement du droit de l'Union européenne à même de traiter les demandes d'accès aux données dans les conditions de sécurité

requis pour accueillir le SNDS apparaît en effet aujourd'hui à la CNAM comme une nécessité absolue, qui doit permettre de soulager les serveurs de la CNAM d'une part importante de la charge de préparation des données.

Chapitre relatif à « Mon Espace Santé »

Je rejoins la Cour pour considérer que « Mon Espace Santé » constitue un programme essentiel du numérique en santé. Mon espace santé est un outil majeur qui permet, de façon sécurisée, le partage d'informations entre les professionnels de santé et les usagers, au travers du DMP et dans les usages de la messagerie sécurisée de santé de MES. Il permet la restitution aux patients de ses données de santé et une meilleure coordination des soins entre professionnels de santé. Ainsi que le note la Cour, la meilleure circulation des informations relatives aux patients et la plus grande fluidité de communication contribuera à l'amélioration de la qualité du parcours de soins et au renforcement de la prévention.

En revanche, je tiens à préciser que, bien que le développement de la télésurveillance soit identifié comme un enjeu clé de la transformation du système de santé, il n'est pas en lien direct avec MES. À cet égard, si le référencement à MES est ouvert aux sociétés de télésurveillance médicales, MES n'a pas pour objectif, contrairement à ce que semble impliquer la Cour, de contribuer directement au développement de cette activité.

S'agissant de la montée en puissance du dispositif, je partage le constat de la Cour selon lequel la priorité est aujourd'hui donnée à l'alimentation du DMP : de cette alimentation découlera le développement attendu des usages. À ce titre, faciliter l'alimentation des médecins de ville fait bien sûr partie des objectifs communs que nous poursuivons avec nos partenaires. Je tiens ici à souligner que les derniers chiffres dont nous disposons montrent une appropriation croissante du dispositif. S'agissant de l'alimentation du DMP que la Cour qualifie de « très progressive », nous avons pu observer une augmentation significative de l'alimentation depuis nos derniers échanges avec la Cour (hausse de 4 % entre février et mars 2024). Ce sont désormais 294 millions de documents qui alimentent le DMP en rythme annuel, soit 98 % de la cible fixée pour 2024 à 300 millions.

Par ailleurs, ainsi que le note la Cour, la Cnam a réalisé à l'automne 2023 une campagne d'information orientée sur les premiers usages de MES, en ciblant certains publics prioritaires. En avril 2024, près de 17 % des profils MES étaient activés. Par ailleurs, alors que la Cour recommande de sensibiliser également les malades chroniques, je tiens à préciser qu'une expérimentation à destination des patients chroniques, en lien avec France Assos Santé, est actuellement en cours, pour laquelle des premiers retours sont attendus d'ici la fin 2024.

Enfin, alors que la Cour souligne les contraintes de sécurité des données, je veux insister sur l'importance attachée par la Cnam au respect du cadre informatique et libertés et aux enjeux de sécurité informatique. La sécurité des données des usagers de MES est une condition sine qua non de la confiance envers le dispositif.

Chapitre relatif à la qualité de service rendu aux usagers

Les éléments relevés par la Cour appellent de ma part les remarques suivantes. Premièrement, s'agissant de la relation téléphonique, les observations de la Cour sur l'évolution du service me semblent insuffisamment mises en rapport avec la volumétrie exceptionnelle d'appels reçue ces dernières années : entre 2019 et 2023, les volumes d'appels reçus ont augmenté de 67 %. Au-delà de l'impact de la crise sanitaire, il convient de rappeler que, depuis le 1^{er} juillet 2020, les appels téléphoniques au 3646 ne sont plus surtaxés, avec un effet certain sur les volumes. Par ailleurs, si la Cour estime que la mise en place de la dissuasion biaise l'indicateur sur le taux d'appels aboutis, je tiens à préciser que les appels dissuadés sont comptabilisés au même titre que les appels non répondus dans le calcul de l'indicateur que nous suivons au quotidien, de sorte à ce qu'il reflète bien la réalité de l'ensemble des appels reçus.

Deuxièmement, si la Cour met en avant l'impossibilité de déposer des justificatifs en ligne en dehors des téléservices qui le prévoient déjà, il est important de noter, depuis les travaux de la Cour, le lancement du nouveau téléservice « Complément de dossier », accessible dans le compte ameli depuis début mars 2024. Les CPAM peuvent ainsi alerter par courrier directement leurs assurés sur leur messagerie personnelle que des documents sont manquants pour traiter leur dossier, et les invite à se connecter à leur compte ameli pour transmettre les pièces demandées, en ligne.

Enfin, la Cour recommande de renforcer l'expertise des agents chargés des réponses de premier niveau et d'accroître la part des contacts réalisés par des équipes « expertes » avec les usagers, dans le but de réduire le nombre d'appels et de courriels : cette transformation est déjà à l'œuvre au sein du réseau de l'Assurance Maladie. Elle se traduit par la réalisation d'activités de back-office en front office et de front office en back-office. L'objectif est aujourd'hui d'accompagner et d'outiller les organismes pour mener à bien cette transformation selon le principe « le service est l'affaire de tous ».

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU COLLÈGE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

La Haute Autorité de santé (HAS) a pris connaissance avec intérêt des deux chapitres destinés à figurer dans le Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2024 (RALFSS) portant respectivement sur Les médicaments anti-cancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitements innovants et sur Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées.

Concernant le chapitre portant sur Les médicaments anti-cancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitements innovants, la HAS n'a pas de commentaire à formuler.

Concernant le chapitre Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées, la HAS souhaite porter à votre connaissance quelques commentaires:

La Cour indique que « Compte tenu de la forte progression de l'emploi temporaire, et afin de dépasser des approches empiriques, la mesure de son impact sur la qualité et la sécurité des soins pourrait faire l'objet de travaux ».

La HAS propose d'ajouter « Cette mesure pourrait s'appuyer sur des dispositifs de la HAS comme l'accréditation des médecins et des équipes médicales, le programme PACTE et leur portage par la certification des ES ».

La Cour indique que « Or, les rapports de certification ne permettent pas, en l'état, de mesurer les conséquences du recours aux emplois temporaires sur la sécurité des soins. »

Nous tenons à préciser que la certification a pour vocation à faire une évaluation du niveau de qualité mais en aucun cas d'en analyser les causes et les conséquences.

La Cour indique que « Les taux d'emplois temporaires et de renouvellement des effectifs par services devraient être des indicateurs d'alerte pour la Haute Autorité de santé, la conduisant à analyser les fiches de signalement d'événements indésirables et les plannings de soins pour s'assurer si les risques sont réellement maîtrisés ».

Nous souhaitons préciser qu'il n'y a pas, à notre connaissance de bibliographie sur ces taux de référence en lien avec des niveaux d'alerte. Il serait utile que la Cour propose des déterminants sur lesquels se référer.

La cour indique en proposition 2 « définir une méthodologie visant à étudier l'effet sur la sécurité des soins du recours aux emplois temporaires, et adapter en cohérence le référentiel de certification des hôpitaux (ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, Haute Autorité de santé) ».

La HAS propose « définir une méthodologie visant à étudier l'effet sur la sécurité des soins du recours aux emplois temporaires en s'appuyant notamment sur des dispositifs de la HAS comme l'accréditation des médecins et des équipes médicales, le programme PACTE et leur portage par la certification des ES ».

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE
NATIONALE DE LA PERFORMANCE SANITAIRE
ET MÉDICO-SOCIALE (ANAP)**

C'est avec beaucoup d'intérêt que j'ai pris connaissance du chapitre « La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes », destiné à figurer dans le Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2024.

Ce dernier appelle de ma part les quelques précisions suivantes.

Sur la nécessité d'organiser la gestion des lits au niveau territorial : à date, l'Anap recommande en premier lieu une gestion des séjours et des lits qui soit opérationnelle au niveau de l'établissement. Il s'agit en effet d'une étape nécessaire avant d'envisager une organisation territoriale de la gestion des lits.

Sur les mesures financières de soutien à la mise en place de cellules de gestion des lits dans les établissements, qui se sont succédé depuis 2019, et dont le rapport souligne l'absence de lisibilité pour les ARS comme pour les établissements : une évaluation nationale de l'Anap, dont les résultats sont attendus au troisième trimestre 2024, s'attachera à vérifier les effets de la mise en place des cellules de gestion des séjours et des lits sur la fluidité du parcours patient programmé et non programmé. Elle identifiera les organisations efficaces en la matière, permettant de proposer un accompagnement collectif adapté aux besoins des établissements hospitaliers.

Enfin, sur la recommandation de la Cour de confier aux ARS la responsabilité du pilotage de la gestion des lits effectivement ouverts au niveau territorial, avec des financements liés à la présence de cellules de gestion des lits dans les établissements hospitaliers et à leur efficacité à fluidifier les parcours de soin : plus que de financement, nous considérons que la question est avant tout celle de l'opérationnalité de ces cellules et des marges de manœuvre qui sont accordées aux gestionnaires de lits dans leur exercice quotidien. C'est pourquoi un accompagnement collectif sera proposé par l'Anap aux ARS à destination des établissements de leur territoire.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉCONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ (CEPS)

Je tiens à préciser deux points mis en avant par la Cour dans ses travaux :

1. Les remises : La Cour fait le constat que « les remises sont négociées indication par indication, au coup par coup, sans fixation d'un objectif pluriannuel fixant un cap ». Ceci est tout à fait exact, la tarification doit se faire indication par indication, et elle doit permettre de fixer un prix correspondant, à titre principal, à la valeur thérapeutique du médicament, par rapport aux médicaments à même visée thérapeutique. La négociation de la valeur porte sur le prix net. L'attribution d'un prix facial plus élevé (en général il est fixé au niveau du prix « européen » public le plus bas) est un avantage conventionnel accordé aux produits innovants sous certaines conditions définies dans l'accord-cadre. Ce prix public est important pour les entreprises en ce qu'il constitue une référence utilisée à l'international. La remise est donc un solde, entre un prix européen – constaté- et le prix net négocié – représentatif de la valeur thérapeutique -. C'est donc une variable qui se prête mal à une cible au niveau individuel comme à une planification particulière au niveau agrégé. Le montant de ces remises est directement lié aux prix (faciaux) européens observés et à l'acceptation du comité de faire bénéficier l'entreprise d'un tel avantage.

2. La quatrième recommandation de la Cour est de : « renégocier le prix des médicaments anti-cancéreux innovants lorsque des études, non disponibles au moment de la fixation du prix initial, montrent des résultats inférieurs à ceux attendu ». Je m'associe pleinement à la nécessité de renégocier le prix des produits, y compris les plus innovants dès lors que l'appréciation portée sur la valeur du produit est modifiée. Toutefois, le CEPS n'est pas en mesure d'exercer une activité d'expertise scientifique telle que l'analyse de données cliniques qu'elles soient issues d'essais contrôlés ou de la vie réelle. Il appartient à la HAS d'analyser toute nouvelle donnée afin, le cas échéant de revoir l'estimation de la valeur du produit et de donner les signaux en rapport avec celle-ci et notamment le niveau de l'ASMR. Ceci autorise ensuite une renégociation du prix dans des conditions de sécurité juridique optimales (c'est-à-dire dans un cadre réglementaire et conventionnel habituel). Par ailleurs une réévaluation prend en compte certes les nouvelles données mais aussi le nouveau contexte qui ne manque pas d'évoluer 2 à 5 ans après l'évaluation initiale (c'est à dire notamment les comparateurs et la stratégie thérapeutique) ce qui permet véritablement d'actualiser la valeur. Cette démarche scientifique d'analyse et d'appréciation ne peut relever « directement » du CEPS mais bien de la HAS au travers d'un nouvel avis.

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DE LA PLATEFORME DES DONNÉES DE SANTÉ (PDS)

Les bénéfices de l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) en santé sont très nombreux et requièrent l'accès rapide à des grandes masses de données standardisées et de qualité. La base principale du système national des données de santé (SNDS) constitue un atout de premier ordre pour des innovations fortement impactantes à base d'IA. Son accès dans des environnements modernes et son enrichissement régulier pourraient la placer au rang des bases de référence mondiale en IA en santé. Aujourd'hui, confier enfin au HDH conformément à ses missions légales et ainsi que le recommande le rapport de la Commission de l'IA - la mise à disposition d'une telle base concrétiserait le nouvel élan souhaité par la Cour des comptes et permettrait de réduire les délais d'accès.

De plus, le HDH salue la recommandation de la Cour des comptes visant à intégrer le contenu du socle commun de données des entrepôts de santé hospitaliers dans le catalogue du SNDS, considérant que les données produites par ces établissements constituent une source essentielle de données cliniques dont la valeur est indéniable pour enrichir la base principale du SNDS.

I. Permettre la copie partielle de la base principale dans la plateforme technologique du HDH pour les projets mobilisant des techniques d'intelligence artificielle consisterait en une solution transitoire intéressante pour l'écosystème

Pour accueillir des projets de pointe utilisant les données de santé, la plateforme du HDH doit pouvoir mettre en œuvre une infrastructure à la demande selon des conditions de sécurité maximales. À titre d'exemple, aujourd'hui la plateforme du HDH héberge presque 1 Peta de données et doit pouvoir accueillir des données très hétérogènes (images, comptes-rendus médicaux, données tabulaires de grande dimension, etc.). Ainsi, le HDH met à la disposition des porteurs de projet des "espaces projet" sécurisés, via sa plateforme. Il leur permet de recevoir, de stocker, de traiter et de visualiser les données de santé nécessaires à leur projet. Chaque espace projet est isolé de l'extérieur : il est dédié uniquement au projet du porteur de projet, sans transfert des données sur leur poste local. Fondée sur une infrastructure élastique (cloud), la plateforme permet au HDH de fournir les ressources de calcul permettant aux porteurs de développer les usages les plus innovants (capacités de calcul, GPU, stockage etc.).

Compte tenu de la sensibilité des données hébergées, le HDH doit également recourir à des services cloud complètement intégrés afin de gérer efficacement la gouvernance de la donnée ainsi que la sécurisation des accès et des usages sur sa plateforme technologique. À titre d'exemple, il est indispensable que les composants techniques de la plateforme génèrent des traces, ou « logs », qui soient recevables par un service centralisé de stockage et de traitement ; ou encore, il est indispensable que le service de gestion des identités puisse être intégré à l'ensemble des composants techniques de la plateforme pour vérifier les droits d'accès des personnes et des machines à ces différents composants.

Dans ce cadre, les fonctionnalités cibles de la plateforme technologique du HDH ont été communiquées publiquement sur le site internet de la DREES dès le début 2019 et plus d'une dizaine d'acteurs industriels de référence et de la recherche ont été consultés. Le Ministère de santé et de la prévention a fait le choix en 2019 de la solution Microsoft, en prenant en compte les capacités des acteurs à répondre aux exigences fonctionnelles et de sécurité¹ et les risques juridiques.

Plus récemment, une mission d'expertise pilotée par la DNS, la DINUM et l'ANS a été mise en place. L'audit a montré, qu'à ce jour, aucune des solutions souveraines comparées n'était en capacité de fournir les conditions nécessaires à l'hébergement et à l'opération de l'entrepôt EMC2 fondé sur des données du SNDS. La DINUM a par ailleurs initié la construction d'un « démonstrateur » de plateforme souveraine, auquel le HDH participe, mais sa mise en place sera progressive puisqu'elle s'appuie sur le lancement de « défis techniques » successifs qui permettront de financer le développement de services manquants.

Dans l'attente d'une solution souveraine, la Commission de l'IA recommande, dans son rapport remis au président de la République le 13 mars dernier, de permettre au HDH d'obtenir une copie de la base principale du SNDS sur sa solution d'hébergement actuelle. A minima, et afin de permettre le déploiement de projets innovants d'IA en santé nécessitant des outils à l'état de l'art, la copie d'un périmètre partiel de la base principale du SNDS ou - comme cela a été proposé par la Cour des comptes - une copie de la base dans l'optique d'accompagner les projets les plus innovants, notamment en IA, constituerait une solution transitoire potentielle. Bien que n'en mobilisant pas les pleines capacités, cette solution permettrait au HDH de répondre à l'une des ambitions pour laquelle il a été créé, à la suite du

¹ À titre d'illustration, seuls un petit nombre d'acteurs détenaient alors la certification des Hébergeurs de données en Santé (HDS) notamment pour les ressources nécessaires à des traitements en intelligence artificielle, telles que des cartes graphiques, ou "Graphics Processing Units (GPU)".

rapport Villani sur l'IA de 2018 qui appelait à positionner la France à l'avant-garde de l'IA. En effet, dans ce contexte, le HDH pourrait soulager la CNAM et mettre à disposition les données pour certaines catégories de projets plus rapidement qu'il ne le fait aujourd'hui. Renoncer à servir rapidement les projets IA, en plein essor de son utilisation et son potentiel, constitue une perte importante pour la France et son écosystème d'innovation et de recherche. Pour les autres projets, le HDH propose d'élargir le périmètre de la convention de co-responsabilité qui la lie d'ores et déjà à la CNAM, afin d'augmenter le volume d'activités que cette dernière peut déléguer au HDH, y compris la validation des périmètres de données.

D'autant que la détention, par le HDH, de la copie de la base principale du SNDS et du catalogue pourrait s'obtenir rapidement étant donné qu'elle est déjà autorisée par le décret relatif au SNDS : « Pour l'accomplissement de ses missions, la Plateforme détient une copie de la base principale détenue par la Caisse nationale de l'assurance maladie, ainsi qu'une copie des bases inscrites dans le catalogue » (art. R. 1461-3 III. alinéa 3 du Code de la santé) publique), conformément à la procédure prévue à l'article 6 III de la Loi informatique et libertés. Doubler cette autorisation par décret d'une nécessité d'autorisation par la CNIL est a priori non-nécessaire².

S'agissant des doutes qui pouvaient subsister quant à la possibilité d'utiliser le prestataire retenu dans le contexte de textes extra-territoriaux, la Commission européenne a adopté une décision d'adéquation en juillet 2023. Cela signifie que l'UE estime désormais que les États-Unis assurent désormais un niveau de protection adéquat.

II. Le HDH poursuit son développement malgré ces freins et nécessite un budget cohérent avec les missions qui lui sont confiées

La mise en œuvre des missions légales du HDH nécessite un financement pérenne. Cette nécessité est également soulignée par la mission dirigée par Jérôme MARCHAND-ARVIER et par la Commission de l'IA.

À date, le HDH dispose de trésorerie car il a bénéficié de financements pluriannuels pour sa construction, notamment issus du Fonds pour la transformation de l'action publique (FTAP). En raison de la crise covid et des délais d'arrivée des données sur la plateforme entraînant une accélération moins rapide du nombre de projets servis, une partie des financements initiaux n'a pas été consommée dans les premières années de fonctionnement du HDH.

² En effet, le Conseil constitutionnel a jugé inconstitutionnel le fait de subordonner à l'avis conforme d'une autre autorité de l'État l'exercice, par le Premier ministre, de son pouvoir réglementaire (voir en ce sens, la décision n° 2020-800 DC du 11 mai 2020, paragraphe 77). Une demande d'autorisation CNIL avait pourtant été déposée le 18 mai 2021 par le HDH dans un souci d'inclusion de l'ensemble des acteurs dans la création d'un opérateur national des données de santé puis retirée à titre temporaire.

Cependant, il est à noter que cette trésorerie est en partie déjà engagée de manière pluriannuelle, dans l'accompagnement des projets. Ainsi, considérant les projections d'activité du HDH pour 2024 et 2025, et l'augmentation prévue du nombre de projets servis, le niveau de trésorerie prévisionnel correspondrait à 1,6 mois de fonctionnement du HDH, soit une marge de sécurité non exagérée.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE VIEILLESSE DES PROFESSIONS LIBÉRALES (CNAVPL)**

La Cour préconise plusieurs pistes d'évolution de l'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales (OAAVPL), qui ont toutes pour objectif de rapprocher progressivement le fonctionnement des sections professionnelles de celui des organismes du régime général, et de remettre ainsi en cause leur autonomie de gestion.

Ces préconisations appellent les observations suivantes de la part de la CNAVPL.

Pistes d'évolution préconisées par la Cour

- *Une généralisation du transfert de l'activité de recouvrement des sections aux URSSAF, dans le double but de permettre un recentrage de leur activité et de dégager des économies de gestion*

Le conseil d'administration de la CNAVPL est opposé à une telle évolution pour les raisons suivantes :

1. *Les sections professionnelles constituent le guichet unique des professions libérales pour leur retraite : elles assurent le calcul et l'encaissement des cotisations, ainsi que le calcul et le service des droits.*

Contrairement à la branche famille ou à la branche maladie, les régimes de retraite ont un caractère contributif : les droits découlent des cotisations versées, hors éléments de solidarité. Il est donc essentiel que les sections qui calculent et servent les prestations maîtrisent parfaitement l'activité relative aux cotisations, afin de s'assurer de l'exactitude du calcul des droits et, le cas échéant, de renseigner les affiliés.

La mise en œuvre concomitante de ces deux missions étroitement liées constitue le gage de l'efficacité des sections et, par suite, de leur qualité de service. Le lien entre les cotisations versées et les droits à retraite est en effet fondamental pour assurer et sécuriser la bonne gestion des comptes individuels des cotisants, ainsi que le calcul et le service des retraites.

À cet égard, il paraît utile de rappeler l'appréciation portée par la Cour, dans la synthèse publique de son rapport de certification des comptes 2022 du CPSTI, sur la mise en œuvre de la délégation du recouvrement des cotisations du régime complémentaire et du régime invalidité-décès des travailleurs indépendants aux URSSAF : « malgré de nouveaux progrès en 2022, les dispositifs de contrôle interne procurent une assurance insuffisante sur la maîtrise des risques de portée financière qui affectent les opérations retracées par les comptes du CPSTI. Ces risques concernent en particulier l'exhaustivité des cotisations sociales et l'exactitude du calcul des retraites complémentaires et des pensions d'invalidité. »

Cette appréciation de la Cour confirme le bien-fondé des craintes des sections quant aux conséquences d'un tel schéma s'il était imposé unilatéralement au recouvrement des cotisations de l'ensemble des professionnels libéraux.

2. Les principaux résultats de gestion comparés des sections professionnelles et du régime général démontrent que les sections enregistrent des résultats qui s'inscrivent à un niveau supérieur, en termes de qualité de service comme au regard des coûts de gestion.

S'agissant du recouvrement des cotisations

Les sections enregistrent des résultats qui s'inscrivent à un niveau supérieur à celui des organismes du régime général.

Tableau n° 1 : taux d'encaissement des cotisations de l'exercice au 31.12

	Organisation PL (cotisations du régime de retraite de base)	Sections professionnelles hors CIPAV (cotisations du régime de retraite de base)	URSSAF (cotisations des travailleurs indépendants)*
2019	92,73	95,32	91,5
2020	90,64	92,73	69,6
2021	92,79	94,15	73,3
2022	94,05	95,05	89,7

(*)Source : Comptes combinés du réseau des URSSAF exercice 2022 Annexe 4.3.2 page 56

S'agissant de la gestion des retraites

Les résultats des sections professionnelles sont nettement supérieurs à ceux du régime général (RG). À titre d'illustration, voici leurs résultats comparés pour trois indicateurs clés en 2022 :

- Taux de dossiers liquidés dans les délais : 96 % pour les sections / 69, 2% au RG
- Taux de fréquence des erreurs de portée financière : 4 % pour les sections / 15 % au RG
- Taux d'incidence financière des erreurs : 0,09 % pour les sections / 13,7 % au RG.

S'agissant des objectifs de qualité de service et de performance de gestion

La Cour relève que parmi les dix indicateurs mesurant la performance de gestion et la qualité de service que comprend le deuxième contrat pluriannuel, cinq sont alignés sur ceux du régime général, et que le niveau des autres objectifs est souvent inférieur.

Il convient toutefois de souligner que, comme illustré dans un tableau :

- les objectifs fixés en 2022 pour 4 indicateurs essentiels sont sensiblement plus élevés pour les sections que pour les CARSAT :
 - la liquidation des droits propres dans les délais : 92 % contre 80 % au RG ;
 - la liquidation des droits dérivés dans les délais : 70,5 % contre 55 % au RG ;
 - la qualité des dossiers validés : 93 % contre 88,5 % au RG ;
 - le taux d'incidence financière : 0,55 % contre 1,05 % au RG.
- aucun objectif n'est fixé pour les URSSAF concernant le taux d'encaissement, alors que pour les sections, l'objectif est fixé à 90 % pour 2022.

S'agissant des coûts de gestion

En premier lieu, il convient de souligner que le coût de gestion moyen de 75,11 € par dossier en 2021 mentionné par la Cour dans un tableau ne reflète pas la réalité des coûts de l'OAAVPL car le calcul est effectué sans pondération liée au nombre de dossiers gérés par chaque caisse.

Dans les trois sections contrôlées, qui représentent à elles seules 86 % des cotisants et 75 % des retraités, le coût moyen par dossier géré s'élevait en 2021 à 32,80 € pour la CIPAV, 33,89 € pour la CARPIMKO et 42,37 € pour la CARMF (cf. tableau précité).

Le coût de gestion moyen pondéré de l'OAAVPL s'élevait ainsi à 41 € par dossier en 2021, et à 37 € en 2022.

En second lieu, le coût de gestion du recouvrement des URSSAF (0,35%) est présenté par la Cour comme deux fois moins élevé que ceux de la CARMF (0,67 %) et de la CARPIMKO (0,76 %).

Cependant, comme la Cour le relève, le coût du recouvrement des URSSAF indiqué dans un tableau porte sur un champ plus large, puisqu'il est calculé sur la totalité de leurs encaissements, y compris ceux des plus grosses entreprises.

Pour que la comparaison soit pertinente, la seule référence qui paraît pouvoir être retenue est celle qui serait applicable en cas de transfert de l'activité de recouvrement des sections aux URSSAF, telle qu'elle est prévue par les dispositions législatives et réglementaires (article L. 225-1-1, 5e du code de la sécurité sociale et arrêté du 23 mai 2022) : une facturation de 1% des montants encaissés par les URSSAF pour le compte des sections serait opérée.

Telle est d'ailleurs la règle qui a été appliquée en 2023 aux encaissements de la CIPAV à la suite du transfert de son activité de recouvrement aux URSSAF. Elle s'est traduite dans le compte de résultat du régime de base des professions libérales par une charge de gestion courante d'un peu plus de 7 M€.

Pour les neuf autres sections, l'application de cette règle aurait entraîné une charge de gestion administrative d'un peu plus de 21 M€ au titre de 2022, ce qui n'aurait généré aucune économie. Au contraire, ce montant aurait été supérieur au coût analytique du recouvrement des cotisations par les 9 sections concernées, qui s'est élevé à 20,8 M€ au titre de 2022.

Enfin, trois observations complémentaires peuvent être formulées :

- *Indépendamment du coût facturé par l'ACOSS, au moins une partie des coûts fixes aujourd'hui associés à l'activité du recouvrement demeurerait à la charge des sections après le transfert du recouvrement aux URSSAF (direction, fonctions support, compétences métier en termes de calcul des cotisations et des droits...).*
- *La facturation des URSSAF, arithmétiquement fonction des montants encaissés, ne fait l'objet d'aucun cadrage, alors que la trajectoire d'évolution annuelle de - 1,5 % des dotations de gestion administrative prévue par le contrat pluriannuel 2021-2025 est conforme aux dispositions de la loi de programmation des finances publiques de 2018, ce qui pose un problème de cohérence d'ensemble et génère une absence de maîtrise des coûts.*

- *Le mode de détermination du coût de gestion par référence au montant des encaissements paraît discutable, même s'il s'agit de l'indicateur habituellement utilisé. En effet, les montants encaissés dépendent des taux de cotisation, des planchers et plafonds d'assiette, ainsi que du nombre d'affiliés et de leurs revenus, autant d'éléments qui n'ont rien à voir avec l'efficience de la gestion administrative, et ce alors même que la Cour recommande par ailleurs que les coûts de gestion des sections soient déterminés par un outil de mesure analytique, de manière à mieux les maîtriser, ce que ne permet justement pas une indexation du coût sur les encaissements.*

3. *Les sections professionnelles sont caractérisées par une approche professionnelle forte.*

C'est cette approche professionnelle qui permet d'adapter la réglementation aux spécificités de chaque profession (capacités contributives, formes d'exercice, solidarité professionnelle, niveau de prestations).

Le transfert du recouvrement des cotisations des professionnels libéraux aux URSSAF serait incompatible avec cette approche dans la mesure où il nécessiterait, comme le souligne la Cour, une harmonisation préalable des modalités de calcul des cotisations et des calendriers de recouvrement, ce qui constituerait une remise en cause de l'autonomie de gestion des sections et une absence de prise en compte des spécificités professionnelles.

4. *La collecte des cotisations par les URSSAF engendrerait une perte financière pour les sections professionnelles.*

Le décalage entre l'encaissement des cotisations par les URSSAF et leur reversement aux sections professionnelles priverait celles-ci de la trésorerie dont elles disposent actuellement et donc de la possibilité de placer les sommes encaissées sur les marchés financiers, ce qui engendrerait une perte financière préjudiciable.

- *Un élargissement des prérogatives de la CNAVPL aux régimes complémentaires d'assurance vieillesse et d'invalidité-décès, dont elle délèguerait la gestion aux sections professionnelles dans des conditions comparables à celles aujourd'hui mises en œuvre pour le régime de base.*

Le Conseil d'administration de la CNAVPL s'oppose fermement à une telle évolution pour les raisons suivantes :

- *Depuis sa création, le modèle de l'Organisation repose sur l'autonomie des sections professionnelles, conformément au souhait des professionnels libéraux et de leurs représentants. Cette autonomie va de pair avec une gestion responsable : les sections ont en effet toujours su prendre leurs responsabilités dans le cadre de la gestion de leurs régimes complémentaires d'assurance vieillesse et d'invalidité-décès.*

- *La réforme préconisée aurait pour effet de désarticuler cette architecture qui a fait la démonstration de sa pertinence et de son efficacité au service des professionnels libéraux. Elle remettrait en cause l'ensemble du système des retraites des professionnels libéraux qui fonctionne depuis 75 ans sans recours à un quelconque financement extérieur.*
- *Une évolution vers un conseil de la protection sociale des professions libérales*

Les représentants des sections professionnelles sont fermement opposés à une telle évolution qui priverait les sections de leurs prérogatives en matière de pilotage de leurs régimes, les réduirait à de simples gestionnaires par délégation et aurait pour effet de supprimer les conseils d'administration élus, alors que le mode électif actuel est le seul système qui permette d'assurer la représentation de l'ensemble des assurés, qu'ils soient membres d'un syndicat ou non, qu'ils soient actifs ou retraités.

Conclusion

Pour les raisons précédemment évoquées et compte tenu des résultats de gestion des sections, le conseil d'administration de la CNAVPL est fermement opposé aux trois pistes d'évolution préconisées par la Cour.

Il ne partage pas les constats de la Cour relatifs au manque d'efficacité et d'exemplarité des sections dans la gestion des régimes, ni ceux relatifs au manque d'ambition des indicateurs associés aux objectifs du contrat pluriannuel en cours. La mission de service public qui leur est confiée, la qualité du service rendu aux assurés et l'efficacité de leur gestion sont au contraire au centre des préoccupations de l'ensemble des caisses de l'OAAVPL.

Il convient par ailleurs de souligner que les préconisations de la Cour ne correspondent pas à une demande des professionnels libéraux, demande qu'ils n'hésiteraient sans doute pas à formuler si la gestion de leurs caisses de retraite manquait à ce point d'efficacité et d'exemplarité.

Recommandations de la Cour

La Cour formule par ailleurs plusieurs recommandations. Certaines d'entre elles appellent de la part du conseil d'administration de la CNAVPL les observations suivantes.

- *Nomination d'un commissaire du Gouvernement dans chacun des conseils d'administration des sections professionnelles*

Les sections n'en comprennent pas l'intérêt dans la mesure où toutes les décisions de leurs conseils d'administration sont communiquées

aux pouvoirs publics et soumises au contrôle de légalité de l'État, par le biais de la mission nationale de contrôle (MNC) rattachée au directeur de la sécurité sociale.

- *Alignement des conditions de nomination des directeurs des sections professionnelles sur celles retenues pour la CNAVPL*

Le conseil d'administration de la CNAVPL est majoritairement opposé à une telle mesure qui remettrait en cause la pleine capacité des élus à choisir en toute autonomie les dirigeants des sections.

- *Mise en œuvre sans délai au sein de l'OAAVPL un dispositif commun de mesure des coûts et de la performance de gestion.*

Un dispositif commun de mesure analytique des coûts et de la performance de gestion des sections existe depuis 2016, c'est-à-dire depuis le début du premier contrat pluriannuel signé par la CNAVPL. Ce dispositif fonctionne selon la méthode dite ABC, qui repose sur la décomposition fine des activités des sections et sur l'éclatement des coûts entre ces activités et entre les différents régimes gérés. C'est sur la base des données produites par ce modèle de détermination des coûts que l'enveloppe de dotation de gestion administrative du régime de base a été fixée, avec l'accord des pouvoirs publics, dans le cadre du second contrat pluriannuel 2021-2025, ce qui a permis d'ajuster l'enveloppe au niveau des coûts ainsi établis par les sections professionnelles.

Ce modèle est aujourd'hui en voie de finalisation. Conformément aux engagements de l'Organisation dans le cadre du contrat pluriannuel en cours, il a fait l'objet d'un travail de formalisation documentaire mené par la CNAVPL en collaboration avec les sections, et a permis l'élaboration d'un tableau de bord annuel consolidé des indicateurs de coûts et de productivité du régime de base, au niveau de chaque section comme au niveau de l'Organisation dans son ensemble.

- *Rattachement des sections professionnelles et de la CNAVPL aux conventions collectives applicables aux personnels des organismes du régime général*

Le conseil d'administration de la CNAVPL est majoritairement opposé à l'application aux sections professionnelles du cadre collectif UCANSS en matière de gestion des ressources humaines, pour les raisons suivantes :

- *celui-ci lui apparaît inadapté aux spécificités des missions des sections, qui sont plus larges que celles des organismes de sécurité sociale du régime général (de l'affiliation au décès des ayants droit pour au moins deux régimes de retraite et un régime de prévoyance, avec la gestion de réserves financières importantes) ;*

- les référentiels UCANSS limiteraient les possibilités pour les sections de recruter des collaborateurs aux profils correspondant à leurs besoins ;
- la lourdeur du cadre conventionnel du personnel de la sécurité sociale et de ses évolutions aurait pour conséquence la perte de l'agilité et de la capacité d'adaptation qui caractérisent aujourd'hui la gestion RH des sections professionnelles.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE
INTERPROFESSIONNELLE DE PRÉVOYANCE
ET D'ASSURANCE VIEILLESSE (CIPAV)**

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 pour la Cipav.

Avant tout exposé de ma part, je souhaite préalablement préciser que les 2 précédents contrôles de la Cour — le 1^{er} inséré au rapport public annuel de février 2014 et intitulé « La Cipav, une gestion désordonnée, un service aux assurés déplorable », le 2^{ème} inséré au rapport public annuel de février 2017 et intitulé « La Cipav, une qualité de service encore médiocre, une réforme précipitée » — ont constitué de véritables traumatismes pour la Cipav, ses salariés et les professionnels libéraux qu'elle sert, ainsi que pour le fonctionnement de l'organisme et son image, tant ils ont pu mettre en lumière d'importants dysfonctionnements.

Par ailleurs, même si la Cour confirmait en 2017 l'amélioration du fonctionnement de l'organisme et de sa relation avec ses assurés, ce 2^{ème} rapport, trop proche chronologiquement du 1^{er}, n'avait que très partiellement atténué les constats originels.

Aussi, l'annonce en avril 2023 d'une nouvelle mission relative à l'organisation autonome de l'assurance vieillesse des professionnels libéraux, et l'organisation d'un contrôle de la Cnavpl et de 3 de ses sections professionnelles, dont la Cipav, constituaient pour celle-ci l'opportunité de disposer d'une nouvelle appréciation extérieure et objective sur les travaux réalisés par la caisse, et notamment de valoriser la transformation profonde engagée depuis 2020 par la nouvelle direction de la Cipav, année de la mise en œuvre de réorientations stratégiques majeures qui ont amené l'organisme en 2022 et 2023 à finaliser la rénovation de son système d'information métier, à transférer à l'URSSAF son activité de recouvrement et à accrocher son référentiel carrière au répertoire inter régime RGCU.

Dans ce contexte, et sans préjuger de la teneur du rapport définitif de la mission menée, le choix de la Cour de consacrer une partie de son rapport public annuel à la situation de la Cipav ne pouvait qu'être accueilli favorablement par la caisse. En effet, même si la situation de la Cipav a fortement évolué depuis les dernières observations de la Cour, les rapports publiés en 2014 et 2017 restaient encore pour le public des études de référence lui permettant de se forger une opinion anachronique et périmée sur la situation de la caisse. En ce sens, la diffusion d'une analyse objective et actualisée de l'évolution de la situation de l'organisme depuis ces 7 dernières années permet assurément à nos assurés et à nos partenaires d'avoir une meilleure vision de la situation actuelle de la Cipav.

La Cour constate le redressement de la Cipav

Concernant l'avis de la Cour quant à la gestion de l'organisme, la Cipav ne peut que se féliciter des constats de la Cour sur l'amélioration de son fonctionnement, tant interne qu'externe, et de sa relation avec ses assurés. La Cour confirme ce qui était devenue depuis ces dernières années l'évidence : la « caisse n'est plus dans la même situation » que lors de son précédent rapport, en 2017.

Le déficit d'image, les incertitudes et fragilités héritées des dysfonctionnements du passé sont désormais reléguées à la décennie 2010, la situation de la production est correctement ordonnée, les performances opérationnelles sont assurées et la qualité de service est au rendez-vous : 99 % des dossiers de retraite sont traités dans les délais, le taux de décroché téléphonique s'élève à plus de 95 %, Ce redressement est donc effectif et les évolutions qu'il a portées ont visé tout à la fois l'amélioration de la qualité du service rendu et la réduction des coûts de gestion : le budget de gestion administrative a ainsi diminué de 7,72 % entre 2018 (52,58 M€, dont 48,59 M€ en charge de fonctionnement et 3,99 M€ en investissement) et 2022 (48,52 M€, dont 43,36 M€ en charge de fonctionnement et 5,16 M€ en investissement).

Corollaire de ce redressement, les taux de satisfaction des assurés mesurés par la caisse sont notoirement améliorés depuis 2020, comme en attestent les enquêtes régulièrement réalisées en matière de gestion des cotisations et des prestations, de conseil aux assurés et plus globalement sur l'offre de service aux professionnels libéraux. S'agissant plus spécifiquement de la satisfaction obtenue par l'organisme et les autres sections professionnelles en matière de liquidation des pensions, les résultats de la Cipav ont progressivement évolué à la hausse depuis 2021, pour dépasser depuis le début de l'année 2024 ceux des autres organismes : 3,2 à 3,6/5 en 2021 , 3,6 à 3,8/5 en 2022, le niveau de 4/5 est atteint à la mi-2023 et la dernière enquête de 2023 et celles de 2024 permettent à la Cipav d'atteindre des résultats historiquement hauts, dépassant les à 4,5/5.

Au-delà des constats factuels décrits par ces dispositifs, les assurés expriment de manière individuelle leur satisfaction sur les réseaux sociaux quant au fonctionnement de l'organisme et au service qu'il offre, ainsi qu'en témoignent, dans la quasi-totalité des cas, leurs avis et commentaires : rapidité dans le traitement des prestations, facilité à joindre un interlocuteur dans la caisse, écoute et conseil assurés par nos salariés, sont quelques-uns des motifs de contentement qu'ils mettent en avant.

La Cour valorise les orientations stratégiques retenues par la Cipav pour améliorer sa performance de gestion

S'agissant de la trajectoire stratégique que la Cipav a engagée en 2020, sous l'impulsion de la nouvelle direction à son arrivée, la Cour salue les orientations qu'elle induit en ce qu'elles ont « fait aboutir en peu de temps deux réformes majeures, de portée structurelle » :

- *Le transfert à l'Urssaf du recouvrement des cotisations Cipav, porteur d'améliorations en matière de qualité de service aux professionnels libéraux, d'efficacité de la collecte et d'efficience des coûts de gestion ;*
- *Le développement d'un nouveau Système d'Information (Tosca), pensé, construit et géré par la Cipav, accroché au référentiel carrière inter régime RGCU, qui a « amélioré le calcul des droits et la qualité de liquidation des pensions ».*

Authentiques succès dans leur déploiement opérationnel, la Cour souligne également le caractère novateur et pionnier de ces orientations stratégiques. Rappelons que la Cipav est la plus importante des sections professionnelles libérales par le nombre de ses assurés (46 % des cotisants et 35 % des retraités libéraux). Elle est la 1^{ère} des caisses libérales à avoir transféré son activité de recouvrement à l'Urssaf et la 1^{ère} à s'être dotée du RGCU, le Répertoire de Gestion des Carrières Unique, qui a vocation à regrouper les données de carrières disponibles de tous les régimes, de base et complémentaires, pour chaque assuré social.

La Cipav est également le 1^{er} des organismes de sécurité sociale parmi les sections professionnelles libérales à avoir fait évoluer son cadre collectif et la gestion de ses ressources humaines en le rapprochant de celui existant au régime général de sécurité sociale. Ces chantiers structurels d'ampleur ont permis à la Cipav de réduire ses coûts de gestion et de réaliser des économies qui ont été réallouées pour améliorer le service qu'elle porte à ses assurés. La Cour invite d'ailleurs la CNAVPL et les autres sections professionnelles à mettre en oeuvre ces projets

La Cipav partage pleinement les 4 recommandations de gestion émises par la Cour

En ce que la Cour émet des recommandations que la caisse a déjà implémenté de sa propre initiative, la Cipav ne peut que pleinement partager les conclusions de ce rapport : transfert de la collecte des cotisations et accrochage du référentiel carrière au RGCU donc, mais également rattachement des sections professionnelles aux conventions collectives applicables aux personnels des organismes de sécurité sociale du régime général.

Sur ce dernier point, ayant déjà aligné les dispositions relatives à la gestion de ces personnels à celles du régime général de sécurité sociale, sans justement avoir pu les rattacher, faute d'engagement de l'évolution réglementaire évoquée, la Cipav est en total accord avec ce projet de recommandations.

Elle est également en parfait accord avec les recommandations émises visant à :

- *renforcer le contrôle de l'Etat sur la gestion des régimes obligatoires de retraite, incluant la nomination d'un commissaire du gouvernement, l'alignement des conditions de nomination des directeurs des caisses sur celles retenues pour la Cnavpl et la validation par la tutelle des rémunérations des directeurs ainsi que la communication annuelle à celle-ci des 3 plus hautes rémunérations ;*
- *actualiser le cadre réglementaire de la gestion des réserves des caisses de retraite en mettant à jour le décret n° 2017-887 du 9 mai 2017 ;*
- *développer les éléments de mutualisation entre les sections professionnelles et la Cnavpl, ceux relatifs à la mesure de coûts et de la performance de gestion, mais aussi, de manière plus globale, l'ensemble des dispositifs permettant de mutualiser la gestion des caisses. Ainsi qu'elle l'a déjà proposé à l'Organisation autonome dans son ensemble, sans résultat à ce stade, la Cipav continuera à proposer une offre de service en cohérence avec ce schéma de mutualisation.*

La Cipav ne partage pas les constats évoqués par la Cour de risques de contestation de contentieux persistants

La Cipav ne rejoint pas la Cour dans son analyse sur les nouveaux fronts de contestation et le nombre de recours contentieux qui demeurent importants selon elle.

Entre 2018 et 2022, la Cipav a eu à gérer 16 349 recours devant les juridictions, pour un volume d'assurés protégés ayant acquis des droits à la Cipav pour un montant de l'ordre de 1,1 M€. Les taux de recours restent sur la période contenus et faibles (inférieurs à 0,5 % des assurés protégés). Plus de 90 % de ces recours sont des oppositions à contraintes, initiés par les

assurés actifs, au titre du recouvrement des cotisations (une activité désormais transférée à l'Urssaf et qui n'a plus vocation à l'avenir à concerner la Cipav), avec une variabilité annuelle en volume dictée par le rythme et les conditions de réalisation et de recouvrement (illustrée notamment par le gel des actions 2020 reportées en 2021 en raison de la crise covid 19). Il convient par ailleurs de noter que plus de 90 % des recours ont in fine fait l'objet d'une décision favorable aux intérêts de la Cipav.

Concernant le risque contentieux associé aux auto-entrepreneurs, la Cipav a liquidé, sur la période 2018 à 2022, 19 353 retraites complémentaires de droit direct relatives à des périodes d'activité exercées au régime micro-social, pour un montant de prestations versées sur la période de 37 M€ (dont 28 M€ en versement forfaitaire unique). 0,78 % des retraites liquidées ont fait l'objet d'un contentieux.

La Cipav souhaite donc très largement nuancer la portée du risque relevé par la Cour. Ce sont actuellement 220 contentieux qui sont en cours devant les tribunaux concernant des autoentrepreneurs, sur un volume total de 668 393 assurés auto-entrepreneurs ayant acquis des droits au régime à fin 2022. Les auto-entrepreneurs contestent peu car leurs droits sont correctement valorisés par la Cipav et le risque contentieux associé est aujourd'hui empiriquement maîtrisé.

L'arrêt du 23 janvier 2020 était un arrêt associé à un cas d'espèce qui n'a pas généré d'afflux de recours. La Cipav a par ailleurs travaillé conjointement avec la direction de la Sécurité sociale à l'évolution de sa stratégie en défense pour faciliter l'appréhension du sujet par les juridictions ; elle attend de mesurer les effets des nouveaux argumentaires sur les prochaines décisions prises par les tribunaux.

La Cipav ne partage pas les commentaires de la Cour relatifs à la mise en œuvre de sa stratégie immobilière.

En mettant en œuvre en 2021 une stratégie immobilière justifiée par des motifs d'efficacité de sa gestion et de préservation des intérêts patrimoniaux de l'organisme, la Cipav a engagé un programme de vente lui permettant de se dessaisir d'actifs peu rentables et/ou en cours de dépréciation, identifiés sur la base de critères objectifs (état et volume des actifs, niveaux de rendements futurs appréciés compte-tenu de départs de locataire et/ou échéances de baux incluant la renégociation du loyer avec celui-ci). La vente de biens immobiliers par un institutionnel n'a, à cet égard, rien d'exceptionnel ; elle s'inscrit dans le cadre de l'administration courante par un organisme de ses actifs et fait partie des évolutions que celui-ci doit apporter à son patrimoine, spécifiquement lorsque sa constitution résulte, comme c'est précisément le cas pour la Cipav, de

diverses fusions, fruits de l'histoire, et requiert de le restructurer. Le précédent rapport de la Cour avait d'ailleurs souligné les défauts de ce portefeuille immobilier que la Cipav n'avait alors pas corrigé et qui nécessitait une restructuration.

La Cipav ne partage par ailleurs pas la remarque de la Cour en matière de procédures de vente qui pourraient ne pas apporter les garanties nécessaires en matière d'information du conseil d'administration et de préservation des intérêts patrimoniaux de l'organisme. Non seulement la Cipav souscrit aux principes de fiabilisation et de transparence que la Cour évoque, mais elle considère les avoir pleinement respectés :

- la direction de la Cipav a opéré les ventes sous le contrôle de la commission des placements, elle-même placée sous l'autorité du président du conseil d'administration, cette commission pouvant établir que les ventes ont systématiquement été réalisées avec les candidats présentant les offres mieux-disantes, justifiées par une prise en considération du prix mais également des conditions d'acquisition présentées par les candidats ;*
- tant la commission des placements que le conseil d'administration et son président, selon les rôles et les missions qu'ils exercent, ont décidé et/ou ont été informés des procédures de ventes, lors des diverses étapes de la cession des actifs. La complète transparence des opérations est donc assurée.*

Enfin, s'agissant de la préservation des intérêts patrimoniaux de la caisse, la Cour reconnaît elle-même que la mise en œuvre de la procédure a permis de vendre les actifs à un prix supérieur à près de 26 M€ aux prix estimés initialement. La stratégie déclinée a donc été pleinement gagnante et préservatrice des intérêts patrimoniaux de l'organisme.

En conclusion, la Cipav se félicite d'avoir pu restructurer son portefeuille d'actifs en menant à terme ce programme immobilier : elle a réalisé en 2021 et 2022 la cession des actifs dont le Conseil avait souhaité l'arbitrage à la vente, dans le contexte alors haussier du marché immobilier ; elle a ensuite engagé l'acquisition de nouveaux actifs en 2023 et 2024, dans un nouveau contexte de marché particulièrement baissier. Sur ce dernier point, le montant total des économies réalisées entre le prix estimé par le service des Domaines, voté par les administrateurs pour les achats, et le prix négocié in fine obtenu des vendeurs s'élève pour l'heure à près de 12 M€, au bénéfice de la Cipav, et potentiellement à un montant encore supérieur, à réévaluer lorsque les opérations relatives aux actuelles acquisitions seront finalisées.

Grâce à cette restructuration, ainsi qu'aux autres actions pilotées par le pôle en charge de l'activité, la Cipav a considérablement amélioré les performances de gestion de son portefeuille immobilier :

- les revenus locatifs ont progressé de 56 % depuis 2018 (avec un bond de 36 % entre 2020 et 2021), passant de 13,5 M€ en 2019 à un montant s'établissant annuellement depuis 2021 à plus de 23 M€ ;
- le taux d'occupation de patrimoine a cru de 19 points, passant de 78 % en 2020 à 97 % en 2023 ;
- le taux de rendement moyen entre 20218 et 2023 est de 3,64 % pour le patrimoine immobilier de la Cipav (contre 3,05 % sur le taux observé dans le périmètre géographique QCA, quartier central des affaires), passant de 3,35 % en 2020 à 4,28 % en 2023.

Au vu de ces éléments, la politique immobilière menée par la Cipav, expression de la stratégie immobilière de l'organisme décidée et votée par son conseil d'administration en 2021, est intervenue à point nommé : sécurisant les placements immobiliers par une optimisation de la rentabilité de ses actifs, elle a permis de restructurer efficacement et durablement le parc immobilier et d'en rendre plus robuste et performante sa gestion.

D'une manière plus globale, la Direction de la Cipav, sous le contrôle de son conseil d'administration, a déployé durant ces dernières années un programme complet de transformation de l'organisme, menant de front l'amélioration et le renforcement de la pertinence de l'ensemble de ses indicateurs de production et de service, avec pour seule feuille de route et boussole :

- le développement de la qualité du service rendu aux assurés et l'audit régulier de son amélioration par un pilotage continu de l'activité, afin de démontrer la capacité de la caisse à faire mieux, à être plus agile et à mettre ses assurés au cœur de l'ensemble de ses actions,
- l'instauration d'un climat apaisé au sein de l'entreprise, ainsi qu'en attestent les baromètres annuels sociaux mis en place, de manière à garantir le sérieux et l'efficacité dans la réalisation de toutes les tâches dont la caisse assure la gestion,
- la réponse favorable aux stratégies d'évolutions ouvertes et proposées par l'État, en portant les changements et en devenant caisse pionnière.

L'ambition de la Cipav est de devenir une référence dans l'excellence de la gestion et du service, au seul bénéfice de ses assurés.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MÉDECINS DE FRANCE (CARMF)

I-C-2 Des sections professionnelles peu contrôlées :

La Cour propose ni plus ni moins d'étendre l'organisation de la gouvernance de la CNAVPL à chaque section professionnelle. Ce qui pouvait se justifier pour la caisse nationale, tête de réseau de l'organisation, apparaît excessif et superflu pour les sections professionnelles.

La présence d'un commissaire du gouvernement dans toutes les sections mobiliserait inutilement de nombreux fonctionnaires, alors que les décisions des conseils d'administration des sections professionnelles sont déjà soumises au double contrôle de la Mission Nationale de Contrôle (MNC) et de la direction de la Sécurité Sociale. Par ailleurs, toutes les modifications statutaires sont approuvées par arrêté ministériel, alors que juridiquement ce rôle est dévolu à la CNAVPL (article L641-5 du code de la sécurité sociale).

Aligner les conditions de nomination des directeurs des sections sur celles de la CNAVPL poserait des problèmes juridiques et pratiques. Les sections professionnelles sont des organismes de droit privé dont le personnel est soumis au droit du travail. Limiter les mandats des directeurs à 5 ans est contraire au statut juridique des contrats à durée indéterminée, et aboutirait à ce que les postes soient occupés par des fonctionnaires détachés. Il convient à cet égard de rappeler que dans les organismes du régime général, (en dehors des caisses nationales) les directeurs ont des contrats de droit privé à durée indéterminée. Les sections professionnelles seraient les seuls organismes de sécurité sociale à avoir des règles dérogatoires au droit du travail. Faire contrôler par la tutelle le montant des rémunérations des directeurs constituerait une atteinte grave aux prérogatives des Conseils d'Administration et aux règles du droit privé. Alors que le marché des cadres supérieurs est soumis à une concurrence forte, les meilleurs profils risqueraient de se détourner de ces fonctions.

Enfin, la publication des trois plus hautes rémunérations recommandée par la Cour ne se fait dans aucun organisme de sécurité sociale. Sur l'ensemble des entreprises françaises, seule la publication des rémunérations des mandataires sociaux des entreprises cotées est obligatoire (article L 122-10-9 du code de commerce).

II-A-1 Des trajectoires de progrès contrastées :

La CARMF ne peut souscrire à l'affirmation de la Cour selon laquelle son système d'information exposerait la caisse à des risques opérationnels élevés.

Bien que vieillissant, le système d'information (SI) actuel de la CARMF a toujours répondu aux attentes métiers, n'a jamais connu d'incident majeur et a toujours démontré sa capacité à s'adapter aux évolutions réglementaires dans les délais impartis, parfois très contraints. Les contrôles opérés à tous les niveaux

par les métiers de la CARMF ne témoignent en aucune manière d'une quelconque défiance envers la fiabilité du SI de la CARMF, mais répondent à une culture interne : objectif de sécurité et de qualité de service maximum à rendre aux affiliés, comme en témoignent les bons résultats de gestion reconnus par la Cour.

II-A-2 Des écarts importants entre les coûts de gestion :

La comparaison avec les frais de recouvrement calculés par l'URSSAF CN ne paraît pas du tout pertinente. En effet, le coût présenté est un coût moyen, qui tient compte du coût de gestion pour les très grandes entreprises, nécessairement très faible rapporté à l'euro encaissé, ce qui a pour effet de diluer les coûts plus élevés sur les autres segments (notamment celui des travailleurs indépendants), dont le montant des cotisations annuelles est beaucoup plus réduit. Une comparaison avec le coût du recouvrement par l'URSSAF CN des cotisations des seuls travailleurs indépendants / professionnels libéraux serait donc bien plus pertinente.

Une comparaison qui semble en revanche plus pertinente, parce que factuelle, est celle du coût refacturé à la CARMF par l'URSSAF CN au titre du recouvrement des cotisations du RSPM (Régime Simplifié des Professions Médicales). Ce coût est actuellement de 1 % des cotisations encaissées, en application de l'arrêté du 23 mai 2022 relatif aux frais de gestion prévus au 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale. Pour la période sous revue (2018-2022), et en considérant un coût constant, le coût total facturé à la CARMF par l'URSSAF CN se serait élevé à 104 M€, contre un coût effectif de gestion par la CARMF de l'ensemble de la fonction cotisants de 67 M€ sur la même période, soit un coût de 35 % supérieur, et un surcoût de près de 37 M€ pour la CARMF : près de 5 fois le budget prévisionnel envisagé pour la modernisation du système d'information ! Il faut de plus ajouter que le coût de gestion pour la CARMF intègre les coûts liés à l'ensemble des frais d'actes et de contentieux (certains coûts étant exclus par l'URSSAF CN pour le calcul de l'indicateur).

Enfin il faut noter qu'il est important d'intégrer dans le calcul les montants des cotisations recouvrées pour le compte des CPAM (au titre de la prise en charge d'une partie des cotisations retraites du secteur I : régime de base et PCV). En effet, tout le travail de recouvrement (appel de cotisation, relance, contentieux) de ces montants est effectué exclusivement par la CARMF. Cela représente environ 630 M€ en 2020 et 2021. En intégrant ces montants dans l'indicateur « calcul des coûts en € pour 100 € recouverts » cela donne pour la CARMF un coût unitaire pour 100 € recouverts de 0,47 € en 2020 et 0,52 € en 2021.

II-B-1-a) Une gestion du personnel hors du cadre général

La Cour aurait dû analyser le coût global de gestion des caisses concernées par rapport aux organismes du régime général. Cette analyse est possible en prenant un indicateur simple du coût global de gestion, utilisé dans le rapport (tableau 7) : « Coûts de gestion divisés par la somme des cotisations appelées et des prestations versées ».

Si on prend l'exemple de la CARMF, annoncée comme la plus chère des caisses libérales contrôlées, la comparaison avec le régime général démontre le contraire (cf tableaux 1 et 2) : Le pourcentage des frais de gestion de la CARMF est inférieur à celui du régime général.

Tableau n° 1 : CNAV (en M€)

	2021	2022
Cotisations (source URSSAF)	113 213	120 822
Prestations	135 809	142 635
Total	249 022	263 457
Gestion recouvrement URSSAF (0,35 % des cotisations)	396	423
Gestion administrative CNAV	1 541	1 598
Total gestion administrative	1 937	2 021
Pourcentage	0,78 %	0,77 %

Source : rapport annuel 2022 CNAV

Tableau n° 2 : CARMF (en M€)

	2021	2022
Cotisations (yc RB parts CPAM ASV)	2 755	2 800
Prestations	3 029	3 101
Total	5 784	5 901
Charges de gestion administrative	33	33
Pourcentage	0,58 %	0,56 %

Source : comptes CARMF

Pour mémoire, les pourcentages pour l'AGIRC – ARRCO sont pour 2021 et 2022 respectivement de 0,79 % et 0,74 %, proches de ceux du régime général (source : rapport annuel de l'Agirc-Arrco)

Le rattachement des sections professionnelles à la grille UCANSS ferait en théorie baisser les coûts de personnel mais, d'une part, il ne produirait des effets que très progressivement, la grille ne s'appliquant qu'aux nouveaux embauchés et, d'autre part, dans un contexte de pénurie relative de main d'œuvre qualifiée et de concurrence sur le marché du travail, la productivité du personnel pourrait à terme diminuer, avec une augmentation du coût global de gestion.

II-B-1-b) Des objectifs de qualité de service et de performance de gestion moins ambitieux que pour le régime général

Les résultats de l'OAAVPL sont nettement meilleurs que ceux du régime général (RG), donc chercher à la faire converger vers le RG pousserait les caisses à dégrader leur qualité de gestion. La CARMF a, sur la période considérée, des indicateurs qualité nettement meilleurs que ceux du régime général : liquidation droits propres dans les délais, liquidation droits dérivés dans les délais, taux d'encaissement, qualité des dossiers validés, taux d'incidence financière, suivi appels téléphoniques, taux de demande de liquidation en ligne pour les droits propres. Le Régime général ne dépasse la CARMF (à périmètre de comparaison équivalent) que sur un seul indicateur, le taux de réversion en ligne qui ne reflète qu'un comportement client et en aucun cas une mesure de la qualité de gestion de la caisse.

Quant aux objectifs, le tableau 10 de la Cour montre bien que les objectifs des sections concernant les indicateurs les plus importants en termes de qualité de service : taux de liquidation dans les délais, taux d'encaissement, qualité des dossiers validés, taux d'incidence financière, sont supérieurs à ceux des CARSAT.

II-C-1 Une généralisation du transfert du recouvrement aux Urssaf :

Comme démontré supra au II-A-2 la CARMF ne peut que s'opposer au transfert du recouvrement aux URSSAF car, d'une part, il générerait le cas échéant des coûts supplémentaires très significatifs pour la CARMF (pratiquement un doublement des coûts avec un coût réglementaire de 1 % pour l'URSSAF à comparer à 0,52 en 2022 pour la CARMF), et, d'autre part, il n'apporterait aucun service supplémentaire aux médecins.

II-C-2 Un élargissement des prérogatives de la CNAVPL (p 29)

L'extension des prérogatives de la CNAVPL aux régimes complémentaires et d'invalidité-décès se heurterait à deux obstacles majeurs :

1/ Les régimes complémentaires sont adaptés aux situations spécifiques des différentes professions et il n'est pas possible de confier une responsabilité unique à la CNAVPL en ce domaine.

2/ Les réserves de ces régimes ont été constituées avec les cotisations des affiliés de chaque section professionnelle et leur appartiennent. Les sections se sont organisées pour gérer au mieux ces réserves, ce que la Cour reconnaît.

La centralisation de la gestion financière ne serait pas adaptée aux situations spécifiques des sections professionnelles.

Concernant la composition du conseil d'administration de la CNAVPL et la répartition des voix, la Cour propose d'abandonner un système d'administrateurs élus par les affiliés au profit d'une nomination de ces administrateurs par l'État, ce qui poserait un problème de représentativité, comme l'ont montré les difficultés à répartir entre les organisations professionnelles les 6 postes du Conseil d'Administration créés par la loi de 2014 (annulation d'un premier décret par le Conseil d'État).

II-C-3 De la CNAVPL à un Conseil de la protection sociale

La proposition de la Cour est inspirée de la solution retenue par le projet de loi instaurant un régime universel de la retraite. Or, ce qui était concevable avec un régime universel unique n'est pas possible avec le maintien de régimes complémentaires spécifiques aux libéraux. Ce qui est aujourd'hui possible pour les indépendants qui ont un seul régime complémentaire de retraite ne l'est pas en cas de pluralité de régimes et de réserves.

Recommandations

Recommandation n° 1

La loi n° 2014-40 du 20 juin 2014 a renforcé le rôle de la CNAVPL en lui attribuant des missions précises (article L 641-2 du code de la sécurité sociale): 1) gérer le régime de base et ses réserves, assurer la maîtrise des risques de ce régime, et mettre en œuvre son action sociale ; 2) animer et coordonner l'action des sections professionnelles notamment dans les domaines de l'action sociale et des systèmes d'information ; 3) créer des services d'intérêt commun aux sections professionnelles.

La loi a réorganisé la gouvernance de la CNAVPL, devenue « tête de réseau » de l'OAAVPL, avec à l'intérieur de son Conseil d'Administration des représentants des organisations syndicales interprofessionnelles des professions libérales. Elle a également prévu la présence d'un commissaire du gouvernement au sein du Conseil et modifié les conditions de nomination du directeur de la CNAVPL.

Enfin, la loi a prévu un contrat pluriannuel entre l'État et la CNAVPL, avec déclinaisons entre la caisse nationale et les sections professionnelles.

Toutes ces mesures ont permis de clarifier le fonctionnement de l'organisation et de préciser les compétences respectives de la CNAVPL et des sections professionnelles.

La recommandation n° 1 de la Cour propose ni plus ni moins d'étendre l'organisation de la gouvernance de la CNAVPL à chaque section professionnelle. Il est rappelé ici que les sections gèrent des régimes complémentaires autonomes ayant des modes de calcul de cotisations différents, ainsi que des régimes conventionnels pour certains, régimes auxquels la CNAVPL est totalement étrangère.

Ce qui pouvait se justifier pour la caisse nationale, tête de réseau de l'organisation, apparaît excessif et superflu pour les sections professionnelles :

- la présence d'un commissaire du gouvernement dans toutes les sections mobiliserait inutilement de nombreux fonctionnaires, alors que les décisions des conseils d'administration des sections professionnelles sont déjà soumises au double contrôle de la Mission Nationale de Contrôle (MNC) et de la direction de la Sécurité Sociale.*

Par ailleurs, toutes les modifications statutaires sont approuvées par arrêté ministériel, alors que juridiquement ce rôle est dévolu à la CNAVPL (article L641-5 du code de la sécurité sociale).

- *Aligner les conditions de nomination des directeurs des sections sur celles de la CNAVPL poserait des problèmes juridiques et pratiques. Les sections professionnelles sont des organismes de droit privé dont le personnel est soumis au droit du travail. Limiter les mandats des directeurs à 5 ans est contraire au statut juridique des contrats à durée indéterminée, et aboutirait à ce que les postes soient occupés par des fonctionnaires détachés. Il convient à cet égard de rappeler que dans les organismes du régime général, (en dehors des caisses nationales) les directeurs ont des contrats de droit privé à durée indéterminée. Les sections professionnelles seraient les seuls organismes à avoir des règles dérogatoires au droit du travail.*
- *Faire contrôler par la tutelle le montant des rémunérations des directeurs constituerait une atteinte grave aux prérogatives des Conseils d'Administration, et aux règles du droit privé. Alors que le marché des cadres supérieurs est soumis à une concurrence forte, les meilleurs profils risqueraient de se détourner de ces fonctions.*
- *Enfin, la publication des trois plus hautes rémunérations recommandée par la Cour ne se fait dans aucun organisme de sécurité sociale.*

Sur l'ensemble des entreprises françaises, seule la publication des rémunérations des mandataires sociaux des entreprises cotées est obligatoire (article L 122-10-9 du code de commerce).

Recommandation n° 2

La CARMF tient tout d'abord à rappeler à la Cour que des travaux importants de convergence de mesure des coûts et de la performance de gestion ont déjà été menés sous l'égide de l'OAAVPL avec de bons résultats.

La CARMF ne peut qu'adhérer à l'intérêt de poursuivre voire développer des activités de parangonnage mais uniquement si la comparaison est réalisée avec des structures comparables aux sections professionnelles (nature d'affiliés, périmètre métier, ...). Par exemple sur plusieurs natures d'indicateurs, la comparaison avec le RG n'a pas vraiment de sens.

Recommandation n° 3

Cette recommandation relève de la volonté de faire rentrer les caisses libérales « dans le rang » des autres organismes de sécurité, en ignorant la spécificité de l'OAAVPL.

La Cour indique des écarts de rémunération entre l'OAAVPL et le régime général. Elle aurait dû analyser leur influence sur le coût global de gestion des caisses concernées par rapport aux organismes du régime général. Cette analyse est possible en prenant un indicateur simple du coût global de gestion, utilisé dans le rapport pour le régime de base : coûts de gestion divisés par la somme des cotisations appelées et des prestations versées.

Si on prend l'exemple de la CARMF, annoncée comme la plus chère des caisses libérales contrôlées, la comparaison cet indicateur avec le régime général démontre le contraire sur les années 2021 et 2022 (cf. remarques précédentes sur chapitre II-B-1) :

- Régime général : 0,78 % et 0,77 % ;
- CARMF : 0,58 % et 0,56 %.

En ce qui concerne le niveau des rémunérations, il faut par ailleurs souligner que les effectifs entrant dans le périmètre de l'UCANSS sont domiciliés à plus de 80 % en Province et l'écart de salaire moyen avec la région parisienne est avéré. Une étude Insee relève ainsi des écarts de revenus entre Paris (et départements limitrophes) et la province de l'ordre de 32 %.

Le rattachement des sections professionnelles à la grille UCANSS ferait en théorie baisser les coûts de personnel, mais il ne produirait des effets que très progressivement, la grille ne s'appliquant qu'aux nouveaux embauchés. Et dans un contexte de pénurie relative de main d'œuvre qualifiée et de concurrence sur le marché du travail, la productivité du personnel pourrait à terme diminuer, avec une augmentation du coût global de gestion.

Recommandation n° 4

Le souhait de la CARMF consiste en une réécriture totale du texte publié en mai 2017, essentiellement pour des raisons de forme. Une simplification semble indispensable pour éviter la multiplication des interprétations. En effet, ce texte multiplie les renvois, ce qui nuit à la cohérence d'ensemble, alors qu'une simple liste d'actifs éligibles et de ratios réglementaires suffirait.

À titre d'exemple, la complexité du texte relativement au contrôle des frais, induit une grande difficulté de mise en application dont l'utilité n'est pas démontrée. Une méthode simple et claire permettrait d'harmoniser et donc de comparer les niveaux de frais. Par ailleurs, la création de fonds mutualisés n'a pas grand intérêt au regard de la diversité des situations de chacune des sections et n'offre que peu d'efficience.

En tout état de cause, il est essentiel que les sections professionnelles soient associées, ou à tout le moins consultées, à toutes les étapes de la rédaction de ce décret.

**RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DE LA CAISSE AUTONOME
DE RETRAITE ET DE PRÉVOYANCE DES INFIRMIERS,
MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES, PÉDICURES-PODOLOGUES,
ORTHOPHONISTES ET ORTHOPTISTES (CARPIMKO)**

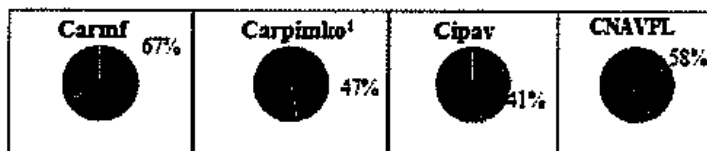
Le transfert du recouvrement des cotisations de la CARPIMKO aux URSSAF, proposé dans le chapitre, serait de nature à remettre en cause l'autonomie du régime complémentaire et du régime ASV des Auxiliaires Médicaux. Il nécessiterait des développements informatiques importants pour intégrer leurs règles de recouvrement spécifiques ou bien conduirait à la disparition de leurs spécificités en cas d'alignement sur les règles du Régime Général.

De même, un élargissement des prérogatives de la CNAVPL au Régime Complémentaire et au Régime Invalidité Décès de la CARPIMKO serait également de nature à remettre en cause l'autonomie de ces régimes et leur adaptation aux spécificités des professions couvertes (notamment l'incapacité professionnelle, et non fonctionnelle, couverte par le RID de la CARPIMKO).

Concernant la recommandation n° 2 de mettre en œuvre un dispositif commun de mesure des coûts et de la performance de gestion, ce dispositif commun est déjà en œuvre depuis plusieurs années, permettant aux sections professionnelles de se comparer entre elles, dans la limite des différences de périmètres qu'elles couvrent (un ou plusieurs régimes complémentaires en gestion, existence d'un RID ou pas, etc.).

Enfin, je vous signale l'absence de référence à l'index 1 du graphique n° 4 concernant la part des dépenses de personnel dans le total des charges de gestion administrative de l'année 2022 pour la CARPIMKO. Cet index 1 précisait bien que les dépenses de personnel de la Caisse étaient de hors charges non récurrentes.

Graphique n° 4 : part des dépenses de personnel dans le total des charges de gestion administrative (2022)



Note de lecture : à la Carmf la part des dépenses de personnel dans le total des charges de gestion administrative s'élève à 67 %.

Source : Cour des comptes à partir des données des caisses.

**RÉPONSE COMMUNE DE LA MINISTRE DU TRAVAIL, DE LA
SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS ET DU MINISTRE DÉLÉGUÉ
AUPRÈS DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET
DE LA SOUVERAINETÉ INDUSTRIELLE ET NUMÉRIQUE,
CHARGÉ DES COMPTES PUBLICS**

Vous nous avez communiqué le rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 dont nous avons pris connaissance avec la plus grande attention.

Concernant la situation financière de la sécurité sociale, le rapport de la Cour constate que le déficit de la sécurité sociale a été supérieur, en 2023, à celui prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, en raison notamment d'une croissance des recettes inférieure à la prévision. Elle relève également que les comptes de la sécurité sociale devraient connaître une nouvelle dégradation à partir de 2024 et appelle à un nouvel effort de redressement.

La conjoncture économique s'est en effet révélée moins favorable en 2023 qu'anticipée dans les lois financières pour 2024 et, s'agissant de l'année 2024, la hausse anticipée du déficit s'explique notamment par les règles de revalorisation des prestations de sécurité sociale, qui induisent un décalage d'un an en moyenne entre le moment où l'inflation se répercute dans les recettes de la sécurité sociale, puis dans les dépenses de prestations.

Le Gouvernement partage la nécessité de mesures de redressement, afin d'organiser le retour à l'équilibre de la sécurité sociale à moyen terme, comme de contribuer à l'atteinte des objectifs de réduction du déficit de l'ensemble des administrations publiques.

Par ailleurs, au regard de notre engagement au service de l'objectif de fournir au Parlement une information comptable et financière qui répond aux standards de qualité les plus élevés, 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).

Nous regrettons cependant que l'avis ne rende pas compte de l'avancée substantielle que constitue l'anticipation du 15 au 5 avril de la clôture des comptes complets, ce qui permet pourtant à la Cour de disposer d'un délai accru. Cette nouvelle organisation, dont le déploiement met sous tension les caisses et nos services pour produire l'ensemble des comptes et documents annexes dans les trois mois après la fin de l'exercice, rend nettement plus soutenables les délais d'examen des agrégats comptables soumis à l'approbation du Parlement.

De surcroît, la recommandation de la Cour d'avancer dès l'année prochaine de 10 jours la date de clôture des opérations comptables, qui conduirait à arrêter définitivement les balances, bilans et résultats dès le 5 mars au lieu du 15 ne tient pas compte des contraintes inhérentes à la production des comptes, dont la fiabilité repose principalement sur la correcte prise en compte de l'ensemble des informations postérieures à la clôture, qui sont d'ampleur significative. À cet égard, comme l'a montré le groupe de travail mis en place par les organismes à la fin de l'année 2022, l'impossibilité de prendre en compte les informations financières disponibles uniquement au début du mois de mars obèrerait la capacité à détecter et corriger à temps certaines erreurs significatives. En réduisant l'information disponible, cette anticipation augmenterait la part des informations financières reposant, dans les comptes définitifs, sur une base estimative, potentiellement plus éloignée de la réalité, et pour des montants significatifs (produits à recevoir de cotisations, dépréciation de créances, provisions au titre des prestations, provisions pour litiges, etc.). Par ailleurs, une nouvelle anticipation ne peut être envisagée avant de réunir un certain nombre de prérequis, parmi lesquels la convergence vers un système d'information budgétaro-comptable unique au sein de la sphère sociale, ainsi qu'une révision des relations financières entre régimes, lesquels ne peuvent être réunis à court terme.

En revanche, d'autres leviers peuvent être mobilisés afin de poursuivre l'effort d'adaptation aux contraintes liées au calendrier des lois d'approbation des comptes. En particulier, les démarches d'anticipation des travaux, en amont de la période de clôture et de revue des méthodes de travail, en vue d'une rationalisation et d'une fluidification des échanges entre producteurs et certificateurs des comptes, gagneraient à se développer davantage, afin d'alléger la charge liée au contrôle des comptes et de réserver ainsi davantage de temps pour l'analyse des comptes.

Le rapport de la Cour examine ensuite différentes thématiques, sur lesquelles nous souhaitons faire part des remarques suivantes.

La Cour fait le constat d'un recours accru aux compléments de salaire bénéficiant d'un régime favorable ces dernières années. Cette situation résulte assez largement du recours à de nombreux dispositifs, incluant ceux mis en place par le Gouvernement depuis 2017, qu'il s'agisse de l'intéressement, de la participation, des primes de pouvoir d'achat ou de partage de la valeur, ou encore des heures supplémentaires. La rationalisation, proposée par la Cour, de ce paysage profondément transformé depuis quelques années, constitue effectivement un objectif louable. Il convient cependant de ne pas remettre en cause les finalités et

le contexte qui ont justifié de créer de nouveaux dispositifs pour permettre à certains salariés, notamment dans les petites entreprises, de bénéficier d'accessoires de salaire auxquels ils n'avaient auparavant pas accès, de préserver la logique de pouvoir d'achat qui les sous-tend (dans un contexte marqué encore en 2023 par une inflation significative) et de contribuer à la productivité et à l'investissement. De ce point de vue, l'hypothèse d'un plafonnement global des dispositifs mérite d'être examinée avec attention, et avec une vigilance particulière sur ses conditions de mise en œuvre opérationnelle qui ne semble pas totalement aisée.

Sur la compensation démographique entre régimes de retraites, s'agissant en premier lieu du fonctionnement de la commission chargée du suivi des montants de compensation inter-régimes, s'il est exact que cette commission s'est de fait retrouvée sans président, ses travaux se sont poursuivis dans le cadre d'échanges dématérialisés. Par ailleurs, malgré les démarches engagées auprès d'elle, la Cour des comptes n'a pas procédé à la nomination d'une nouvelle personnalité à la présidence conformément à l'article L. 114-3 du code de la sécurité sociale.

La Cour juge le système de compensation imparfait, car en partie forfaitaire, et partiel, car ne tenant compte que d'une partie des inégalités entre les régimes. La suppression pure et simple de la compensation évoquée par la Cour ne semble toutefois pas suffisamment étayée au regard des déséquilibres substantiels qui en résulteraient, pour la résorption desquels le rapport ne formule pas de recommandation. De surcroît, le fait que la compensation entre les régimes ne soit que partielle ne peut suffire à justifier de la supprimer en totalité. Les autres scénarios paraissent peu opportuns au regard du surcroît de complexité qu'ils induisent, sans pour autant parvenir à corriger plus qu'aujourd'hui la totalité des écarts démographiques ou de capacité contributive entre les régimes. Dans tous les cas, les conséquences de telles évolutions sur les équilibres financiers des régimes devraient faire l'objet d'une évaluation précise avant d'envisager toute réforme.

S'agissant des aides aux familles nombreuses, la Cour recommande de « clarifier les objectifs et les barèmes de ressources du complément familial, ainsi que sa coordination avec les autres prestations familiales ». Le problème d'articulation entre l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), et le complément familial, a également été souligné par une précédente revue de dépenses de l'IGAS et l'IGF, et pourra faire l'objet de propositions ultérieures.

Concernant la progression des indemnités journalières versées par le régime général en cas d'arrêt maladie, le Gouvernement partage l'analyse réalisée par la Cour : si des facteurs structurels, tels que le

vieillessement de la population, l'évolution de l'emploi et celle des salaires, peuvent expliquer en partie cette hausse des dépenses, la progression de la dépense est soutenue aussi par un allongement tendanciel de la durée des arrêts, et l'augmentation du taux de recours.

Des mesures de régulation ont déjà été engagées dans le cadre de la dernière loi de financement de la sécurité sociale (interdiction des prescriptions d'arrêts de travail de plus de trois jours par téléconsultation, sauf lorsqu'elles sont délivrées par le médecin traitant et/ou lorsque l'assuré n'a pu trouver de rendez-vous en présentiel ; renforcement des contrôles sur les professionnels de santé fortement prescripteurs).

S'agissant en revanche de la recommandation de la Cour visant à simplifier la gestion des indemnités journalières pour les chômeurs et les salariés dont l'activité est discontinuée, en leur versant un forfait correspondant à une indemnité journalière moyenne en cas d'absence de salaire sur chacun des trois mois précédant l'arrêt de travail, il nous semble important de rappeler que la spécificité de la réglementation applicable aux chômeurs et aux salariés ayant des activités discontinuées vise à prendre en compte la réalité de leur activité pour les premiers, et à s'adapter aux situations d'inactivité, tout en tenant compte du temps de travail antérieurement cotisé, pour les seconds. Enfin et surtout, il serait nécessaire d'évaluer les conséquences d'une telle forfaitisation sur l'indemnisation des assurés, ainsi que son impact financier, ce que le rapport de la Cour ne fait pas. Une réforme de cette ampleur des indemnités journalières ne peut être guidée uniquement par des objectifs de simplification en gestion, au vu des conséquences qu'elle emporte sur les assurés.

Comme le souligne la Cour, l'arrivée des médicaments anticancéreux innovants constitue un changement de paradigme pour la prise en charge des patients, et un défi pour la régulation des produits de santé et la soutenabilité des dépenses. Les dépenses associées se caractérisent notamment par une augmentation significative des coûts par patient, et par des dépenses de la liste en sus, très dynamiques.

Nous partageons les recommandations de la Cour, en particulier celle visant à renforcer la production d'études médico-économiques indépendantes de celles des laboratoires pharmaceutiques et celle invitant à une gestion dynamique de la liste en sus et à une révision régulière, au fil de l'eau, de l'éligibilité des médicaments. Il faudra pour cela réussir à concilier les impératifs d'accès à l'innovation des patients et de maintien des budgets des établissements de santé.

Si nous rejoignons la Cour sur le fait que le capacitaire hospitalier doit prendre en considération à la fois les projections démographiques et la prise en charge accrue en ambulatoire des patients, en chirurgie, mais également en médecine, nous sommes en revanche réservés sur la recommandation de mettre en place un recueil distinguant les lits installés des lits ouverts, et d'automatiser la transmission des données des hôpitaux vers le répertoire opérationnel national des ressources, par filière de soins : des expérimentations de recueil systématique de ce type d'indicateur, dans le cadre des études nationales de coûts (ENC) notamment, ont été abandonnées en raison de la charge que représentait ce recueil pour les équipes médico-soignantes. Dans le contexte de pénurie de ressources soignantes, la mise en place du recueil d'un indicateur de ce type ne doit pas entraîner un alourdissement des contraintes administratives sur les soignants, pour un résultat attendu en matière de pilotage des politiques publiques qui doit être précisé.

Concernant l'intérim médical et la permanence des soins dans les hôpitaux publics, dont la Cour souligne les dérives, nous tenons à rappeler les mesures d'ores-et-déjà prises pour réguler les dérives liées à l'emploi temporaire dans les établissements hospitaliers. Les dispositions de l'article 33 de la loi dite « Rist 1 » du 26 avril 2021 visant à lutter contre les dérives de l'intérim médical sont en effet entrées en vigueur depuis le 3 avril 2023. Elles permettent, d'une part, aux comptables publics de bloquer les rémunérations des contrats d'intérim médical qui dépassent le plafond réglementaire et, d'autre part, aux agences régionales de santé de déférer devant le tribunal administratif les contrats irréguliers dont les montants excèdent ces plafonds. Il s'agit de remettre de la transparence et de l'équilibre dans la gestion des ressources humaines médicales car en effet, si l'intérim pèse lourdement sur les budgets des établissements, il pèse également sur la stabilité et la cohésion des équipes, et sur la qualité et la continuité des soins. À cet égard, des travaux sont en cours pour réguler le recours à l'intérim en début de carrière, et les services finalisent en ce sens les décrets d'application de la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

S'agissant de la recommandation visant à définir de manière plus restrictive les règles de recours à certains contrats temporaires, nous partageons les constats de la Cour et avons d'ores-et-déjà initié des travaux en ce sens. En effet, si le recours aux contrats de motif 2 a permis dans de nombreux cas de fidéliser les praticiens intérimaires et remplaçants réguliers en leur proposant un exercice salarié stabilisé, le recours accru à ce type de contrat depuis l'entrée en vigueur de la loi « Rist 1 » le 3 avril dernier génère des difficultés croissantes au niveau local. De nouvelles mesures réglementaires sont en cours d'élaboration, et devraient

ainsi intervenir au deuxième trimestre 2024. Elles devront permettre de mieux encadrer et réguler le recours à ces contrats.

S'agissant plus spécifiquement de la question de la permanence des soins, il convient de souligner les différentes revalorisations intervenues et pérennisées depuis le 1^{er} janvier 2024, ainsi que les travaux en cours concernant plus spécifiquement le régime des astreintes des personnels médicaux. Afin de mieux reconnaître les sujétions particulières des personnels médicaux hospitaliers, et des étudiants de troisième cycle, les mesures de revalorisation des indemnités de garde, qui constituent un réel levier d'attractivité pour les établissements publics de santé, ont été pérennisées à compter du 1^{er} janvier 2024. De plus, une réflexion est engagée sur la refonte des astreintes des personnels médicaux, en particulier pour renforcer la lisibilité du dispositif.

Dans son chapitre consacré au système national des données de santé, la Cour déplore une utilisation insuffisante pour la conception et la mise en œuvre des politiques de santé. Les données du SNDS sont pourtant abondamment utilisées pour l'instruction de mesures amenées à figurer dans les projets de loi de financement de la sécurité sociale, tant pour l'estimation des effets financiers, que des effets sur les assurés. À titre d'illustration, les effets du doublement, par deux décrets du 16 février 2024, des montants des participations forfaitaires et des franchises, ont été étudiés ex ante grâce aux données du SNDS. Par ailleurs, les données du SNDS sont la principale source du suivi infra-annuel des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Au-delà, comme le relève la Cour, l'intégration des données des complémentaires santé au SNDS mérite d'être poursuivie, afin d'exploiter toutes les possibilités offertes en la matière par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. De premiers échanges ont eu lieu en ce sens, comme en témoigne l'intégration au début de l'année 2024, au « catalogue » du SNDS, d'une base d'analyse sur les restes à charge finaux des assurés (ARAC), produit d'un appariement de données de Malakoff Humanis avec le SNDS.

S'agissant de la qualité des services rendus par les caisses de sécurité sociale du régime général, la plupart des constats de la Cour rejoignent ceux qui ont sous-tendu les objectifs des conventions d'objectifs et de gestion conclues l'année dernière pour la période 2023-2027 avec les branches famille, maladie et vieillesse. S'il est encore trop tôt, moins d'un an après l'entrée en vigueur des nouvelles COG, pour en tirer un premier bilan, les premiers indicateurs consolidés pour 2023 font d'ores et déjà apparaître des améliorations substantielles, notamment en termes de taux de décroché et de courriels traités. Les indicateurs d'engagement et de

qualité de service ambitieux, fixés pour la période conventionnelle 2023-2027, feront l'objet d'un suivi resserré de la part de mes services.

S'agissant des constats et recommandations de la Cour sur l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales (OAAVPL), le Gouvernement est attaché à ce que les organismes en charge de la retraite obligatoire des professions libérales respectent les canons et règles propres à l'ensemble des organismes de sécurité sociale. À ce titre, comme le suggère la Cour, la gouvernance de la CNAVPL mériterait d'être alignée sur les standards des autres caisses nationales. En parallèle, un alignement des modalités de nomination du directeur de la CNAVPL sur celles des organismes de sécurité sociale (OSS) du régime général serait également une évolution possible. La mise en place d'un Conseil de la protection sociale des professions libérales (CPSPL) ou l'extension du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI) aux professions libérales telles que suggérées par la Cour constitueraient des modifications nettement plus substantielles, touchant à la gouvernance des régimes davantage qu'à leur gestion, et ne peuvent constituer que des objectifs de plus long terme, qui supposent, en amont, une concertation approfondie.

En matière de rémunération et d'effectifs, le bilan dressé par la Cour met en avant des pratiques disproportionnées au regard des exigences faites aux autres organismes de sécurité sociale, notamment sur la rémunération des dirigeants.

Enfin, la réforme de l'assiette de cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants, engagée par le Gouvernement, a vocation à conduire à une modernisation de certains paramètres propres à chaque régime, et pourrait faciliter des rapprochements en gestion, tant sur le volet du recouvrement que sur celui du service des prestations, sans porter atteinte à l'autonomie de pilotage des régimes. En revanche, une éventuelle unification des intérêts financiers de l'ensemble des sections professionnelles pour la part complémentaire ne paraît pas constituer un objectif de court terme, le Gouvernement restant cependant attentif à la situation financière de certaines sections les plus exposées au risque financier du fait de leur situation démographique. La mise en place de critères de soutenabilité que les régimes devraient respecter à horizon de cinq ans, permettrait de faciliter l'exercice de la tutelle sans remettre en cause l'autonomie financière des régimes complémentaires.
