

**RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS
ET DES ORGANISMES CONCERNÉS**

SOMMAIRE DES REPONSES

Ministre des finances et des comptes publics	593
Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes	
Secrétaire d'État chargé du budget	
Chapitre III – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir	601
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	601
Chapitre IV – La lutte contre les fraudes aux cotisations sociales : des enjeux sous-estimés, une action à intensifier	603
Ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt	603
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	604
Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI)	608
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	609
Chapitre VI – Les prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale : une fiabilité à renforcer, un suivi à mieux assurer	610
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	610
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	610
Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)	611
Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)	612
Caisse des dépôts et consignations (CDC)	612
Chapitre VII – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster	612
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	612
Chapitre VIII – Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense	612
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	612
Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)	613
Chapitre IX – La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés	614
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	614
Comité économique des produits de santé (CEPS)	614
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	617

Chapitre X – Les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée	619
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	619
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	620
Comité économique des produits de santé (CEPS)	621
Haute autorité de santé (HAS)	622
Chapitre XI – Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel	622
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	622
Fédération nationale des organismes régionaux de santé (FNORS)	623
Chapitre XII – Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser	623
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	623
Institut national de veille sanitaire (INVS)	623
Assistance publique – Hôpitaux de Paris	623
Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph	625
Chapitre XIII – L'assurance maternité : une place à clarifier	625
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	625
Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI)	626
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	626
Chapitre XIV – Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire	627
Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG)	627
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	627
Centre hospitalier Alès-Cévennes	627
Centre hospitalier d'Argenteuil	627
Centre hospitalier de Carcassonne	627
Centre hospitalier de Castres-Mazamet	629
Centre hospitalier de Givors	630
Centre hospitalier intercommunal hôpitaux du Léman	630
Centre hospitalier de Mende	630
Centre hospitalier de Montluçon	630
Centre hospitalier de Nîmes	630
Centre hospitalier de Poitiers	631
Établissement public de santé mentale Etienne Gourmelen (Quimper)	631
Centre hospitalier de Saint-Brieuc	631
Centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or	632

Chapitre XV – Les dépenses de personnel des cliniques privées : une charge pour l'assurance maladie à mieux connaître	632
Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)	632
Fédération hospitalière privée – Médecine chirurgie obstétrique (FHP-MCO)	
Fédération hospitalière de France (FHF)	633
Chapitre XVI – Les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale	635
Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI)	635
Chapitre XVII – Le réseau du régime social des indépendants : une réorganisation à achever	638
Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI)	638
Chapitre XVIII – Le recouvrement des cotisations sociales en Corse : une crédibilité à établir	643
Ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt	643
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	644
Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI)	647
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	647
Chapitre XIX – La gestion des personnels de direction des organismes de sécurité sociale : une stratégie à construire	648
Ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt	648
Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS)	648
Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)	652
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	654
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	655
Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI)	656
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	657

*RÉPONSE COMMUNE DU MINISTRE DES FINANCES ET DES
COMPTES PUBLICS, DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA
SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES ET DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT
CHARGE DU BUDGET*

Les conclusions des travaux de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) constituent, comme les années précédentes, une contribution importante aux réflexions qui président à l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, qui portera des mesures annoncées dans le cadre du conseil stratégique de la dépense publique contribuant aux 20 Md€ d'économies attendues sur les dépenses de protection sociale d'ici 2017.

Cependant, nous ne partageons pas l'analyse de la Cour quant à l'évolution des déficits. Dans un contexte marqué pourtant par une conjoncture économique fragile, la diminution des déficits des régimes sociaux s'est poursuivie en 2013. Sur le champ des régimes de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse, les déficits se sont en effet réduits en 2013 dans le même ordre de grandeur (- 3 Md€) qu'en 2012 (- 3,3 Md€). Ce résultat est d'autant plus remarquable que la conjoncture économique a été moins favorable en 2013 qu'en 2012, la masse salariale du secteur privée (sur le champ des entreprises relevant URSSAF) ayant crû de 1,2 % seulement contre 2,1 % l'année précédente.

Cet effort de redressement est largement imputable au ralentissement de la progression de la dépense, conformément à la stratégie poursuivie par le Gouvernement. Des efforts importants ont en effet été accomplis sur l'ensemble des champs de la dépense – retraite, assurance maladie, politique familiale – pour contenir durablement leur rythme d'évolution : ainsi, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont crû, en moyenne, de 2,3 points de moins chaque année entre 2010 et 2013 qu'elles ne l'ont fait durant les dix années qui ont précédé la crise économique et financière (2,5 % en 2010-13, contre + 4,8 % en 1999-2008). En 2013, l'exécution de l'ONDAM, qui a été contenue à 2,3 %, constitue une performance qu'il convient de souligner. De même, l'évolution de certains postes de dépenses, et notamment celui des retraites, a été durablement abaissée à la suite des réformes adoptées.

Comme le relève la Cour, les mesures prises représentent un effort structurel très important. Si le Gouvernement considère que les soldes effectifs et structurels constituent un outil structurant du pilotage financier de la sécurité sociale, il importe également de ne pas obérer les perspectives de redressement à long terme des finances sociales, qui reposent au premier chef sur un raffermissement des déterminants de notre croissance économique. À cet égard, les mesures du pacte de responsabilité et de solidarité sont la condition du renforcement durable de l'offre productive en France.

Concernant l'évolution des dépenses d'assurance maladie et en particulier l'évolution de l'ONDAM, nous tenons à rappeler, d'une part que les exercices 2012 et 2013 ont marqué un net ralentissement du rythme des dépenses et d'autre part que le Gouvernement s'est engagé fermement dans une maîtrise accrue en se fixant comme objectif un ONDAM à 2 % en moyenne sur la période 2015-2017. Cet engagement s'est d'ailleurs d'ores et déjà matérialisé en 2014 par de nouvelles mesures d'économies qui ont donné lieu à une révision à la baisse de l'ONDAM 2014, afin que la sous-exécution observée de l'ONDAM 2013 ne se traduise pas par une progression en 2014 supérieure à 2,4%. L'écart constaté par la Cour entre la prévision et l'exécution pour la base de référence utilisée pour le calcul de l'ONDAM de l'année suivante a ainsi été résorbé.

En outre, il nous semble important de souligner que la progression des dépenses sur les soins de ville sur ces exercices 2012 et 2013 est la plus faible jamais mesurée depuis la création de l'ONDAM. La surestimation du tendanciel sur ce champ ne nous semble donc pas avérée : les tombées de brevet, les révisions des dépenses en cours d'année ainsi que le dénouement des provisions sont intégrées dans sa construction. L'exemple des indemnités journalières, dont la progression importante au cours des premiers mois de l'année contredit les conclusions de la Cour, montre les limites d'une projection se fondant sur la seule conjoncture. On peut également s'étonner que la Cour estime que la dépense de médicament va spontanément ralentir du fait d'une absence d'innovation, alors que les enjeux financiers liés aux nouveaux traitements de l'hépatite C ont fait l'objet de communications ministérielles au niveau européen. De manière générale, tant le ralentissement de l'ONDAM que la maîtrise de son exécution au cours des derniers exercices sont des données difficilement contestables. Les dépenses d'assurance maladie progressent désormais au niveau de la croissance structurelle du pays et l'objectif du Gouvernement est d'amplifier encore cet effort dans les années à venir.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, il nous paraît important de souligner l'effort accompli, avec une évolution des dépenses d'assurance maladie qui n'a jamais été aussi faible qu'en 2013. Les comptes de la santé confirment d'ailleurs la poursuite du ralentissement de la croissance de la consommation des soins et des biens médicaux (CSMB) à 2,2%, parallèlement à une diminution du taux de reste à charge des patients, ce qui doit évidemment être souligné.

Enfin, au-delà de la question du niveau du seuil d'alerte de l'ONDAM que vous évoquez, la qualité du pilotage des dépenses d'assurance maladie dépend avant tout du succès des réformes structurelles qui sont conduites pour maîtriser leur évolution

L'objectif de progression de 2 % sur 2015-2017 s'appuiera sur quatre axes principaux qui ont été présentés par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes : il s'agit de la diminution des dépenses hospitalières, appuyée notamment sur une forte rationalisation des

dépenses relatives aux fonctions support, du virage ambulatoire qui permettra de favoriser la prise en charge la plus légère et la plus efficiente (en développant notamment la chirurgie ambulatoire et les logiques de parcours qui privilégient la prévention), de l'amélioration de la pertinence et du bon usage des soins et enfin des baisses de prix des produits de santé amplifiés par la promotion des génériques. Sur ce dernier chantier, un plan d'action spécifique sera lancé dans le cadre de la gestion de l'ONDAM 2015. Les travaux menés par la Cour des Comptes, seront par ailleurs utilisés pour permettre de poursuivre et de sécuriser les baisses de prix des dispositifs médicaux et améliorer le recours aux génériques.

En ce qui concerne la négociation conventionnelle, celle-ci sera axée au cours des prochains mois sur la conclusion des accords pluri-professionnels relatifs aux soins de proximité. Il s'agira d'un levier important d'amélioration de l'efficience des soins.

Nous partageons globalement les constats et recommandations formulées par la Cour des comptes sur les urgences hospitalières et notamment l'objectif d'améliorer la connaissance de l'activité et des modes de prise en charge en urgence et de développer des outils d'analyse et de comparaison médico-économique entre les prises en charge hospitalières et les prises en charge en ville. Les travaux pilotés par l'ATIH visant à identifier les coûts complets des services d'urgence contribueront à cet objectif. Il convient néanmoins de rappeler que les services d'urgence sont caractérisés par des coûts fixes importants relativement indépendants des variations à la marge et seulement ponctuelles du nombre de patients pris en charge dans ces services.

S'agissant de l'évolution des modes de financement, les travaux de refonte du modèle de financement des urgences ont permis la re-modélisation de la mission d'intérêt général des SAMU en 2014 et se poursuivent en ce qui concerne les services d'urgence et les SMUR. La réforme envisagée pour les services d'urgence a notamment pour objectif, en cohérence avec les recommandations de la Cour, de réduire l'incitation à l'activité n'ayant pas vocation à être réalisée au sein des services d'urgence et de concourir à la régulation par l'accompagnement aux mutualisations de services. Ce nouveau modèle doit également permettre aux ARS d'articuler de manière plus efficiente les services d'urgence avec les autres organisations à même de prendre en charge les demandes de soins non programmés, de manière à réaliser les économies nécessaires au respect de l'ONDAM.

Ainsi que la Cour le souligne, des gains importants d'efficience restent à mobiliser dans le secteur hospitalier. Les recommandations sur l'évolution de l'assurance maternité font l'objet d'une attention particulière de notre part. Ce dispositif assurantiel, qui garantit un taux de couverture très satisfaisant doit être suivi de manière spécifique pour en renforcer sa lisibilité. Certaines modalités d'allocation financière pourraient être réexaminées. L'équilibre économique global du programme d'accompagnement mis en œuvre par l'assurance maladie du retour à

domicile post-accouchement (PRADO), qui offre l'opportunité de renforcer la qualité de la prise en charge postnatale et de dégager des économies structurelles pour l'assurance maladie, doit également être assuré par la prise en compte de ses effets dans les tarifs de prise en charge des accouchements à l'hôpital.

Nous partageons également les constats et recommandations formulés par la Cour concernant les dépenses de personnels médicaux et non médicaux des établissements publics de santé, notamment les remarques sur le suivi des effectifs des établissements de santé, en particulier sur la nécessité d'estimer plus précisément l'impact des mesures catégorielles et de calculer les effets de carrière et les effets structure. Cet objectif sous-tend le projet engagé depuis 2012 par les services du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes visant à extraire directement les données des systèmes d'information de gestion des ressources humaines des établissements de santé. Ce projet permettra de systématiser le recueil des données de manière annuelle et infra annuelle. En parallèle, vient d'être réalisée une mise à jour du guide de suivi de la masse salariale qui dotera les établissements d'un outil permettant une lecture dynamique de la masse salariale.

De même, nous souscrivons à l'objectif de la Cour d'estimer à terme le potentiel d'économies relatif à une meilleure organisation et gestion des effectifs et des temps de travail à l'hôpital. La contribution du secteur hospitalier au respect de la trajectoire des dépenses d'assurance maladie implique de mobiliser tous les leviers d'amélioration de la productivité des établissements. Les outils de contrôle et de régulation de la masse salariale doivent être complétés et à ce titre, la renégociation des accords locaux RTT d'ores et déjà engagée par un certain nombre d'établissements peut constituer un levier, comme le mentionne le projet de rapport. En outre, le processus d'approbation des budgets des établissements de santé par les ARS, notamment pour ceux des établissements qui font l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier, pourrait être révisé afin de mieux tenir compte des hypothèses d'évolution de la masse salariale et des effectifs. De la même manière, nous sommes favorables à un encadrement du recours à l'intérim médical, qui est, comme le souligne la Cour, un déterminant très dynamique de la croissance des dépenses de personnel.

Nous partageons les constats s'attachant à la complexité de la procédure d'élaboration et d'adoption des projets régionaux de santé (PRS). Comme la Cour le recommande, la structure des nouveaux PRS sera complètement refondée dans le cadre du projet de loi de santé. Le PRS sera désormais composé d'un cadre d'orientation traduisant la vision stratégique de l'ARS à dix ans et d'un schéma régional de santé établi lui pour cinq ans qui fixera les prévisions d'évolution de l'offre sur l'ensemble du champ de compétence des ARS et des objectifs pour améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge. Ce schéma régional unique permettra une approche transversale des prises en charge (soins et accompagnements) dans la proximité et la continuité, dans une logique de parcours.

*

L'insertion du rapport relative aux lois de financement de la sécurité sociale, leur champ et leur articulation avec les lois de finances et plus largement les outils de pilotage des finances publiques met en évidence la contribution de ces lois au bon pilotage des finances de la sécurité sociale, avec, certes, certaines limites. Le projet de rapport suggère plusieurs pistes d'amélioration qui nous semblent intéressantes.

Si les LFSS constituent une avancée incontestable en matière de suivi et de pilotage des finances sociales, la persistance de déficits structurels reste difficilement justifiable alors que les dépenses sociales, par nature, ne peuvent être financées durablement par l'emprunt. Ce constat plaide pour un renforcement des LFSS, dans le cadre d'un pilotage global, et donc avec une meilleure articulation avec les autres rendez-vous des finances publiques. C'est le sens des engagements pris dans le cadre du pacte budgétaire européen. A cet égard, les lois de programmation des finances publiques (LPFP), rapprochées annuellement de l'article liminaire des lois financières, marquent un tournant qui concerne tout autant les finances sociales que les autres segments des finances publiques.

Dans ce même objectif de bonne articulation du programme de stabilité, du débat sur l'orientation des finances publiques et des lois financières, le passage d'une logique de solde et d'effort structurels, exprimés selon les normes de la comptabilité nationale, aux tableaux d'équilibre des régimes et des branches de la sécurité sociale, élaborés sous le format de la comptabilité générale et des LFSS, qui est facilité par les avancées récentes des LPFP, continuera, au bénéfice de ces efforts, à gagner en lisibilité pour les parlementaires.

La proposition de la Cour d'une « loi de financement de la protection sociale obligatoire » apparaît quant à elle ambitieuse et ne pourrait s'inscrire que dans une perspective de long terme. En revanche, une meilleure information du Parlement sur la participation de chaque composante du champ des administrations de sécurité sociale aux trajectoires globales de dépenses des régimes sociaux peut sans doute être menée à bien dans le respect du caractère conventionnel de certains de ces régimes.

Dans le contexte de la recherche d'une maîtrise toujours accrue de la progression des dépenses, un suivi dynamique et réactif des objectifs de dépenses, notamment en matière de politique familiale ou de vieillesse, est souhaitable. Ce suivi doit se fonder sur l'examen de l'exécution et le respect de l'objectif d'une année à l'autre. La proposition d'aboutir à la création d'un objectif analogue à l'ONDAM, dont l'utilité pour prévoir et réguler la dépense est reconnue, devrait donc être examinée dans le sens d'une présentation plus précise et structurée, à l'occasion des LFSS, de l'ensemble des mesures qui concourent à l'objectif de dépenses de ces branches et de leurs taux d'évolution.

La Cour considère enfin que la création de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) aurait facilité la succession des déficits en permettant l'accumulation d'une dette considérable dont l'amortissement est régulièrement reporté. L'action de la CADES s'inscrit au contraire dans une démarche de responsabilisation face à l'aggravation des déficits sociaux. Cette logique de responsabilisation a par ailleurs été renforcée, comme le projet de rapport le souligne, par l'instauration par la LOLFSS d'une contrainte forte quant aux ressources qui doivent être affectées à la Caisse en cas de reprise de dette. S'il est vrai que la LFSS pour 2011 a prévu un schéma de transfert de dette de grande ampleur, justifié par le caractère exceptionnel des déficits nés de la crise économique, celle-ci a bien été financée par l'affectation de recettes à due concurrence. La solidité des ressources attribuées à la CADES a d'ailleurs permis de rapprocher l'horizon prévisionnel de sa suppression, qui est prévue en 2024 au lieu de 2025. En outre, les déficits dont la reprise avait été programmée par la LFSS pour 2011 n'ont pas atteint les niveaux anticipés, ce qui démontre au contraire que l'existence de la CADES ne saurait être considérée comme déresponsabilisante. En réalité, le retour à l'équilibre est d'autant plus nécessaire que le caractère temporaire de cet organisme n'a à aucun moment été remis en cause. Dans cette perspective, sa suppression devrait s'accompagner, comme la Cour le propose, de mécanismes pérennes permettant la correction rapide des déséquilibres qui pourraient survenir ultérieurement, afin de prévenir la constitution d'une dette nouvelle. Il s'agit là cependant d'enjeux de moyen terme.

*

La qualité de la prévision des recettes, des dépenses et des soldes des régimes de sécurité sociale est un objectif partagé avec la Cour puisque le bon pilotage des comptes sociaux en dépend. Il est notamment important de questionner régulièrement les méthodes de prévision, de travailler en permanence à leur amélioration et de bien en documenter les hypothèses. De plus, les apports du traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance des finances publiques (TSCG) et de la loi organique qui le décline ont conduit à dépasser le cadre des seules LFSS, à renforcer la coordination entre administrations, et à progresser dans la formalisation des processus de prévisions et de suivi infra-annuel des recettes sociales. A cet égard, la publication à venir de données comptables trimestrielles puis mensuelles sur le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), complétées dans un second temps par des données sur les autres régimes, fournit assurément un levier pour fiabiliser le suivi des recettes et de la dépense et pour enrichir les outils de prévision.

Il est à noter, toutefois, que le rapport de la Cour donne une vision pour partie erronée des écarts entre prévisions et réalisations de dépenses et de recettes, qui sont beaucoup moins élevés qu'elle ne le calcule. Des changements de modes de consolidation comptable, suite, notamment, à des observations de la Cour, accroissent, s'ils ne sont pas neutralisés, l'écart apparent entre les prévisions faites en septembre pour l'année suivante et les réalisations. Ils ne peuvent être assimilés à des erreurs de prévisions. Or, ces

changements de mode de consolidation jouent l'année de leur mise en œuvre pour plusieurs milliards d'euros et expliquent une large part des écarts calculés par la Cour.

*

Dans le domaine de la lutte contre la fraude, les orientations prises récemment dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2014-2017 de l'ACOSS vont dans le sens de la recommandation de la Cour d'une évaluation des cotisations et contributions éludées. En effet, la COG vise à renforcer l'expertise de l'ACOSS en ce domaine en privilégiant une approche sectorielle et en augmentant le nombre de contrôles réalisés afin d'asseoir la robustesse statistique des extrapolations. La stratégie retenue vise ainsi à combiner la conduite de contrôles aléatoires dans certains secteurs d'activité identifiés « à risque » et la poursuite de contrôles dans des domaines insuffisamment couverts jusqu'à alors tels que les emplois à domicile ou les travailleurs indépendants

Plus généralement, les axes du Plan national de lutte contre la fraude aux finances publiques pour 2014-2015, adopté en mai, rejoignent largement certaines suggestions de la Cour : l'évaluation de l'ampleur de la fraude sociale, tous secteurs confondus, qui nécessite un nombre de contrôles aléatoires très important et un travail méthodologique sérieux, relève des travaux prévus par ce plan. De même, concernant les échanges avec la Direction Générale des Finances Publiques, la Cour insiste sur la nécessité d'un rapprochement de méthodes et la mise en place d'une plus grande coordination entre les corps de contrôle, qui fait précisément l'objet de conventions actualisées fréquemment. La recherche d'une fluidité optimale des pratiques de travail entre ces administrations est un objectif partagé.

*

Même si, de manière générale, l'effort contributif des travailleurs indépendants demeure inférieur à celui des salariés, il convient de souligner que les mesures prises depuis 2012 vont précisément dans le sens des recommandations de la Cour. Ainsi, le déplafonnement de la cotisation maladie maternité et la suppression de la déduction pour frais professionnels en LFSS 2013 et le déplafonnement de la cotisation vieillesse de base en LFSS 2014 contribuent à davantage d'équité entre les différentes catégories d'assurés. En outre, la mise en œuvre d'exonérations dégressives pour les cotisations personnelles des travailleurs indépendants les plus modestes permet de réduire significativement les inéquités qui préexistaient au sein du régime des travailleurs indépendants lui-même. En revanche, le Gouvernement n'entend pas à ce stade porter le taux de la nouvelle cotisation vieillesse déplafonnée au même niveau que celui du régime général, les taux de cotisations des régimes n'étant pas immédiatement comparables. La différence restera en 2017 de 1,7 point.

*

S'agissant de la gestion du régime social des indépendants (RSI), nous partageons l'essentiel des constats et préconisations de la Cour. Comme le rapport le relève, la création du régime social des indépendants (RSI) le 1er juillet 2006 s'est accompagnée d'une restructuration d'ampleur que le RSI a dû gérer dans un contexte difficile marqué par des dysfonctionnements liés à la mise en œuvre de l'interlocuteur social unique (ISU). Ce contexte a fortement pesé sur la réalisation des gains d'efficience attendus de la restructuration du réseau, la résolution des graves difficultés rencontrées dans la mise en place de l'ISU et le rétablissement d'une qualité de service satisfaisante pour les cotisants et les assurés constituant un enjeu prioritaire.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'Etat et la caisse nationale du RSI pour la période 2012-2015 a toutefois marqué une première inflexion et a fixé des objectifs d'économies de fonctionnement traduisant des premiers gains de productivité. Ces objectifs ont été tenus sur les premières années de la période conventionnelle et nous serons vigilants à ce que cette dynamique se poursuive.

Nous partageons pleinement les conclusions de la Cour sur la nécessité, dix ans après la création du RSI et alors que la gestion de l'ISU s'est nettement améliorée, de tirer toutes les conséquences de la réorganisation du régime qui doit se traduire par une gestion plus efficiente et une réduction des coûts de fonctionnement. La prochaine COG qui entrera en vigueur en 2015 devra s'attacher à traduire cette orientation et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs d'économies ambitieux qu'a fixés le Gouvernement sur les coûts de fonctionnement de la sécurité sociale. Un nouveau resserrement du réseau, que la Cour estime nécessaire, la caisse nationale du RSI a d'ores et déjà engagé une réflexion en ce sens avec la démarche « Trajectoire 2018 ». Cette démarche aura également vocation à être confortée dans le cadre de la prochaine convention.

PREMIÈRE PARTIE – UNE TRAJECTOIRE DE REDRESSEMENT DES COMPTES SOCIAUX À AFFERMIR

Chapitre III

L'objectif national de dépenses de l'assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir

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

En ce qui concerne le chapitre relatif à la construction de l'ONDAM, le projet de rapport développe l'argumentation selon laquelle la maîtrise des dépenses d'assurance maladie n'est qu'apparente dans la mesure où le respect de l'ONDAM s'expliquerait essentiellement par la surestimation de la base de construction et des prévisions tendanciennes.

Je ne peux souscrire à cette analyse qui se fonde sur des approches partielles orientant les conclusions et qui ne reflète en aucun cas la réalité de l'effort accompli depuis plusieurs années. En effet, vous estimez, dans un premier temps, que les taux d'évolution des objectifs de dépenses, c'est-à-dire les ONDAM votés, ne sont pas assez rigoureux compte tenu de la conjoncture économique. Même s'il n'appartient pas à la CNAMTS de se prononcer sur la fixation de l'ONDAM, qui relève des prérogatives du Parlement, j'observe que votre raisonnement s'appuie sur la seule année 2013, ce qui conduit à passer sous silence le ralentissement structurel opéré sur le moyen terme.

De la même manière, vous mettez en avant un écart au PIB calculé sur cinq ans sans indiquer que les trois quarts de cet écart proviennent de l'année 2009, année qui a connu, comme vous le savez, un recul du PIB sans précédent (- 3 % en volume). Ce choc conjoncturel a d'ailleurs été mondial, tous les pays ayant enregistré cette année-là un fort différentiel entre l'évolution de leur richesse et celui de leurs dépenses de santé. La France n'y a pas fait exception.

Vous considérez ensuite qu'en exécution, la dépense n'a pas ralenti. Si l'on observe les évolutions depuis une dizaine d'années, cette affirmation ne me paraît pas juste. Structurellement, la dépense d'assurance maladie ralentit, et c'est le cas aussi de la dépense de santé dans son ensemble, comme l'attestent les comptes de la santé. En 2013, après dénouement des provisions, l'ONDAM exécuté évoluerait ainsi de + 2,3 %, c'est-à-dire la même évolution qu'en 2012 : ce sont les taux les plus bas constatés depuis 1997.

Par ailleurs, l'argument selon lequel le respect de l'ONDAM serait en trompe l'œil et ne serait dû qu'à un effet base favorable donne une vision biaisée de la réalité. Par construction, si l'effet de base augmente, c'est bien

que le taux d'exécution de l'ONDAM est inférieur à l'objectif. Cette sous-exécution significative depuis quatre ans constitue un réel succès, qui témoigne d'une rigueur accrue dans la gestion des dépenses d'assurance maladie. Les économies cumulées ainsi engrangées ont fait l'objet d'un rebasage en 2013 et 2014.

Concernant les prévisions de soins de ville, je partage la conviction de la nécessité d'améliorer encore les méthodes utilisées, l'Assurance Maladie y travaillant en permanence. Un certain nombre de recommandations formulées par le projet de rapport sont ainsi d'ores et déjà appliquées : les données les plus récentes sont systématiquement utilisées, de même que les données connues sur le dénouement des provisions au moment du calcul de l'ONDAM.

En revanche, je ne peux souscrire au jugement porté tendant à mettre en cause la qualité et le sérieux des prévisions tendanciennes réalisées, qui seraient biaisées à la hausse. Des éléments de réponse techniques vous sont apportés en annexe sur les indemnités journalières et le médicament, que vous prenez en exemple de cette surestimation. De manière générale, les inflexions de tendance qui peuvent affecter certains postes de dépenses ne sont pas aisées à anticiper et elles peuvent jouer dans les deux sens, comme le montrent les évolutions en 2014, qui voient à la fois une reprise des indemnités journalières, dans un contexte économique pourtant déprimé, et l'arrivée de nouvelles molécules très coûteuses dans le traitement de l'hépatite C.

Je tiens à souligner également que les éléments constitutifs de ces prévisions font déjà l'objet d'un regard externe porté par le comité d'alerte, que les méthodes de traitement des séries temporelles de la CNAMTS ont été auditées dans le cadre de la certification des comptes, et que l'Assurance Maladie est engagée dans un processus de certification de ses méthodes auprès de l'INSEE. Il me semble donc que la contre-expertise que la Cour appelle de ces vœux est déjà à l'œuvre.

D'une façon générale, je ne peux que partager votre souhait d'améliorer encore la gestion de l'ONDAM, mais je regrette, alors que celle-ci est devenue de plus en plus rigoureuse au fil des années, que la tonalité du projet de rapport tende à accréditer l'idée que la maîtrise est peu volontariste, voire artificielle.

L'exhortation à renforcer encore les outils de contrôle de la dépense n'est d'ailleurs pas contradictoire avec la reconnaissance des efforts déjà accomplis.

Chapitre IV

La lutte contre les fraudes aux cotisations sociales : des enjeux sous-estimés, une action à intensifier

RÉPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT

La Cour formule, concernant la Mutualité Sociale Agricole (MSA) des recommandations particulières en matière de contrôle.

Conformément à ce que prévoit la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG), la MSA s'attache à faire progresser le ciblage de ses actions de contrôle tant en ce qui concerne les cas de dissimulation d'activité que les cas de dissimulation d'emploi salarié ou d'heures travaillées. Dans le cadre de la politique institutionnelle de contrôle, la branche cotisations constitue une des priorités pour les années 2014-2015 avec notamment, en 2014 la formalisation des procédures de contrôle.

Les évaluations annuelles des trois premières années de la COG 2011-2015 montrent que la MSA atteint et dépasse les objectifs assignés dans le domaine de la lutte contre la fraude.

Le montant de la fraude constatée atteint 22,4 M€, montant identique à 2012, au-delà de la cible de 16 M€ pour 2013. Ce résultat global stable marque des divergences entre les branches : alors que les fraudes en matière de retraite sont en forte baisse (- 45 % avec la fin des contentieux liés au rachat), les fraudes constatées en matière de cotisations et de travail illégal sont en forte hausse (respectivement + 35 % par rapport à 2012 et + 37 % depuis 2011). Ainsi, le montant de 11,2 M€ relevé par la Cour en 2012 relatif aux fraudes sur cotisations progresse encore en 2013 et atteint 13,1 M€ (dépassant l'objectif fixé de 8 M€, comme les deux années précédentes). Ces résultats ont été remarqués par la Délégation nationale de lutte contre la fraude et les tutelles lors des évaluations annuelles de la COG.

En matière de sanctions prononcées pour cause de travail dissimulé, le résultat (279 sanctions), du même niveau que 2012, dépasse l'objectif 2013 et 2015 (250).

La Cour observe que le rôle de la caisse centrale de la MSA (CCMSA), notamment en matière de méthodologie de contrôle, devrait être plus important. Le décret n°2013-1222 du 23 décembre 2013, en modifiant l'article R. 724-10 du code rural et de la pêche maritime, permet dorénavant à la CCMSA non seulement d'apprécier la pertinence des objectifs fixés localement et les moyens d'y parvenir, mais aussi de demander l'aménagement ou la modification du plan de contrôle de la caisse concernée.

Par ailleurs, il convient de noter que les différents acteurs de la lutte contre le travail illégal en agriculture ont conclu, le 24 février 2014, une convention de partenariat définissant la nature et les modalités de mise en œuvre des actions ainsi que les rôles respectifs des signataires, à savoir l'Etat,

les organisations syndicales et professionnelles et la caisse centrale de la MSA.

Dans ce cadre, la CCMSA est chargée de centraliser les informations transmises par les services de contrôle, y compris celles issues des Comités Opérationnels Départementaux Anti-fraude (CODAF). Son pôle ressources, renforcé, devient le référent de l'ensemble du réseau en matière juridique et contentieuse. Elle s'engage en outre à affecter aux services de contrôle les moyens nécessaires à l'exercice de leur mission et à accentuer, ainsi que la Cour le recommande, la professionnalisation des personnels.

Cette convention met l'accent sur la vigilance particulière qui doit, comme le souligne la Cour, être portée sur les entreprises de prestations de services internationales. Ainsi, les agents de contrôle des caisses de MSA vont être en capacité de vérifier la situation de détachement via la base de données « Système Informatisé de Recherche des Détachements Autorisés et Réguliers ». Tout fait susceptible de caractériser une situation de travail illégal pourra être signalé aux CODAF.

Allant dans le sens préconisé par la Cour, une démarche de data-mining est développée par la CCMSA (fraude aux indemnités journalières, fraudes aux cotisations). Ces travaux permettent de mettre en évidence des indicateurs de présomption. Elles débouchent sur l'élaboration de requêtes pour ciblage des contrôles.

Enfin, les caisses de MSA sont chargées de mettre en place diverses actions de communication destinées à réduire le travail dissimulé, notamment auprès des établissements d'enseignement et des centres de formation afin que les élèves et stagiaires soient informés sur leur statut, et de sensibiliser les candidats à l'installation en tant que chef d'exploitation.

Ces différentes actions qui font l'objet de toute mon attention, sont de nature à améliorer les résultats de la lutte contre la fraude aux cotisations dans le secteur agricole. Je partage cependant l'avis de la Cour sur la nécessité de poursuivre les efforts entamés en matière de formation et de spécialisation des personnels de contrôle dans ce domaine.

La négociation de la prochaine COG, qui doit débiter en 2015, doit être l'occasion de mener une réflexion associant la maîtrise des risques afin de mettre en place des indicateurs communs. Cette négociation devra en outre prendre en compte, comme le recommande la Cour, les conséquences de la généralisation de la déclaration sociale nominative sur l'organisation des caisses et sur les évolutions rendues nécessaires dans le domaine du contrôle.

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

Dans son rapport, la Cour fait état de réserves concernant notamment l'évaluation de la fraude et le rendement de la lutte opérée par la branche recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (AcoSS) souhaite préciser son interprétation globale de ces observations et les perspectives en la matière.

La stratégie de la branche Recouvrement en matière de lutte contre la fraude est ancienne et elle s'est structurée depuis une vingtaine d'année selon les principes d'éradication des structures en situation de fraude, afin de garantir une saine concurrence entre les acteurs économiques et d'œuvrer au rétablissement des droits sociaux des salariés. L'organisation qui s'est mise en place progressivement a conduit à distinguer deux grandes missions au sein du contrôle : les contrôles comptables d'assiette visant à régulariser les erreurs d'appréciation par les employeurs de la réglementation et la lutte contre la fraude.

1. Une analyse fondée sur une évaluation biaisée et sur une comparaison à relativiser

1. 1 Sur l'évaluation de la fraude et le ciblage

L'Accoss a reproduit dans le cadre des travaux liés à l'enquête de la Cour des Comptes l'évaluation réalisée en 2007 par le CPO sur données 2004 sans modifications majeures de méthode. Elle a fourni une note indiquant les limites qu'elle considère importantes pour un sujet à caractère très sensible. La principale limite concerne la capacité à corriger les biais de sélection et de détection. Comme indiqué dans la note fournie « les résultats sont présentés sous la forme d'intervalles de confiance à 95 % pour rendre compte de l'imprécision des résultats liée à la taille des populations étudiées. En revanche, ils ne rendent pas compte des limites de la méthode en termes de correction des biais de sélection et de détection ». Suit une phrase encadrée : « Il convient donc de considérer cette évaluation avec beaucoup de prudence. En particulier, il importe de ne pas sur interpréter les écarts constatés entre les différentes évaluations annuelles ».

Il nous semble que la rédaction retenue pourrait insister davantage sur les limites indiquées par l'Accoss. En effet il n'est guère possible de bien corriger l'ensemble des biais de sélection dans une méthode s'appuyant sur des contrôles ciblés en ne prenant en compte que les critères de ciblage objectivables ou mesurables, en pratique les seuls effets taille et secteur pour la LCTI. Il existe en effet des critères de ciblage non mesurables générant « un biais de sélection résiduel potentiellement important ». Il semble dès lors probable que l'estimation ainsi calculée soit surestimée pour la lutte contre le travail illégal, au vu de ce que disent les rendements des contrôles mobilisés et comme semblent l'indiquer les résultats alternatifs issus des travaux menés à partir de contrôles aléatoires au niveau des secteurs spécifiques étudiés à ce stade. Cela ne veut toutefois pas dire que des évaluations complètes ne pourraient pas indiquer des chiffres de cet ordre de grandeur dès lors qu'elles pourraient s'appuyer sur des contrôles menés sur des secteurs ou des espaces géographiques plus difficiles à appréhender où les contrôles doivent nécessairement être menés de manière adaptée aux spécificités et au contexte. Mais ceci restera encore à démontrer.

Dès lors il nous paraît délicat de mettre l'accent sur le fait que le montant proposé sous forme de fourchette est sous-évalué, même si celui-ci est calculé sur un champ incomplet, en raison des difficultés de correction du biais de sélection. Il est en effet clair qu'il existe des biais de nature à sous-

estimer la fraude (le champ, les biais de détection) mais aussi des biais de nature à la surestimer (les biais de sélection insuffisamment corrigés selon l'Acoss) et il n'est pas possible de trancher sur le signe du solde des corrections restant à effectuer. En tout état de cause les montants affichés apparaissent déjà très élevés. En conséquence, et pour ces mêmes raisons, il nous paraît ni souhaitable ni pertinent d'afficher un rendement des opérations de lutte contre le travail dissimulé s'appuyant sur un ratio des redressements d'un peu plus de 1 % de la fraude estimée.

1.2 Sur les limites de la comparaison avec la DGFIP

La comparaison entre la DGFIP et la branche des taux de recouvrement sur redressement proposée par la Cour est considérablement biaisée par la définition et le périmètre de la fraude qui diffèrent entre les deux opérateurs. L'ensemble des montants d'impôts éludés par le contribuable de toute nature ou statut apparait constitutif de fraude. En matière sociale, seul le redressement pour travail dissimulé entre dans cette catégorie.

La DGFIP fait donc masse de l'ensemble des « rehaussements d'impôts » pour calculer un indicateur de performance de recouvrement. Elle ne produit en aucun cas des éléments de mesure sur les conséquences fiscales des opérations mettant en évidence des infractions de travail dissimulé.

La comparaison et l'analyse pris sous cet angle n'aurait de sens que par la détermination de mesures homogènes sur un même périmètre. Le taux de recouvrement suite à créances LCTI de 15 à 16 % rappelé par la Cour est global (brut) prenant ainsi en compte l'ensemble des redressements transformés en créances LCTI. La neutralisation des situations de disparitions d'entreprises ou leur liquidation immédiate (procédures collectives) fait mécaniquement et significativement progresser ce taux à plus de 30 %. Les contestations sans paiement (souvent totalement dilatoires) sont également de nature à influencer sur ce résultat. Pour la branche recouvrement, deux activités de contrôles apparaissent donc bien distinctes : le contrôle comptable d'assiette et la lutte contre le travail illégal. En l'état, le taux de recouvrement sur créances frauduleuses (LCTI) ne peut donc être valablement comparé à celui de la fraude DGFIP. C'est d'ailleurs en ce sens que la COG 2014-2017 de la branche recouvrement prévoit la création et le suivi d'un taux global de recouvrement sur l'ensemble des créances nées d'opérations de contrôle de toute nature.

Par ailleurs, la branche ne disposant pas de pouvoir exorbitant de recouvrement ou de garantie des procédures à l'image de la DGFIP, les URSSAF ne peuvent engager des démarches de recouvrement forcé qu'après l'obtention d'un titre exécutoire dans les conditions prévues par les textes. Dans le domaine de la lutte contre la fraude, ces procédures s'avèrent peu efficaces compte tenu des délais des procédures et des voies de recours prévus par les textes. L'Acoss a sollicité une évolution des textes devant lui permettre de bénéficier de la procédure d'avis à tiers détenteur (ATD) dont les conditions des mises en œuvre répondent aux contraintes d'actions rapides, ce dispositif n'impliquant pas l'obtention préalable d'un titre exécutoire à toute action de garantie ou d'exécution forcée.

2. Des pistes de progrès déjà investies

La Cour regrette que le taux de redressement dans le cadre de la lutte contre la fraude soit faible et que le recouvrement effectif soit d'un montant dérisoire. Certes, le recouvrement effectif apparaît en première analyse peu élevé mais la lutte contre la fraude vise à garantir une saine concurrence entre les acteurs économiques et à lutter contre ceux qui tirent du non respect de la réglementation un avantage économique par rapport à leurs concurrents. La sanction infligée doit être financière mais elle peut également conduire à faire disparaître la structure qui fraude, avec pour conséquence le chiffrage d'un redressement mais l'absence de recouvrement. Par ailleurs, les structures organisées pour frauder organisent leur insolvabilité rendant encore plus improbable le recouvrement. L'ensemble des sanctions administratives et financières est mobilisé à titre dissuasif (en supprimant notamment le sentiment d'impunité des auteurs des infractions) comme à titre répressif, comme un levier efficace de lutte contre le travail dissimulé.

En matière d'organisation de la lutte contre la fraude, la Cour propose une organisation inter-régionale des moyens et ressources. Dans le cadre de la régionalisation de son réseau, la branche s'attache à réaffirmer la nécessité de pérenniser la mise en place de structures régionales dédiées à la lutte contre la fraude composées d'inspecteurs du recouvrement et de managers affectés à plein temps aux missions de lutte contre la fraude. L'efficacité de la spécialisation des corps de contrôle investis dans cette mission induit une politique spécifique de gestion des ressources humaines adaptées. La mise en place d'une maille inter régionale très opérationnelle ne paraît pas devoir apporter de plus-value. Le pilotage national et les travaux de convergence entre Urssaf apparaissent plus pertinents pour répondre aux exigences des politiques publiques en matière de lutte contre la fraude aux finances publiques.

La Cour s'interroge sur la pertinence d'un redéploiement d'une partie des inspecteurs en faveur de la lutte contre la fraude. Il convient de rappeler que les activités de contrôle et de lutte contre la fraude ne peuvent être dissociées. Il s'agit de mettre en place une stratégie globale permettant de répondre à l'ensemble des finalités du contrôle et de facto contenir les phénomènes d'évasion sociale. Le nombre d'actions de contrôle contribue à conforter la perception du cotisant sur le nombre de contrôles. Le temps moyen d'une action LCTI est deux fois plus élevé que le temps moyen de réalisation d'un contrôle comptable d'assiette (CCA) sur une TPE (85 % du fichier de l'Urssaf). De ce fait, le redéploiement des moyens modifierait le niveau de présence auprès des cotisants les incitant à développer des comportements d'évasion sociale. L'ensemble de ces constats conduit l'Acoss, tout en maintenant son effort de contrôle à 15 % du temps dédié à la LCTI, à privilégier la poursuite d'une politique de professionnalisation des inspecteurs dédiés à la LCTI mais également des inspecteurs CCA pour la détection de la fraude dans le cadre d'une vérification classique.

La Cour considère que les objectifs fixés en matière de LCTI ne sont pas assez ambitieux et peu adaptés aux organismes. Les objectifs sont déclinés et adaptés en tenant compte des spécificités des organismes. Sur la

durée, on peut observer une augmentation continue de redressements notifiés. En début de COG, les objectifs nationaux sont ensuite déclinés par organisme en tenant compte d'une part de la capacité à faire, d'autre part des résultats observés sur les périodes antérieures. Sur la COG qui vient de s'achever, les résultats par région laissent apparaître que 14 organismes ont atteint ou dépassé l'objectif CPG assigné.

La Cour propose de renforcer les moyens juridiques d'actions de la branche. La branche considère que les pouvoirs d'investigation et d'action des inspecteurs du recouvrement semblent suffisants au regard de la mission confiée. Il semble nécessaire de renforcer davantage le partenariat et la coordination en matière d'action, en particulier les actions menées sous l'autorité du procureur de la République, car elles sont de nature à créer une synergie des pouvoirs et des compétences, une efficacité accrue et une meilleure maîtrise des procédures.

Dans le même temps, il convient de rappeler que la branche a initié des travaux avec la DNLF en vue d'accentuer juridiquement, dans certaines circonstances, la sanction pénale. Ces axes de réflexion portés auprès de la Chancellerie devraient aboutir à une circulaire de politique pénale afin d'accompagner cette réforme.

L'AcoSS émet quelques réserves quant à la proposition d'augmenter de manière généralisée le montant des sanctions financières mais souhaite, comme indiqué pouvoir disposer de moyens permettant, à l'instar des services fiscaux de recouvrer plus rapidement et plus efficacement les cotisations éludées.

S'agissant des préconisations relatives au contrôle de l'Agirc Arrco, l'AcoSS précise que ce champ relève principalement des actions de contrôle comptable d'assiette. Dès lors que les actions seront engagées et que des fraudes à l'encontre du GIE auront été détectées, les redressements seront notifiés selon les dispositions qui conviennent à la situation observée.

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (CNRSI)

La mise en place en 2008 de l'Interlocuteur Social Unique s'est faite dans des conditions extrêmement difficiles et a entraîné des perturbations importantes dans le service du recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants que la Cour a souligné dans son rapport de 2012 sur la réforme du régime social des indépendants (RSI).

Comme la Cour le recommandait dans ce rapport, le RSI et l'ACOSS se sont mobilisés pleinement et de façon prioritaire pour restaurer les fonctions de base du recouvrement avec pour objectif de faire baisser les restes à recouvrer tout en améliorant la qualité de service rendus aux cotisants. Il y a lieu de souligner, en matière de performance du recouvrement, le succès de cette mobilisation puisque le taux des restes à recouvrer au 31 décembre 2013 sur les émissions de cotisations de l'année était plus de 3 points plus bas que le même taux au 31 décembre 2011 sur les

émissions 2011 ; cela représente un gain pérenne en base de près d'un demi-milliard d'euros, baisse acquise dans un contexte économique difficile qui s'explique donc par le seul effet de la remise en ordre des processus de recouvrement.

Compte tenu de cette normalisation, la Caisse nationale du RSI partage la recommandation de la Cour de rendre désormais prioritaire la lutte contre la fraude aux cotisations des travailleurs indépendants.

Dès 2013, au vu des contrôles systématiques pour les remboursements de trop versés de cotisations supérieurs à 9 000 €, un plan de lutte contre le travail illégal portant notamment sur les travailleurs indépendants non déclarés a été mis en place en 2013 ; il a permis de détecter près de 5 millions d'euros de préjudice financier pour lesquels des opérations de mise en demeure et de dépôt de plainte ont été engagées.

Au-delà, la mise en œuvre du contrôle de la législation sociale en matière de recouvrement incombant selon les textes aux URSSAF (L.133-6-5 du code de la sécurité sociale), la Caisse nationale du RSI a insisté pour que les développements informatiques nécessaires au recouvrement et au redressement des cotisations sur les périodes litigieuses soient priorités et conduits de manière pragmatique pour permettre une mise en service dans les prochains mois.

Elle a souhaité également, nonobstant les règles de partage des compétences entre les deux réseaux, que les opérations matérielles de contrôle et de lutte contre le travail illégal soient incluses dans le périmètre des activités partagées et gérées dans le cadre posé par la convention nationale du 31 juillet 2013 entre la Caisse nationale du RSI et l'ACOSS et les conventions régionales entre les caisses régionales et les URSSAF.

Enfin, la Caisse nationale du RSI propose qu'une partie de ses équipes en charge aujourd'hui des contrôles et des redressements d'assiette au titre de la contribution sociale de solidarité des sociétés puisse progressivement à partir de 2015 contribuer aux travaux de vérification d'assiette et puisse à cet effet exploiter les données fiscales de déclarations des revenus des travailleurs indépendants.

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

La CCMSA n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

**DEUXIÈME PARTIE – DES LOIS DE
FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE À
MODERNISER POUR UN PILOTAGE PLUS
EFFICACE DES FINANCES SOCIALES**

**Chapitre VI
Les prévisions financières intégrées aux lois de
financement de la sécurité sociale : une fiabilité à
renforcer, un suivi à mieux assurer**

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

Sur l'encadré « des moyens fractionnés » concernant l'AcoSS la formulation retenue fait référence aux travaux statistiques de fiabilisation des données d'effectifs salariés et d'assiettes salariales qui ne sont pas menés dans les services en charge des prévisions. En revanche ceux-ci ont la charge d'opérations lourdes et connexes à la prévision : par exemple le service des prévisions de l'AcoSS produit mensuellement des prévisions de trésorerie directement mobilisées pour la gestion de trésorerie de l'Agence et il valide pour le compte de l'ordonnateur les notifications des versements aux attributaires élaborées chaque mois en droits constatés, garantissant ainsi le lien entre les deux approches de comptabilisation.

Concernant la dernière phrase du chapitre 1 du A. du III (Un suivi à perfectionner), cette phrase fait apparaître une asymétrie entre assiettes plafonnée et déplafonnée alors que leur calendrier de diffusion est assez proche. Par ailleurs, compte tenu des fluctuations infra trimestrielles de l'assiette liées aux versements de primes notamment l'AcoSS considère pertinente une production trimestrielle des données sur la masse salariale alors qu'elle produit chaque mois dans son baromètre économique une estimation des évolutions de l'emploi sur le champ des entreprises déclarant mensuellement (les plus de 10 salariés).

Pour ce qui concerne les recettes l'AcoSS publie les séries d'assiette déplafonnée 70 jours après la fin de chaque trimestre avec la décomposition entre évolutions de l'emploi salarié et du salaire moyen par tête. Les suivis de l'assiette plafonnée et des exonérations sont élaborés avec la même fréquence.

Concernant les notifications comptables, selon nos informations, la tutelle les exploite, même si elle peut ne pas valoriser la note d'analyse qui les accompagne.

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

Cf. réponse au chapitre III.

REponse DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

- Sur les sources d'expertise nombreuses :

La Cour souligne que la Cnaf consacre moins de moyens que les autres organismes aux tâches de prévisions de ses dépenses : 4 personnes - également affectées à d'autres travaux -, contre 11 personnes à la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et 12 à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), alors que le champ des prestations couvertes par l'exercice de prévision est large et complexe.

La Cnaf précise que ces effectifs réduits peuvent effectivement limiter sa capacité à procéder à des travaux de fond sur l'amélioration des modèles et que le renforcement prévu des moyens de la Cnaf dans le cadre de la présente convention d'objectifs et de gestion (COG) ne permettra probablement pas de régler rapidement cette difficulté.

- Sur les difficultés d'intégration au niveau central :

La Cour indique que l'utilisation de clefs pour extrapoler la prévision effectuée sur le champ de la branche Famille à l'ensemble des régimes « peut poser un problème de rapprochement entre la prévision ainsi construite et le suivi, assuré par la Mutualité Sociale Agricole (MSA). L'intégration financière désormais totale entre les deux régimes devrait conduire à des évolutions positives ».

La méthode de prévision réalisée à partir de clefs reste toutefois pertinente du fait, d'une part, de la fraction très réduite des dépenses pour la MSA et, d'autre part, de sa simplicité de mise en œuvre. En outre, les conditions de l'intégration financière totale entre la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (Ccmsa) et la Cnaf ne sont pas encore totalement définies et n'impliquent pas nécessairement, à ce stade, une remontée mensuelle des dépenses. Cependant, au-delà de la nécessaire information de la Ccmsa à la Cnaf, sur les envois à la direction de la sécurité sociale (Dss) en matière de prévisions, des échanges auront lieu afin d'identifier d'éventuels facteurs de risque pour le prochain exercice de prévision. Les recommandations de la Cour seront mises à l'étude dans ce cadre.

Par ailleurs, la Cnaf a pris l'initiative d'un échange en juillet 2014 avec la Dss, la direction générale de la cohésion sociale (Dgcs) et la direction du budget (Db) afin de définir en commun le calendrier des prévisions du revenu de solidarité active (Rsa).

- Sur les écarts de solde non négligeables entre prévisions et réalisations :

La Cour précise que pour la branche famille, « l'écart moyen sur la période 2006-2013 est [...] limité à 1,1 % ».

À la lecture du texte envoyé par la Cour, il semble que ces écarts non négligeables ne concernent pas les dépenses de la branche Famille qui figurent dans une sous-partie « des différences limitées sur les dépenses ».

*RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES
TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAVTS)*

Le CNAVTS n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

*RÉPONSE DE LA CAISSE DES DÉPÔTS ET CONSIGNATIONS
(CDC)*

La Caisse des dépôts et consignations n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

***TROISIÈME PARTIE – DES DÉPENSES DE
VILLE À RÉGULER BEAUCOUP PLUS
VIGOUREUSEMENT***

Chapitre VII

**L'objectif national de dépenses d'assurance maladie
pour les soins de ville : une surestimation des
économies, un outil à réajuster**

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

Cf. réponse au chapitre III.

Chapitre VIII

**Les conventions avec les professions libérales de
santé : répondre aux besoins des patients, mieux
assurer l'efficacité de la dépense**

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

Il me paraît essentiel de nuancer le bilan présenté dans le projet de rapport en tenant compte du contexte financier particulièrement contraint dans lequel ont été menées les négociations ces dernières années.

De manière constante, l'UNCAM a en effet recherché le meilleur équilibre entre le respect strict des objectifs de dépenses d'assurance maladie et la mise en œuvre de réformes structurelles tout en maintenant l'opposabilité des tarifs. L'impression de complexité mise en avant dans le rapport résulte principalement d'une utilisation optimale des nombreux dispositifs proposés par les textes pour répondre à ces différents objectifs.

Au cours des dernières années, l'Assurance Maladie a ainsi mis en place la rémunération sur objectifs de santé publique pour les médecins puis

les pharmaciens, liant ainsi des rémunérations à une véritable évolution des pratiques individuelles et à une amélioration de la qualité et de l'efficacité du système de soins.

Les négociations conventionnelles ont également permis d'expérimenter et étendre, dans la limite des outils juridiques disponibles, le conventionnement sélectif pour améliorer la répartition géographique de certaines professions de santé. A cet égard, il revient aux pouvoirs publics de mieux sécuriser le cadre législatif de ces accords à la suite de la décision du Conseil d'Etat du 17 mars 2014.

En matière d'organisation des soins, la prise en charge en sortie d'hôpital a été améliorée (accord avec les sages-femmes sur la sortie de maternité, avec les infirmières et masseurs-kinésithérapeutes, accord-cadre interprofessionnel...) et ces accords ont démontré l'efficacité de la voie conventionnelle pour déployer des dispositifs permettant sur le terrain une évolution concrète des pratiques : plus de 250 000 jeunes mères ont bénéficié de cet accompagnement, plus de 3 000 personnes ont été prises en charge après une chirurgie orthopédique et environ 500 insuffisants cardiaques ont déjà été accompagnés pour améliorer leur qualité de vie et éviter leur réhospitalisation.

S'agissant des approches interprofessionnelles, des travaux sont en cours depuis le printemps 2014 autour d'objectifs clairement fixés par la stratégie nationale de santé et des orientations du conseil de l'UNCAM. Ces séances de travail ont montré la complexité de réunir les professionnels de santé libéraux autour d'objectifs communs et équilibrés, et le temps nécessaire pour définir, au-delà de débats sur les outils juridiques à disposition, les modalités d'action collectives et les engagements associés.

Sur le fond, j'insiste sur la nécessité de prendre en compte les avancées significatives et pragmatiques obtenues par la voie conventionnelle au cours des dernières années et veiller à conserver un bon équilibre avec l'intervention de la loi pour mener à bien les évolutions de notre système de santé.

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

L'UNOCAM a signé sept accords conventionnels tripartites en 2012 et 2013. Comme la Cour, elle regrette que son association aux négociations, du fait de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), ait effectivement été « chaotique ». L'UNOCAM constate qu'elle n'a pu parvenir à un accord de méthode entre financeurs et se réjouit aujourd'hui des propositions de la Cour visant à instaurer « une véritable coopération des régimes de base et complémentaires ». C'est en effet l'une des conditions pour que l'UNOCAM puisse tenir le rôle qui lui a été confié en matière de négociations conventionnelles.

L'UNOCAM s'est mise en retrait des discussions conventionnelles à la fin 2013. Pour expliquer cette décision, la Cour indique que l'UNOCAM

« estim(ait) qu'elle n'était pas reconnue comme un véritable acteur de la régulation du système de soins ».

Cette affirmation d'ordre général appelle une précision. L'UNOCAM s'est retirée des négociations conventionnelles après la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, dont l'article 4 prévoyait de dévoyer l'engagement financier pris par l'assurance maladie complémentaire dans l'avenant n°8 à la convention nationale des médecins libéraux, signé le 25 octobre 2012 et publié au Journal Officiel le 7 décembre 2012. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a transformé, en effet, le copaiement du forfait médecin traitant par l'assurance maladie complémentaire en une disposition assimilable à une taxe parafiscale versée à l'assurance maladie obligatoire par les organismes complémentaires d'assurance maladie. L'UNOCAM suggère à la Cour d'intégrer cette précision dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2014.

Chapitre IX

La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés

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

L'assurance maladie partage globalement les constats dressés par la Cour qui souligne la croissance importante de la substitution en 10 ans ainsi que les marges de progression qui permettront de renforcer la diffusion des génériques pour contribuer à l'efficience du système de santé.

La CNAMTS est favorable à l'instauration d'une réflexion approfondie sur la notion de répertoire, permettant d'envisager un assouplissement de ses critères car la suppression préconisée par la Cour ne saurait être envisagée sans mesurer les effets sur la responsabilité des prescripteurs et des pharmaciens et en veillant à ne pas entamer la confiance des patients.

Concernant le calcul des économies, la Cour indique que le montant d'économies calculé par la CNAMTS est surestimé du fait que les baisses de prix des princeps qui seraient intervenues en l'absence de générication ne sont pas prises en compte. Or, le calcul des économies génériques considère les prix courants des princeps et des génériques. Il intègre donc l'évolution à la baisse des prix des princeps (dans une ampleur sans doute encore plus prononcée que celle qui serait observée en l'absence de génériques).

RÉPONSE DU COMITÉ ÉCONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ (CEPS)

- Sur le retard français en matière de diffusion des génériques :

La Cour se réfère à une étude de la CNAMTS mettant en évidence des coûts par unité standard de prescription plus élevés en France pour les statines, les anti-ulcéreux et les antihypertenseurs.

L'écart entre la France et les pays de comparaison tient pour partie au prix des produits, mais également et largement à la structure de prescription (par exemple, pour les statines, la rosuvastatine, non générique et plus chère est fortement prescrite en France, mais très peu en Allemagne et au Royaume Uni).

En outre, depuis 2011 (données utilisées dans l'étude citée de la CNAMTS), les classes de médicaments génériques citées ont justement fait l'objet en France de baisses de prix importantes.

Enfin, les écarts de prix publics reflètent également des marges de distribution plus élevées en France, et des prix fabricants qui sont tributaires, de pratiques coûteuses de « coopération commerciale ».

- Sur l'inscription du paracétamol au répertoire des médicaments génériques :

La création d'un groupe générique « sans référent » des paracétamols n'apporte a priori aucune économie à l'assurance maladie par le biais des mécanismes classiques de substitution de génériques, et ne garantit en soi aucune concurrence entre produits. Dans un groupe générique « sans référent », il n'existe, par définition, ni princeps ni générique. Il ne peut donc y avoir de décote de prix particulière pour aucun des médicaments du groupe. Aucune substitution ne s'opère donc sur la base du mécanisme classique d'incitation des pharmaciens (marge de distribution du générique égale à la marge calculée pour le produit princeps).

- Sur le prix du CRESTOR :

La fixation du prix a été faite en conformité avec la réglementation en vigueur (économie dans le coût de traitement), avec un prix initialement inférieur à celui du TAHOR. Depuis l'arrivée de génériques de ce dernier produit, et les baisses successives qui lui ont été appliquées, le prix de la rosuvastatine est désormais supérieur à celui du TAHOR, et relève donc de l'application de la politique de cohérence des prix fixée à l'article 13bis de l'accord cadre CEPS-LEEM. Un avenant conventionnel conclu avec le laboratoire Astra Zeneca prévoit une première baisse de la rosuvastatine (7 % en moyenne pondérée sur l'ensemble des dosages, et non 5 %), applicable au 1er avril 2014. Des baisses seront négociées pour 2015 et 2016, avec pour objectif une convergence complète mi 2017, à la date de chute de brevet de CRESTOR.

Les surcoûts mentionnés par la Cour ne sont pas uniquement liés au prix du CRESTOR, qui est nettement plus faible en France qu'en Allemagne ou au Royaume-Uni. Ils sont également largement liés à la surprescription de ce produit en France par rapport à ces deux pays.

- Sur les « injonctions contradictoires » :

La Cour ne montre pas en quoi les objectifs qu'elle qualifie de contradictoires auraient pu avoir des conséquences concrètes et préjudiciables sur la politique de fixation des prix des génériques menée par le CEPS.

Les orientations ministérielles du 2 avril 2013 rappellent en introduction l'ensemble des considérants fondant une politique économique cohérente du secteur pharmaceutique.

Comme le relève la Cour, ces objectifs ne relèvent pas tous du CEPS. En particulier, les objectifs de politique industrielle sont pris en charge par le Conseil stratégique des industries de santé et les administrations compétentes en la matière.

Le CEPS n'est donc pas placé dans une situation d'injonction contradictoire. L'époque où des considérations de politique industrielle – implantations d'usines en particulier- pouvaient être prises en compte pour la fixation des prix est totalement révolue- et on n'en trouvera aucun signe, encore moins d'exemple dans les dernières années, a fortiori dans le domaine des médicaments génériques.

- Sur la rénovation de la politique de fixation des prix :

La première orientation suggérée par la Cour déjà largement mise en œuvre. On rappelle que la classe des inhibiteurs de la pompe à protons et celle des statines ont fait l'objet de mesures de convergence en 2013 et 2014. La négociation pour des baisses importantes au sein des classes des sartans et inhibiteurs de l'enzyme de conversion est engagée, avec des économies attendues pour 2015. Deux opérations de baisses de prix de génériques, en référence à des prix européens ont été menées avec des effets 2013 et 2014.

Le CEPS partage la proposition de conclusion d'accords prix/volumes. Il souligne que les très importantes baisses de prix de génériques en 2013 et 2014 n'ont pu être obtenues que dans un contexte de progression des volumes lié à l'augmentation des taux de substitution (convention pharmaciens d'officine).

De nouvelles baisses pour 2015 et 2016 peuvent être envisagées - alors même que le marché des génériques décroît significativement début 2014 - accompagnées de mesures puissantes, visibles et quantifiées portant sur le développement du marché.

Enfin, le CEPS s'apprête à mettre en œuvre les dispositions de la LFSS 2014, pour tenir compte dans la fixation des prix de la connaissance des remises consenties par les fabricants aux pharmaciens d'officine.

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

- Sur le retard français en matière de diffusion des génériques :

Le rapport souligne le retard considérable qu'aurait la France en termes de diffusion des médicaments génériques et rappelle à juste raison, que les comparaisons internationales doivent être maniées avec prudence.

A cet égard, le rapport pourrait effectivement relativiser le constat en indiquant que la plupart des données concernant le marché des spécialités génériques à l'étranger incluent, contrairement à la France, le paracétamol. En France, si l'on ajoute les ventes de paracétamol à celles des génériques stricto sensu, la part des génériques représente 46 % en volume.

- Sur les outils d'une efficacité déclinante :

L'Agence se félicite que les considérations de sécurité sanitaire aient été rappelées dans la problématique de la substitution des spécialités administrées à l'aide de dispositifs d'inhalation.

En effet, il convient de préciser que les spécialités administrées à l'aide de dispositifs d'inhalation se caractérisent par le fait que pour une même substance active, et alors même que les compositions excipients seraient identiques, le dispositif d'administration varie selon la spécialité et, dans ces conditions, exerce un rôle prépondérant dans l'efficacité et la sécurité de la spécialité.

Ainsi, les médicaments dont les substances actives (voire les excipients) sont similaires ne sont-ils absolument pas interchangeables si le dispositif ne présente pas des caractéristiques strictement identiques à la spécialité de référence qui a été prescrite. La substitution en officine d'un dispositif par un autre pour une même substance active irait donc à l'encontre du choix thérapeutique élaboré, dans le cadre de la prescription, sur la base des raisons médicales propres au patient considéré.

En tout état de cause, l'équivalence thérapeutique avec la spécialité de référence justifiée par les demandeurs d'AMM des spécialités considérées ne tient aucunement compte des particularités individuelles telles qu'elles se présentent sur le terrain. Ainsi, l'efficacité d'un traitement chez un patient avec une spécialité donnée, peut ne plus exister avec une autre spécialité équipée d'un dispositif dont les caractéristiques d'utilisation / manipulation / débit inspiratoire diffèrent.

C'est la raison pour laquelle la constitution d'un groupe rassemblant des spécialités administrées à l'aide d'un dispositif d'inhalation ne pourrait être envisagée que sur la base des spécialités dites « copie-copie », c'est-à-dire issues de la même fabrication que le produit de référence (identités de substance active, de dispositifs d'administration et de granulométrie).

Toutefois, une initiative expérimentale encadrée de substitution, qui mobiliserait patients, médecins prescripteurs et pharmaciens, pourrait être mise en œuvre à un échelon local. Une telle initiative permettrait ainsi de parfaire les connaissances des pouvoirs publics sur cette problématique.

- Sur la suppression éventuelle du répertoire :

L'Agence se félicite de ce que sa proposition de supprimer le répertoire des groupes génériques (inadapté à l'exercice du droit de substitution par les pharmaciens en ce sens notamment que d'une part le répertoire liste l'ensemble des spécialités génériques autorisées, et que d'autre part le répertoire ne fait pas l'objet de mises à jour « en temps réel » du fait des délais de publication au Journal officiel des décisions de modification du répertoire), et de lui substituer le vecteur, plus opérationnel pour les professionnels de santé, de la base de données administratives et scientifiques du médicament mentionnée à l'article L. 161-40-1 du Code de la sécurité sociale, ait été relayée par la Cour .

Dans l'intérêt des patients et afin d'assurer une sécurité optimale lors de la délivrance de la spécialité générique, cette base de données du médicament listerait, dans des conditions de procédure assouplies, les médicaments génériques commercialisés et fournirait aux prescripteurs et aux dispensateurs des indications sur ces médicaments notamment s'agissant de ceux dont la substitution nécessite des précautions particulières (médicaments à marge thérapeutique étroite...), ainsi que des recommandations sur la nécessité d'assurer une continuité de traitement avec le même générique pour des populations particulières (personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes ayant un traitement au long cours...).

Dans un souci de simplification administrative, pour les autorités sanitaires comme pour les laboratoires développant ces médicaments, cette proposition contribuerait ainsi à rendre possible la substitution par les médicaments génériques ayant la même DCI que le princeps dès leur mise sur le marché, tout en supprimant pour les pouvoirs publics la charge administrative de la création et de la gestion du répertoire.

Toutefois, une suppression pure et simple du répertoire, qui permettrait selon le rapport d'élargir significativement le périmètre des médicaments substituables, appelle de sa part les plus expresses réserves, pour des raisons tenant à la protection de la santé publique.

A ce jour, pour les acteurs du système de santé (pharmaciens et patients), lorsque les médicaments sont inscrits au sein d'un groupe du répertoire, ils sont substituables. A contrario, ceux qui ne sont pas inscrits ne le sont pas. C'est sur la base de ce raisonnement binaire mais néanmoins simple que la substitution a pu progresser en France.

En l'état, pour une même substance active, la proposition pourrait permettre, pour une spécialité de référence qui se présenterait sous une forme pharmaceutique donnée ou ses génériques, sa substitution par des spécialités génériques d'un second groupe de cette même spécialité de référence mais dont la forme pharmaceutique serait différente. Or, l'écart de biodisponibilité éventuellement perceptible entre une spécialité de référence et les produits génériques respectifs se trouverait, dans un contexte de substitution transversale, démultiplié de sorte que la bioéquivalence entre ces produits ne serait plus garantie et entraînerait des conséquences indésirables en termes de sécurité et d'efficacité.

Si l'on envisage la situation d'une substitution de substances actives différentes, cette proposition pourrait porter en germe, en cas de substitutions répétées, des risques de surdosage ou de sous-dosage avec des effets toxiques ou perte d'efficacité thérapeutique dont les conséquences dépendent essentiellement de la marge thérapeutique du médicament substitué. En d'autres termes, il est des cas où de telles spécialités ne pourront, compte tenu de la nature de la pathologie ou des modalités d'administration de ces spécialités, être permutées sans qu'apparaisse un risque majeur pour la santé des patients.

De tels accidents de substitution entraîneraient une perte de crédibilité dans la sécurité d'emploi des médicaments considérés comme étant équivalents sur le plan thérapeutique.

Étendre le champ de la substitution à une telle configuration comporte donc de réels enjeux de santé publique de nature à engendrer des polémiques futures qui ne pourraient qu'affaiblir la confiance déjà difficilement instaurée dans le médicament générique.

Surtout, une telle configuration renverserait complètement la logique nationale qui repose actuellement sur la substitution, en permettant aux pharmaciens, non plus de substituer une spécialité générique à une spécialité de référence initialement prescrite, mais de modifier fondamentalement une prescription en permutant entre elles des substances actives différentes, et ce indépendamment des éventuels contre-indications ou effets indésirables inhérents à cette permutation, alors que le prescripteur aura, pour des raisons qu'il aura lui-même appréciées en conscience, sérieusement appréhendé la sécurité et l'acceptabilité du traitement par le patient. Cette configuration pourrait modifier en profondeur les conditions de la responsabilité encourue par les professionnels de santé et notamment par les pharmaciens.

Chapitre X

Les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée

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

La CNAMTS partage l'analyse de la Cour sur la nécessité de renforcer la régulation des dépenses de dispositifs médicaux et est prête à poursuivre, en lien avec les pouvoirs publics, les efforts déjà engagés dans ce secteur. Des propositions sont d'ailleurs portées par la CNAMTS chaque année au sein du rapport « charges et produits ».

Il est reproché à la CNAMTS de ne pas associer le CEPS et les autres acteurs institutionnels à ses études relatives à la tarification, au prix, à l'usage des dispositifs médicaux et aux comparaisons internationales, et de ne communiquer qu'avec difficulté les informations qui lui sont demandées.

S'agissant de la diffusion restreinte des études en sa possession, la CNAMTS en partage les conclusions avec ses partenaires au sein du CEPS et dans ses rapports sur les charges et produits.

Concernant par ailleurs les informations demandées par le CEPS, la CNAMTS se montre toujours disposée, dans la limite des ressources disponibles, à communiquer toute information nécessaire à l'investigation des dossiers par le CEPS.

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

- Sur la critique par la Cour d'une absence de suivi des dispositifs médicaux par l'ANSM :

Le libellé de cet intitulé et des développements qui suivent laisseraient à penser que le suivi des dispositifs médicaux par l'ANSM se réduirait au contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles les DM sont soumis, ce qui n'est pas le cas.

En particulier, le contrôle de la conformité aux règles de certification européenne des dispositifs médicaux résulte à proprement parler des missions et prérogatives que l'Agence tient des articles L.5312-1 et suivants du Code de la santé publique et aux termes desquels l'Agence peut notamment suspendre, jusqu'à mise en conformité du produit, toutes opérations relatives aux dispositifs médicaux lorsque ces derniers sont mis sur le marché, mis en service ou utilisés en infraction aux dispositions législatives ou réglementaires qui leur sont applicables.

Et force est de constater que l'Agence fait montre de diligences en ce domaine. Ainsi, à titre d'exemple, l'ANSM a traité 13 822 incidents de matériovigilance (hors dossier implants mammaires PIP), et a conduit à la communication de 511 informations de sécurité sur son site internet.

Enfin, 122 inspections ont été réalisées et ont conduit à 10 décisions de police sanitaire visant pour la plupart à suspendre la mise sur le marché de dispositifs médicaux et de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, alors qu'en 2012, seule une DPS avait été prise. Ces éléments montrent l'engagement et le volontarisme de l'ANSM dans le suivi des dispositifs médicaux dans le cadre de la Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 précitée, et selon les modalités et priorités présentées dans le rapport au Parlement prévue par cette même loi.

- S'agissant du respect des spécifications techniques :

Au-delà du fait que cette mission est impartie à l'Agence sans allocation de ressources supplémentaires, il conviendrait de préciser que l'Agence ne dispose, afin d'accomplir les missions qui lui sont dévolues en termes de sécurité sanitaire (surveillance du marché, vigilance), que des données disponibles dans le dossier technique du produit destiné à sa mise sur le marché. Surtout, il apparaît que pour certains produits identifiés comme étant à surveiller plus particulièrement, les spécifications techniques de remboursement ne mentionnent ni les caractéristiques susceptibles d'être

contrôlées, ni les normes européennes ou internationales reconnues dans les secteurs industriels concernés. Il conviendrait que les spécifications techniques de remboursement renvoient explicitement à des caractéristiques contrôlables selon des méthodes définies reflétant les exigences nationales en termes de remboursement.

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

- Sur la critique d'une « régulation défailante » :

Il est intéressant de rappeler certaines caractéristiques du secteur du dispositif médical (DM), qui rendent la régulation tarifaire originale et délicate. Un dispositif médical est avant tout un produit manufacturé dont le coût de fabrication occupe une place importante dans le prix fabricant. Les marges de baisses des tarifs sont souvent faibles, d'autant que l'absence même de revalorisation des tarifs sur longue période ne peut être absorbée, dans les secteurs à dominante industrielle, que par des gains permanents d'efficacité. En outre, de fait, à la différence d'un médicament, qui ne se modifie pas dans le temps, les dispositifs médicaux connaissent de constantes évolutions. Celles-ci portent sur des améliorations régulières des composants, de la fiabilité, de la durée de vie des produits, du confort pour le patient... Or ces innovations dites « incrémentales » ne font aujourd'hui l'objet d'aucune reconnaissance en termes d'amélioration de service attendu (ASA) et donc d'aucune revalorisation tarifaire, même marginale.

Pour la mise en œuvre de ses compétences de tarification, le CEPS s'appuie sur l'article L 165-2 du code de la sécurité sociale : « La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation ». Il n'utilise aucun autre critère, et aucun exemple illustratif n'est d'ailleurs apporté par la Cour sur ce sujet.

- Sur la « recherche systématique d'un accord avec le fabricant » :

Il n'est en rien démontré que la rareté des décisions unilatérales puisse être préjudiciable à la qualité des travaux de tarification. Au demeurant, l'absence d'accord peut se traduire plus simplement par l'absence de commercialisation du dispositif concerné.

- Sur les « économies modestes au fil de l'eau » :

L'ampleur des économies s'accroît fortement depuis 2011. Par ailleurs, le Comité a, au cours des dernières années, examiné au moins une fois, à un titre ou à un autre, tous les secteurs de la LPPR dont le montant des remboursements est supérieur à 50 M€, à quatre exceptions (l'optique, les audioprothèses, le petit appareillage et les véhicules pour handicapés) correspondant à des secteurs sans prix limite de vente et où les remboursements par l'assurance maladie obligatoire sont généralement faibles.

RÉPONSE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTÉ (HAS)

La HAS se reconnaît pleinement dans la recommandation de la Cour d'une remise à plat de la planification pluriannuelle des réévaluations des dispositifs médicaux inscrits sous descriptions génériques ainsi que le délai initialement envisagé expirant le 31 juillet 2015. Cette planification doit prioriser les objectifs au regard des moyens mobilisables et de la criticité éventuelle des sujets. Il convient de souligner que les descriptions génériques ne concernent pas, par construction, les innovations et que leur actualisation est davantage une préoccupation pour le décideur que pour le fabricant.

L'évaluation des dispositifs intra-GHS qui s'est rajoutée depuis, milite encore davantage pour une planification très rigoureuse et réaliste, articulée avec la précédente, de l'évaluation des catégories de dispositifs médicaux.

Enfin, l'évaluation médico-économique des dispositifs médicaux en vue d'une inscription sous nom de marque, possible juridiquement depuis le 1er octobre 2013, est désormais opérationnelle. À ce jour, deux dispositifs éligibles à cette mesure au titre de l'impact potentiel qu'ils représentent pour les dépenses d'assurance maladie sont en cours d'évaluation. La HAS souhaite rappeler qu'elle a produit par ailleurs des évaluations médico-économiques relatives à des catégories de dispositifs (la dernière en date portant sur les dispositifs médicaux et prestations associés à la prise en charge des syndromes d'apnée du sommeil dont le poids dans les dépenses de l'Assurance maladie a été souligné par la Cour).

***QUATRIÈME PARTIE – DES GAINS
D'EFFICIENCE À MOBILISER PLUS
FERMEMENT À L'HÔPITAL***

Chapitre XI

**Les projets régionaux de santé, un cadre peu
opérationnel**

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

Il y a lieu de souligner qu'il n'existe pas de frein de la part de la CNAMTS à l'action des ARS mais une préoccupation de maintenir, en période de montée en charge des ARS, l'efficacité de ses actions. Le terme de la Cour d'« irrédentisme » de l'assurance maladie apparaît excessif notamment concernant l'accès des ARS au SNIIRAM qui n'est pas restreint par la CNAMTS mais par des textes législatifs et réglementaires ou des recommandations de la CNIL. Il est également excessif de dire que la CNAMTS « agit en toute autonomie en ce qui concerne ses programmes propres de prévention du type SOPHIA ou Santé active » puisque ces actions

sont encadrées par les engagements pris avec l'État dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion. (...)

*RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES ORGANISMES
RÉGIONAUX DE SANTÉ (FNORS)*

La FNORS n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

Chapitre XII

Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser

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

Le modèle de tarification des activités hospitalières est construit sur une logique de coût de prise en charge. Les urgences font l'objet d'un financement forfaitaire auquel, s'ajoute le paiement à l'acte pour les médecins libéraux intervenant dans les services d'urgences des établissements privés.

Si le suivi du financement forfaitaire des services d'urgences des établissements privés est aisé, les bases de données ne permettent pas de distinguer si les actes, rémunérés sous forme d'honoraires, sont effectués dans le cadre d'une activité d'urgence.

Seule la modélisation du parcours du patient permettrait d'évaluer le coût moyen des prises en charge aux urgences tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

RÉPONSE DE L'INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE (INVS)

Le projet que vous m'avez transmis n'appelle pas d'observation de fond.

RÉPONSE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS

Je partage les constats formulés par la Cour des comptes dans les paragraphes II B et III C du Chapitre XII.

Il me paraît toutefois opportun de les compléter par des éléments de la stratégie de l'AP-HP qui affiche un changement de doctrine en matière d'amélioration des urgences, axe fort de son prochain plan stratégique 2015-2019. Bien entendu, l'AP-HP s'inscrit résolument dans la démarche

nationale d'amélioration des urgences arrêtée par la Ministre des affaires sociales et de la santé.

L'organisation des urgences de l'AP-HP représente en effet un enjeu considérable. Les structures d'urgences se composent de 4 SAMU Centre 15, 12 SMUR et 25 SAU dont 8 pédiatriques. Ces services d'urgences ont enregistré 1,1 million de passages en 2013 (70 % adultes et 30 % pédiatrie), activité en progression de + 2,1 % par an depuis 2004. 20 % des patients reçus aux urgences seront hospitalisés. Les SAU engendrent ainsi autour d'un tiers des hospitalisations complètes en MCO de l'AP-HP, ce qui représente la plus grande partie des hospitalisations non programmées.

Constatant d'une part, que le besoin de soins d'urgence n'a jamais été aussi fort en raison de l'importance des urgences dans le quotidien de santé des Franciliens au-delà de la prise en charge des urgences vitales, et d'autre part, que la gestion des flux très importants de patients génère des délais d'attente trop élevés, l'AP-HP s'est fixé comme objectif d'améliorer la qualité du service rendu aux patients et a décidé d'agir simultanément sur l'ensemble des leviers : en amont des urgences, au sein même des services d'urgence et en aval des urgences.

À cet effet, sept engagements et quarante mesures ont été pris, notamment la diminution significative et observable par tous du temps d'attente aux urgences : l'objectif est de diviser par deux le temps moyen d'attente aux urgences, aujourd'hui proche de 4 heures pour les adultes et de 2h25 pour les enfants ; il s'agit aussi de mettre fin aux attentes supérieures à 4 heures pour des patients qui n'ont pas à être hospitalisés (patients qui attendent plus de 4 heures = moins de 5 % pour les adultes et moins de 3 % pour les enfants). Dans cet esprit, les conditions de prise en charge des patients vont être diversifiées et mieux adaptées à leurs besoins spécifiques : en généralisant les filières rapides ou « fast track » pour les patients ayant besoin d'un avis médical rapide ; en renforçant la présence des psychiatres dans les services d'urgence ; en améliorant les liens avec la prise en charge sociale. De plus, sera renforcée la fluidité avec l'aval des urgences, en augmentant la capacité à hospitaliser rapidement les patients dans la bonne filière et en se coordonnant mieux avec les établissements médico-sociaux.

Ces engagements seront mis en œuvre d'ici l'hiver 2014-2015 ; pour déployer ces mesures, avec le soutien de la Ville de Paris, l'AP-HP prévoit de consacrer 40 millions d'euros aux investissements nécessaires sur la période du plan stratégique.

L'Hôtel-Dieu se voit assigner une place nouvelle dans le nouveau schéma des urgences de l'AP-HP afin de répondre aux Parisiens qui ont besoin rapidement d'un avis ou d'une consultation médicale et qui, aujourd'hui, se rendent dans les services d'urgence. L'Hôtel-Dieu leur garantira une prise en charge plus rapide avec des médecins urgentistes, des généralistes et des spécialistes et contribuera ainsi à diminuer la pression sur les autres services d'urgence.

Son plateau technique en imagerie (IRM, scanner, radiologie conventionnelle), avec de larges plages d'ouverture et des tarifs exclusivement en secteur 1 sans dépassement, pourra être à la disposition des patients ayant recours directement à l'Hôtel-Dieu, ou adressés par l'un des services de l'AP-HP ou par les médecins de ville. L'Hôtel-Dieu sera organisé pour répondre à des urgences en psychiatrie (mieux orienter les patients présentant des troubles, bien prendre en compte les difficultés des patients en situation de précarité).

Lorsqu'un dispositif de régulation aura été contractualisé entre la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) et le SAMU, il sera proposé un accès « régulé » aux patients adressés par les ambulances ou les véhicules de la BSPP, lorsqu'ils relèvent des services disponibles à l'Hôtel-Dieu.

Un lien de complémentarité avec le service d'urgences de Cochin sera conservé, avec une liaison dédiée entre les deux sites.

L'AP-HP s'engage à publier un bilan annuel sur les conditions d'accueil aux urgences.

RÉPONSE DU GROUPE HOSPITALIER PARIS SAINT-JOSEPH

Je ne souhaite pas apporter de réponse à ce projet de rapport qui relate bien la réalité du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph.

Chapitre XIII

L'assurance maternité : une place à clarifier

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

Concernant l'accélération de la baisse de la DMS que la Cour appelle de ses vœux, la CNAMTS a indiqué qu'un objectif de passage de 4,2 à 3 jours pourrait être atteint progressivement sur cinq ans (avec un point d'étape à 3,5 jours en 2017).

Cette évolution n'implique pas nécessairement de restructuration du tissu des maternités, au sens d'une concentration des établissements : celle-ci a d'ailleurs été déjà largement opérée. Elle n'impacte pas non plus le dimensionnement des blocs obstétricaux, le nombre d'accouchements étant globalement stable. Elle suppose, en revanche, un ajustement des organisations en aval des blocs, en ville comme à l'hôpital. La condition préalable à un raccourcissement des durées de séjour à la maternité est l'assurance donnée aux femmes d'une continuité du suivi lorsqu'elles reviennent à leur domicile avec leur enfant.

Ces évolutions vont dans le sens de la volonté de la stratégie nationale de santé de développer les prises en charge en ambulatoire et en ville

lorsqu'elles sont possibles et du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) mis en place par l'assurance maladie.

Concernant l'intérêt économique du PRADO, la CNAMTS partage l'avis de Cour. Elle a d'ailleurs déjà indiqué à la Cour qu'il serait souhaitable que la diminution de la DMS s'accompagne en contrepartie d'un ajustement des tarifs du GHS qui apparaît comme nécessaire pour en tirer les conséquences financières.

Elle partage également l'avis de la Cour sur le fait que « le programme PRADO doit viser beaucoup plus nettement à une accélération de la diminution de la DMS tout en garantissant la santé des femmes et des nouveau-nés ». Dans le cadre du rapport « charges et produits pour 2015 », elle a indiqué sa volonté d'étendre le PRADO aux sorties précoces de maternité. Cette extension implique une coordination plus étroite entre les différents intervenants. C'est pourquoi, elle s'accompagnera d'une organisation adaptée prévoyant également la réalisation par les sages-femmes des tests de dépistages néo-nataux actuellement effectués par les établissements dans les jours qui suivent l'accouchement ainsi que la surveillance du risque d'ictère.

Enfin, concernant les séances de préparation à la naissance, dans une volonté partagée avec la Cour de recherche d'une bonne gestion des ressources de l'Assurance Maladie, une réflexion sera entamée au regard des besoins avérés en suivi post-natal, dans l'objectif de privilégier à minima la préparation de la sortie dans le cadre de ces séances.

*RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DU RÉGIME SOCIAL DES
INDÉPENDANTS (CNRSI)*

Le projet d'extrait du RALFSS sur ce domaine n'appelle aucun commentaire de la part du RSI.

*RÉPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE
AGRICOLE (CCMSA)*

La CCMSA n'a pas d'observation à formuler sur ce chapitre.

Chapitre XIV

Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire

RÉPONSE DU CENTRE NATIONAL DE GESTION DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET DES PERSONNELS DE DIRECTION DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE (CNG)

La CNG n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

RÉPONSE DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)

L'ATIH n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER ALÈS-CÉVENNES

Nous n'apportons pas d'élément de réponse supplémentaire sauf à préciser que tous les contrats médicaux ont toujours été soumis pour validation à l'ARS.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER D'ARGENTEUIL

Je vous informe que je n'ai pas d'observation à faire sur l'extrait du projet de rapport pour lequel vous m'avez saisi.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE CARCASSONNE

L'affirmation selon laquelle : « Le recours aux agences d'intérim s'effectue la plupart du temps sans mise en concurrence (CH de....., Carcassonne, CHU de) » n'intègre pas le contexte du recours à l'intérim et ne reflète pas la pratique de l'établissement en la matière :

1.1 Le contexte du recours à l'intérim

On notera tout d'abord que le recours à l'intérim du Centre Hospitalier de Carcassonne est tout à fait exceptionnel et repose sur des situations par définition imprévisibles.

En effet, le recours à l'intérim n'est pas systématique, mais répond à des absences inopinées mettant gravement en péril la continuité du service public et, par voie de conséquence, la sécurité des soins apportés aux patients.

Par ailleurs, les dépenses engagées à cet effet sont à chaque fois de très faible montant, inférieur au seuil de 4 000 €.

Il s'agit d'un recours exceptionnel à l'intérim. L'établissement devant agir dans l'urgence et non de façon systématique a privilégié, en accord avec sa mission : la sécurité sanitaire des patients.

1.2. Malgré l'urgence de la décision, le Centre Hospitalier a bien procédé « la plupart du temps » à une mise en concurrence :

Chaque fois que cela est possible, le Centre Hospitalier de Carcassonne a demandé plusieurs devis tant pour le Personnel Médical que Non Médical.

1.2.1. Pour le Personnel Médical :

Un devis a été transmis au Centre Hospitalier par la société Arc-intérim, en date du 13 août 2009, indiquant le coût de la prestation pour un praticien urgentiste à 1 850 € HT pour une mission de 24 heures.

Dans le même temps, la société d'intérim Médic-services a été contactée.

Le coût de la prestation proposée par Médic-services était fixé à 1 500 € HT pour une même mission de 24 heures.

C'est avec cette société moins disante de 350 € HT par 24 heures que le contrat a été passé comme en atteste les pièces jointes (devis et contrat).

Par la suite, un rabais a été négocié dès lors que l'absentéisme des urgentistes s'est reproduit. Ainsi, le coût de la prestation est passé de 1 500 € à 1 475 € puis 1 450 € HT par 24 heures à partir d'avril 2010.

1.2.2 Pour le Personnel Non Médical :

Dans ce domaine, le recours à l'intérim est encore plus exceptionnel au Centre hospitalier de Carcassonne.

En cas de recours exceptionnel à l'intérim, la Direction des Ressources Humaines du Centre Hospitalier demande plusieurs devis à plusieurs agences de travail temporaire (par exemple ADDECO, Appel Médical ...) comme en atteste les pièces jointes. Il est ensuite procédé au choix du prestataire en fonction du prix demandé et de l'adéquation entre l'offre et le besoin exprimé.

Les pièces jointes démontrent non seulement une vraie mise en concurrence mais aussi un coût total, qui, si on le compare avec le coût moyen mensuel brut toutes charges comprises d'une IDE titulaire (3 950 €, auxquels il faut ajouter des coûts indirects : gestion de la paye, gestion des congés, établissement de contrats ...) n'est pas disproportionné du tout.

Enfin, tant pour le Personnel Médical que Non Médical, il est procédé à une évaluation *a posteriori* qui permet de choisir non seulement le moins disant mais le mieux disant en fonction de la qualité des intervenants retenus par la société d'intérim.

En conséquence, le projet de rapport devrait être modifié afin d'intégrer le fait que le Centre Hospitalier a bien recours à l'intérim après mise en concurrence dans la plupart des cas et a fait le choix du mieux disant.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE CASTRES-MAZAMET

Dans le Chapitre II - C Une gestion insuffisamment efficiente - 1 Des pratiques peu rigoureuses ; la Cour relève « une pratique généreuse de l'avancement intermédiaire. La durée maximale d'avancement est fréquemment remplacée par une durée intermédiaire, non prévue statutairement et néanmoins appliquée à plus de la moitié des agents dans certains établissements ... »

Il convient tout d'abord de noter que la réglementation permet à chaque établissement hospitalier d'adopter des grilles d'avancement à la durée intermédiaire.

La question qui se pose consiste donc en l'occurrence à déterminer à la fois le coût de cette mesure interne mais également son caractère éventuellement excessif eu égard aux pratiques - toujours légales - en vigueur dans d'autres établissements hospitaliers voire aux pratiques des commissions départementales.

En moyenne, le coût de ces avancements à la durée intermédiaire se situe autour de 150 000 € tous budgets confondus pour l'établissement.

Ainsi, pour les dernières Commissions Paritaires dont nous disposons, celles relatives à l'année 2013, le coût pour l'ensemble du CHIC Castres-Mazamet des avancements à la durée intermédiaire s'élève à 142 059 €.

A ce stade de notre analyse, une comparaison avec d'autres durées d'avancement est nécessaire pour affiner notre regard sur la situation.

Afin de vérifier si nos grilles d'avancement à la durée intermédiaire accordent des avantages excessifs à nos collaborateurs, nous avons récupéré la grille utilisée par le département de la Haute-Garonne au niveau des Commissions Administratives Paritaires Départementales qui historiquement étaient gérées par les Autorités de tutelle.

En appliquant la grille d'avancement à la durée intermédiaire en vigueur au niveau des CAPD de la Haute-Garonne à nos Commissions Paritaires de l'année 2013, nous enregistrons un coût pour les avancements à la durée intermédiaire de l'ordre de 145 931 € légèrement donc supérieur de quelques 3 800 € au coût que nous avons enregistré avec nos propres grilles.

Ainsi, si l'on peut effectivement dire que le CHIC Castres-Mazamet accorde à ses collaborateurs des avancements à la durée intermédiaire qui ne constituent pas une obligation légale - mais qui ne constituent pas pour autant un avantage indu puisque ces avancements sont possibles au titre de la réglementation - on se doit également de constater que le niveau effectif de cet avantage reste très comparable aux pratiques validées par les

commissions départementales de Haute-Garonne, et donc ne saurait être en aucune manière qualifié d'excessif.

La question est ainsi, à notre sens, non pas de pointer cette pratique de façon isolée, établissement par établissement, mais de la resituer dans un contexte plus général d'harmonisation des pratiques en la matière (y compris pour les commissions départementales) et de gestion des accords locaux, dont la réflexion serait certainement à rapprocher de l'échelon régional.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS

Je n'ai aucune remarque à formuler.

*RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL HÔPITAUX
DU LÉMAN*

Je vous informe que je ne souhaite pas apporter de réponse à ce projet.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE MENDE

Le centre hospitalier de Mende n'a pas d'observations à formuler.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTLUÇON

Le service de gynéco-obstétrique fonctionne avec 2,8 ETP praticiens hospitaliers :

- une à vocation « gynécologie médicale » n'assure pas les gardes obstétricales ;
- la plus âgées (61 ans) a les compétences obstétricales requises ;
- seule une PH (59 ans) a les compétences obstétricales et chirurgicales.

Une praticienne attachée-associée travaille dans le service et assure également la garde obstétricale mais doit être doublée par une sénior, tant qu'elle n'est pas inscrite à l'ordre des médecins.

Une praticienne hospitalière contractuelle est recrutée en septembre 2014 et un praticien hospitalier est recruté pour 1 an, à compter de novembre 2014 puis retour au CHU de Clermont-Ferrand.

*RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE DE
NÎMES*

Le CHRU de Nîmes n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS

Je me permets simplement d'apporter une précision en indiquant que, dès 2014, nous sommes désormais en mesure de réaliser une mise en concurrence des agences d'intérim.

*RÉPONSE DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE
ÉTIENNE GOURMELEN (QUIMPER)*

Conformément aux termes de votre envoi, il m'appartient de vous informer que je ne souhaite pas apporter de réponse au projet de rapport tel que transmis.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-BRIEUC

Le système d'avancement à la durée intermédiaire existe dans la quasi-totalité des Établissements Hospitaliers depuis plus de cinquante ans ; de même que dans la Fonction Publique d'État et dans la Fonction Publique Territoriale.

Les administrations de l'État chargées de l'organisation des Commissions Administratives Paritaires Départementales n'y ont d'ailleurs jamais trouvé à redire. Il n'y a donc pas lieu de citer le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, sauf à citer à peu près tous les Établissements Hospitaliers de France.

La considération selon laquelle les pratiques privent l'encadrement d'un outil de management... n'est pas démontrée. Bien au contraire, l'octroi d'une réduction intermédiaire fondée sur la note était une forme de reconnaissance du mérite professionnel. Celle-ci disparaîtrait donc au profit d'un avancement à caractère automatique.

RÉPONSE DU HOSPITALIER DE SAINT-CYR-AU-MONT-D'OR

Je vous informe que nous ne souhaitons pas apporter de réponse au rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2014.

Chapitre XV

Les dépenses de personnel des cliniques privées : une charge pour l'assurance maladie à mieux connaître

*RÉPONSE COMMUNE DE LA FEDERATION DE L'HOSPITALISATION
PRIVEE (FHP) ET DE LA FEDERATION HOSPITALIERE PRIVEE –
MEDECINE CHIRURGIE OBSTETRIQUE (FHP-MCO)*

Vous abordez le sujet des dépenses de personnel des cliniques privées dans le but d'estimer leur volume pour le secteur et d'en apprécier les spécificités en comparaison des autres types d'établissements de santé.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à notre secteur et des analyses que vous menez pour améliorer l'efficacité du système de santé.

Sur le document transmis, au-delà de l'extrait pour lequel je vous formulerai quelques remarques ci-après, j'aurais souhaité que vous me communiquiez l'ensemble du projet afin de vous apporter une réponse plus complète sur un sujet d'une telle importance. En effet, les dépenses de personnel constituent non seulement le premier poste de charges (44,1 % de la masse salariale en 2012) des établissements de santé privés mais également un enjeu majeur pour l'organisation et la qualité des soins délivrés aux patients dans un contexte social difficile.

Pour ce qui concerne les commentaires de la FHP et de la FHP-MCO sur le projet de rapport, la première porte sur le paragraphe suivant : « Représentant 15 % des emplois salariés, les personnels administratifs apparaissent, rapportés au nombre de lits et de places, moins nombreux que constaté dans le secteur public. Cet indicateur ne tient cependant pas compte de l'externalisation par certaines cliniques de diverses activités administratives, non quantifiable ».

L'externalisation, certes plus largement utilisée dans le secteur privé, ne peut expliquer qu'à la marge les différences constatées : il y a 3 fois plus de secrétaires médicaux par lits et places dans le public et 2 fois plus d'administratifs sans fonction d'encadrement (Source : SAE 2012).

Sur l'analyse des coûts de personnel réalisée notamment, une deuxième remarque porte sur le paragraphe suivant : « Une étude réalisée par le cabinet Aumeras à la demande du ministère de la santé en 2010 conclut à un coût global du travail dans le secteur à but lucratif inférieur à celui du secteur public ».

Il convient de rappeler également que le coût global est inférieur malgré une fiscalité particulièrement désavantageuse : pour un salaire net de 1 000 €, le secteur privé verse 2 020 € et le secteur public 1 900 €. Cette question de la fiscalité n'est pas anecdotique car elle impacte fortement les charges des établissements de santé (la FHP évalue le surcoût à 170 M€) et par conséquent l'organisation.

Enfin, vous regrettez le refus de participer des établissements que vous avez contactés mais je ne trouve pas trace de l'exemple du Groupe Bordeaux Nord Aquitaine sur la politique d'externalisation des fonctions logistiques, la restauration en l'occurrence ici.

RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE (FHF)

Cet extrait appelle de notre part plusieurs remarques.

Tout d'abord, concernant les effectifs, il apparaît nécessaire préalablement à toute comparaison public-privé de rappeler les spécificités de chaque secteur. Nombre d'activités sont en effet sous-traitées par les cliniques (entretien des locaux, restauration...). Les plateaux médicotechniques sont également souvent gérés par une autre société installée dans la clinique, ce qui explique le faible taux de personnel médicotechnique. Enfin, il convient d'intégrer dans le calcul des ratios d'encadrement soignant les personnels de rééducation, gérés dans le public par les cadres de santé.

Au-delà de ces réserves, les ratios affichés ne révèlent-ils pas une déqualification de certaines tâches soignantes dans le privé, des actes aides-soignants pouvant être réalisés par des agents de service hospitalier (ASH) dans les cliniques ? L'analyse des structures d'effectifs menée par la mission T2A en 2010 avait déjà mis en évidence des différences entre secteurs trouvant leur sens dans l'obligation faite au secteur public de recruter des professionnels diplômés.

Concernant l'analyse du coût du travail, et notamment des charges sociales, le Rapport Aumeras, cité dans le Rapport Annuel, rappelait dès 2010 la nécessité d'intégrer dans le calcul du coût du travail le poids de la protection sociale et de la prévoyance. Si le secteur privé présente certes des taux de cotisations minimales obligatoires (55 %) supérieures au secteur public (51 %), le coût réel du travail du secteur hospitalier public demeure plus important de par le poids du maintien du salaire en cas d'absence pour raisons de santé. Dans le secteur privé, la prévoyance est la garantie souscrite par l'entreprise afin de compléter les prestations servies par la Sécurité Sociale. Elle varie entre 2,4 et 2,9 %, réparties entre 60 % employeur et 40 % salarié. Cette cotisation fait en outre l'objet d'exonérations fiscales. Dans la fonction publique hospitalière, lorsqu'un agent est arrêté pour raison médicale, son salaire est maintenu dans son intégralité. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a estimé le taux de charges supplémentaires liées à l'absentéisme et pouvant être mis en parallèle avec les cotisations prévoyance du secteur privé à 8,07 %. En intégrant le maintien des salaires

des professionnels absents pour raison de santé, le taux de charges patronales est de 59 % des salaires bruts dans le secteur public pour 57 % dans le secteur privé.

La gestion « internalisée » de la protection sociale reporte de même des charges sur le secteur public non présentes dans le secteur privé. C'est notamment le cas de l'élaboration des dossiers retraites, réalisée par les hôpitaux publics, sans financement de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRCAL).

Il est par ailleurs nécessaire de noter que les médecins sont salariés à l'hôpital, ce qui génère des charges sociales supplémentaires, inexistantes dans le secteur privé où ils sont généralement associés.

Les règles de gestion du temps de travail viennent enfin majorer le coût du travail dans la fonction publique hospitalière (FPH). Les quotités de travail de 80 et 90 % sont en effet rémunérées respectivement 6/7^{ème} (85,7 %) et 32/35^{ème} (91,4 %), qu'il s'agisse de temps partiel sur autorisation ou de temps partiel de droit. Le maintien des droits à réduction du temps de travail (RTT) pour les congés maternité, la gestion du compte épargne temps (CET) propre aux établissements publics, les 32h de nuit, la réglementation relative au repos de sécurité pour les médecins expliquent qu'à structure d'effectifs identique, le coût du travail est comparativement plus lourd dans le secteur public. Ce différentiel tend aujourd'hui à s'accroître du fait des dernières mesures de revalorisation. À titre d'exemple, l'augmentation du taux de cotisation CNRACL de 27,3 % à 30,45 % entre 2007 et 2015, représente une évolution estimée à 422M euros.

Si l'analyse de la masse salariale des structures privées est certes complexe, l'analyse de leur financement, conjuguant tarifs et honoraires, n'en est pas moins aisée. Suite au CICE, les tarifs des cliniques ont été partiellement revus. L'avantage demeure cependant très significatif, notamment du fait de leur maintien pour les sociétés d'imagerie et de laboratoire. Par ailleurs, dans le cadre conventionnel, l'Assurance Maladie participe au financement des charges sociales des médecins pour la partie de leur activité réalisée en secteur 1, ainsi qu'au financement des assurances en responsabilité civile médicale.

La comparaison entre les secteurs commerciaux et les secteurs public et privé non lucratif ne pouvant plus faire l'objet d'interprétations divergentes, nous appelons donc de nos vœux la réalisation d'une étude comparative actualisée, obéissant à une méthodologie partagée, et intégrant, en miroir à l'analyse du coût du travail, l'analyse des financements.

Enfin, la FHF aurait souhaité être de la même façon destinataire des chapitres du Rapport Annuel consacrés à l'hospitalisation publique.

CINQUIÈME PARTIE – LES RETRAITES DES INDÉPENDANTS : LA NÉCESSITÉ D’UN EFFORT CONTRIBUTIF ACCRU

Chapitre XVI

Les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (CNRSI)

La Cour souligne la situation et les perspectives financières contrastées des régimes de retraite de base des artisans et commerçants, qui bénéficient, en tant que régime aligné, d'un équilibrage automatique par des ressources externes en complément de l'effort contributif des cotisants, et celui de leur régime unifié de retraite complémentaire dont la Cour note à juste titre les perspectives favorables d'équilibre qui, sous le pilotage des gestionnaires du régime, incombe entièrement aux cotisants.

S'agissant des régimes de base, comme la Cour le souligne, le besoin du financement ira grandissant dans les années à venir en raison d'un rapport démographique qui se dégrade, accentué par le faible apport contributif du sous-ensemble croissant des cotisants affiliés sous le régime de l'auto-entrepreneuriat (et demain du régime simplifié créé par la loi du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises). A cet égard, en l'absence, aujourd'hui pour les auto-entrepreneurs en-dessous d'un revenu annuel équivalent à 200 heures de SMIC (ramené prochainement à 150 heures) et demain pour tous les cotisants relevant du régime simplifié, de toute compensation du non paiement des cotisations minimales au titre de la retraite que versent pour leur part les artisans et commerçants qui cotisent dans le cadre du régime classique, il faut relever :

- l'inadéquation des modalités de calcul de la compensation démographique, comme le fait la Cour,
- le manque à gagner instantané pour le régime dans le cadre d'un financement par répartition,
- mais aussi la problématique future des très faibles pensions qui seront versées à ces assurés ayant cotisé dans le cadre du régime de l'auto-entrepreneuriat.

S'agissant des comparaisons des efforts contributifs entre les salariés d'un côté, et les artisans et les commerçants de l'autre, il faut souligner que l'analyse ne peut s'en tenir à la seule comparaison des barèmes de taux de cotisation. Il faudrait approfondir cette analyse pour tenir compte des différences des assiettes, salaire brut d'un côté, revenu net fiscal corrigé de l'autre ; prendre en compte, s'agissant des barèmes, que le taux de la

cotisation retraite déplafonnée applicable pour la part des revenus dépassant le plafond de la sécurité sociale passera de 0,2 % en 2014 à 0,4 % en 2016 ; et surtout, s'agissant des assiettes, que l'effort contributif demandé aux travailleurs indépendants a été fortement augmenté à compter de 2013 par :

- la suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnels de l'assiette sociale en 2013 ;
- l'intégration des dividendes dans l'assiette sociale pour les versements supérieurs à 10 % du capital social ; l'assiette sociale supplémentaire générée par cette mesure est de l'ordre de 740 M€ en 2013 correspondant à des cotisations supplémentaires à hauteur de 170 M€ tous risques confondus dont 22,2 ME pour le risque vieillesse. Cette intégration des dividendes dans l'assiette sociale ne concerne aujourd'hui que les gérants majoritaires relevant du RSI. Les administrateurs nationaux du RSI proposent par souci d'équité que cette mesure soit également appliquée aux dividendes distribués aux présidents des SAS et aux gérants minoritaires qui relèvent du régime général.

Il faut noter enfin que l'année 2013 a été marquée par le déplafonnement complet des cotisations maladie dues par les travailleurs indépendants, accentuant l'effort contributif global des travailleurs indépendants à leur couverture sociale.

Au total, au titre des mesures 2013, l'impact sur l'évolution des cotisations sociales des artisans et commerçants tous risques confondus a été d'environ 660 M€ dont 120 M€ pour le risque vieillesse de base. Par ailleurs, pour 2014, l'augmentation du taux de cotisation retraite (concomitante à la baisse du taux de cotisation famille) a un impact sur le risque retraite estimé à 64 M€. Ce qui porte l'effort contributif supplémentaire des artisans et commerçants sur le risque vieillesse pour ces deux dernières années à 184 M€.

S'agissant de la qualité de la gestion, la Cour note les efforts de redressement concernant les outils informatiques. Ils ont été considérables et ont dû être menés dans des délais très courts.

Depuis la mise en œuvre de l'ISU en 2008, le RSI ne disposait plus dans son propre système d'information des données exactes issues des cotisations versées par les travailleurs indépendants nécessaires à la liquidation des retraites. Cette situation inédite pour un régime de retraite avait perduré jusqu'en 2011. Le chantier, capital pour le régime, de récupération de données fiables a été identifié comme prioritaire à l'automne 2011. Extrêmement lourd (plus de 150 heures de traitement en temps machine entre les 22 et 28 décembre 2013 pour la seule récupération des données de cotisations pour les années 2008-2013 avant leur transformation en données de carrière) s'est achevé au printemps 2014. Il permet désormais d'automatiser largement au sein des caisses régionales l'activité essentielle de fiabilisation de la carrière, préalable à la liquidation de la retraite.

Par ailleurs, l'ouverture, saluée par la Cour, du nouveau régime de retraite complémentaire des indépendants (le « RCI ») le 1^{er} janvier 2013 a rendu impérative une évolution majeure du système informatique de gestion des pensions (liquidation des nouvelles pensions et paiement mensuel des pensions). Ce chantier informatique très lourd et très risqué (migration des données de pension relatives à plus de deux millions de personnes déjà pensionnées) a du être conduit dans des délais extrêmement courts pour un projet de cette ampleur (moins de deux ans), comprenant outre la migration des données, la mise à niveau réglementaire (certaines règles de gestion n'étant plus à jour dans les applications informatiques anciennes depuis plusieurs années, les gestionnaires devaient effectuer des calculs manuels), la refonte intégrale des interfaces applicatives, l'implémentation des nouvelles règles du régime complémentaire.

Le nouvel applicatif ASUR de liquidation des retraites a été déployé mi-mai 2013, avec un périmètre fonctionnel permettant dès sa première année d'exploitation de liquider un nombre de pensions supérieur à celui liquidé l'année précédente avec les anciens applicatifs. Des versions successives ont été déployées dans les mois suivants afin de compléter le périmètre fonctionnel nécessaire à la liquidation de certaines situations spécifiques. Pour les assurés concernés, des instructions ont été données au réseau pour procéder à des avances sur pensions. Les stocks de dossiers restant à liquider sont redevenus normaux dès le premier semestre 2014 dans un certain nombre de caisses ; c'est l'objectif fixé pour l'ensemble des caisses à la fin de l'année 2014, en dépit de la forte augmentation des demandes de liquidation de droits à la retraite constatées depuis dix-huit mois.

Au vu de l'expérience acquise au titre des deux chantiers informatiques (ASUR et récupération des données de carrière), la caisse nationale du RSI partage absolument l'avis de la Cour sur la nécessité d'anticiper dès 2014 les évolutions techniques nécessaires à la mise en œuvre de la liquidation et du paiement unique des retraites de base pour les trois régimes alignés (salariés du régime général et de la MSA et artisans-commerçants). C'est de manière constante le message porté dans les instances inter-régimes et vis-à-vis de la tutelle : ces évolutions doivent être prises en compte comme un projet à part entière et prioritaire, nonobstant le fait qu'il vienne s'ajouter ou perturber d'autres projets plus anciens.

En outre, la perspective de la liquidation unique pour les trois régimes alignés n'implique pas, pour le RSI, la fusion préalable des deux régimes de base artisans et commerçants ; au contraire, elle permettra, en « l'enjambant », de faire l'économie de ce chantier spécifique, la liquidation d'une double carrière artisans-commerçants pouvant s'effectuer sur la base de données de carrière unifiées dans le cadre du calcul entre régimes alignés. C'est la raison pour laquelle les actions relatives à la préparation de la fusion des régimes de base artisans et commerçants pourtant prévues par la COG du

RSI n'ont pas été conduites, compte tenu des nouvelles orientations fixées postérieurement par la loi du 20 janvier 2014.

Par ailleurs, comme le souligne la Cour, le RSI s'est doté de règles de gestion des réserves financières du régime complémentaire rigoureuses et faisant appel à des conseils externes pour définir sa stratégie et effectuer un contrôle externe. La caisse nationale du RSI est bien évidemment favorable à la recommandation de la Cour proposant un audit externe des modalités de gestion des réserves dans le cadre de la préparation de la future COG.

Enfin, la caisse nationale du RSI regrette que la Cour n'ait pas retenu dans ses recommandations la proposition faite constamment depuis trois ans par le régime de supprimer le mécanisme peu lisible, lourd et complexe en gestion, introduit au moment de la création de l'interlocuteur social unique, qui oblige les gestionnaires à solliciter auprès des anciens travailleurs indépendants actifs dans les semaines qui suivent la radiation de leur activité une déclaration de revenu pour permettre un recalcul a posteriori des cotisations provisionnelles. Ce mécanisme, mal compris, contribue à entretenir une image dégradée en termes de qualité de service ; il est devenu le principal contributeur à l'augmentation des restes à recouvrer et des taxations d'office. Sa suppression serait une réelle simplification pour les assurés, sans effet sur les droits à la retraite pour les assurés terminant leur activité professionnelle, porteuses d'économie de gestion et aurait un effet légèrement favorable pour les équilibres financiers du régime.

SIXIÈME PARTIE – DES PROGRÈS INDISPENSABLES DANS LA GESTION DE LA SÉCURITE SOCIALE

Chapitre XVII

Le réseau du régime social des indépendants : une réorganisation à achever

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (CNRSI)

La caisse nationale du RSI tient à marquer son engagement ancien et durable à rechercher à travers le réseau des caisses régionales plus d'efficacité pour fournir aux assurés du régime les services qu'ils attendent au moindre coût de gestion. C'est le sens constant de l'action des administrateurs élus par leurs pairs au sein des instances du régime, comme au sein des régimes antérieurs qui ont toujours été gérés dans un cadre budgétaire strict et rigoureux, voire malthusien, les organismes dont sont

issues les caisses régionales actuelles du RSI étant de petits organismes de quelques dizaines d'agents.

La caisse nationale du RSI est consciente des efforts demandés à l'ensemble des services publics et en particulier aux caisses de sécurité sociale. Elle prendra sa part des efforts demandés dans le cadre de la programmation du retour à l'équilibre de la sécurité sociale d'ici 2017.

À cet égard, elle regrette fortement les formulations ou les raisonnements sous-tendant certaines observations de la Cour qui pourraient laisser croire que les gestionnaires du régime n'ont pas constamment à l'esprit la nécessité de l'efficacité de gestion, qu'ils se seraient abrités derrière les difficultés majeures résultant des décisions hâtives prises il y a quelques années en matière de recouvrement pour relâcher leurs efforts dans le domaine de la gestion, et qu'il y aurait des gisements particulièrement importants de productivité au sein des organismes du régime. Cela est erroné.

D'abord, comme cela a été souligné à la Cour par des éléments qui mériteraient de figurer dans le corps du rapport, les caisses du régime et les organismes conventionnés pour le service des prestations maladie, mais aussi les URSSAF, ont du absorber à effectif inchangé voire réduit une très forte augmentation d'activité (affiliation / radiation / recouvrement / versement des prestations maladie) en raison de l'exceptionnelle dynamique d'augmentation de la population couverte : les effectifs d'assurés actifs ont augmenté de 50 % entre fin 2008 et fin 2013 (passage de 1 875 000 à 2 800 000 cotisants) en raison principalement de l'engouement pour le régime de l'auto-entreprise. Le coût de gestion par ressortissant toutes charges comprises en euro courant a ainsi baissé de 17,10 % sur la période 2006 à 2013.

Ces éléments seraient à eux seuls de nature à justifier pourquoi les effectifs du régime n'ont pas évolué comme ceux des autres régimes, régime général ou MSA.

Mais, plus fondamentalement, il aurait été pertinent de procéder à des comparaisons, qui ne cherchent pas à justifier le présupposé de principe selon lequel il y aurait des sureffectifs importants au sein du RSI, égaux ou supérieurs à ceux que les efforts de gestion des autres régimes ont conduit à diminuer. Comparer, dans l'absolu, l'importance des réductions d'effectifs entre régimes, c'est partir de l'hypothèse, fautive s'agissant du RSI, que la situation initiale en termes de productivité est égale entre les régimes.

Pour s'en convaincre, il suffirait d'examiner le nombre d'assurés servis par agent pour chacun des régimes. On peut regretter que les données disponibles ne permettent pas de faire ce calcul pour le régime général envisagé comme un régime multi-risques (pour le faire, il faudrait pouvoir dénombrer sans double comptes les ressortissants des différentes branches du régime général). La comparaison n'a donc été faite que pour le RSI et la MSA, en corrigeant le fait que le RSI et ses organismes conventionnés ne servent pas les prestations famille ou AT-MP. Cette comparaison est sans

appel : en moyenne, un agent RSI (y compris les agents travaillant en organismes conventionnés) sert 711 bénéficiaires, contre seulement 438 bénéficiaires servis par agent de la MSA (le détail des calculs a été fourni à la Cour et à la Direction de la sécurité sociale).

Cette analyse n'a pas été faite par la Cour. En revanche, la caisse nationale du RSI conteste la pertinence des tableaux de coût par agent (graphique n°32 et surtout graphique n° 33 non soumis à un échange contradictoire préalable). Ces tableaux font certes ressortir un coût d'occupation par agent et un coût de gestion par agent sensiblement supérieurs pour le RSI à ceux des autres régimes.

Mais, s'agissant du coût d'occupation, il est la résultante des orientations fixées par la tutelle qui ont conduit le RSI à devoir majoritairement prendre à bail plutôt que les acheter ses locaux de service. Par ailleurs, la restructuration du RSI l'amène à avoir une structure d'ancienneté des immeubles de service dont il est propriétaire beaucoup plus récente que les autres régimes et en conséquence des dotations aux amortissements sans commune mesure avec ces régimes. Ces deux éléments privent de pertinence la comparaison.

Par ailleurs, penser démontrer l'importance des gains de productivité à dégager au sein du RSI par l'affichage d'un coût de gestion par agent, est une erreur d'analyse, que des échanges en amont auraient permis d'éviter. En effet, il est de notoriété publique que la faiblesse de ses moyens internes oblige le RSI à recourir à des achats de prestations externes, notamment mais pas uniquement dans le domaine informatique : au moins quatre fois plus que les autres régimes dans le domaine informatique et le double pour les autres domaines de gestion. (les données comparatives sont issues des travaux « benchmark », pilotés par la Direction de la Sécurité Sociale et réunissant l'ensemble des organismes de sécurité sociale). Le RSI a procédé au recalcul du coût de gestion par agent du RSI en corrigeant les effets liés à la structure de ses charges par un alignement sur celles des achats de prestations externes et des coûts d'occupation constatés en moyenne dans les autres régimes (ces travaux ont été transmis à la Cour et la Direction de la Sécurité sociale). Il ressort que le coût de gestion par agent du RSI passe de 95 160 € à 81 626 € ; il est ramené dans la moyenne de ceux des autres régimes, à peu près au niveau de celui de la CNAMTS (Cf tableau ci-dessous avec recalcul pour le RSI). Ces calculs ont été faits de manière conservatoire au détriment du RSI, puisque les ETP « réinternalisés » ont été calculés sur la base d'une clé 1 pour 1, alors que le coût d'un ETP interne notamment en informatique est sensiblement plus bas que celui d'un ETP externe et qu'en conséquence une clé de 1 pour 1,3 aurait été plus justifiée ; il n'a pas également été tenu compte de la déformation des coûts salariaux au détriment du RSI dans le domaine maladie-santé structurellement plus élevés qu'au régime général ou à la MSA, puisque les effectifs de back-office relèvent des organismes conventionnés alors que les activités de contrôle ou de supervision qui emploient du personnel plus qualifié relèvent des caisses régionales.

Organismes	Coût de gestion / agent
ACOSS	87 569 €
RSI	81 626 €
CNAMTS	81 345 €
CNAV	77 252 €
MSA	74 079 €
CNAF	73 011 €

En bref, dans une logique de pesée relative entre régimes des gains de productivité à réaliser, il faudrait privilégier l'analyse des ratios de bénéficiaires par agent ; les ratios de coûts par agent n'étant pas pertinents pour le RSI compte tenu du cas limite qu'il représente au regard du volume de prestations qu'il sous-traite, situation qui illustre d'ailleurs l'étroitesse de ses marges de manœuvre en terme d'effectifs internes.

Pour autant, et comme dit en propos liminaire, le RSI contribuera à l'effort collectif demandé au service public de la sécurité sociale. Il le fera en poursuivant et intensifiant l'effort d'organisation de ses activités, effort dont le principal objectif sera cependant d'améliorer la performance de gestion dans une logique de qualité de service.

Cette réorganisation interne est conduite en cohérence avec les évolutions de gestion demandée à l'ensemble des régimes. Elle vise en particulier à faciliter le travail avec les régimes partenaires dans le cadre des projets opérationnels, dont dépend la qualité du service rendu aux assurés du régime. L'objectif de ces projets dépassent la mutualisation, pour aller jusqu'à la coproduction. À cet égard, la caisse nationale du RSI tient à souligner le caractère novateur et extrêmement structurant pour le régime des deux projets majeurs que constituent :

- la création depuis 2013 avec les URSSAF d'un service commun et d'une gouvernance ad-hoc pour la gestion de l'interlocuteur social unique, permettant notamment une remise à plat des processus visant à éviter les redondances et les pertes de qualité,
- le projet d'organisation d'une liquidation unique des retraites pour les poly-actifs avec les CARSAT et les caisses de MSA.

S'agissant des réorganisations internes, il semble que les enquêteurs de la Cour n'aient pas pleinement perçu la portée des travaux menés dans le cadre du programme Optimo (« optimisation-mutualisation-organisation »), qui en moins de deux ans ont notamment permis :

- une stratégie de service et de relation clients offensive, mise en œuvre depuis l'été 2013 ;
- un inventaire précis des quelques mutualisations internes restant possibles, conduisant comme principale orientation à rassembler à partir de 2015 sur un seul site les activités de gestion du recours contre tiers et à tirer partie de la suppression des activités de

- recouvrement de la C3S sur le site de Valbonne pour y mutualiser des activités qui sont actuellement en cours de définition ;
- une externalisation complète de l'éditique de masse du régime auprès de l'ACOSS, la CNAMTS et la MSA mise en œuvre depuis début 2013, et la fermeture subséquente d'un site informatique de la caisse nationale ;
 - une stratégie de redéploiement des activités de recouvrement forcé, mise en œuvre depuis le début de l'année 2013, et qui sera poursuivie parallèlement au programme « Trajectoire RSI 2018 » évoqué ci-après ;
 - les travaux préalables au déploiement progressif à compter de mi-2014 d'un logiciel moderne, libre, de numérisation et de gestion des tâches, qui permettra notamment des transferts de gestion d'activité entre caisses et d'importantes économies de licences et de maintenance ;
 - les éléments d'un pilotage revisité des activités de production des caisses pour plus d'homogénéité de traitement, qui s'est traduit au printemps 2014 par une réorganisation de la caisse nationale, et qui sera un axe majeur de travail avec les caisses régionales dans le cadre de la réorganisation territoriale actuellement discutée au sein du régime ;
 - les travaux préalables à ce projet de réorganisation territoriale, baptisé Trajectoire RSI 2018. Ces travaux ont montré la nécessité d'accroître la taille des équipes de gestion des caisses pour mener leurs missions au service des assurés de façon plus performante, dans le respect des contraintes budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion.

Ce projet de réorganisation territoriale a été initié à l'automne 2013 par une proposition de la direction générale. Sous l'égide du président national, ce projet fait actuellement l'objet de débats entre les présidents des caisses régionales et les administrateurs nationaux du régime et devrait conduire d'ici la fin de cette année à des votes des conseils d'administration des caisses régionales sur une carte du réseau fortement resserrée. Ce programme aura pour but de faciliter les réorganisations et spécialisations internes et l'homogénéisation des différentes activités, gérées de manière trop inégales actuellement, en tirant partie de l'unité de commandement ainsi créée et des marges de manœuvre qui pourront être dégagées sur les fonctions support au bénéfice des missions au service direct des assurés.

Chapitre XVIII

Le recouvrement des cotisations sociales en Corse : une crédibilité à rétablir

RÉPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT

La Cour préconise de « restaurer le droit commun des cotisations sociales en Corse en mettant en œuvre avec détermination l'ensemble des voies de recouvrement forcé et en évitant tout nouveau plan de désendettement social ».

Afin de contribuer au désendettement social de l'agriculture corse, les pouvoirs publics ont mis en place trois dispositifs de désendettement successifs depuis 2001. En effet, la MSA de la région Corse présente d'importants restes à recouvrer de cotisations de sécurité sociale, pénalités et majorations de retard.

Le dernier plan mis en œuvre, en application de l'article 122 de la loi de finances rectificative pour 2005 du 30 décembre 2005, a permis essentiellement la résorption des petites dettes (< 10 000 €). En revanche, il n'a pas donné les résultats escomptés notamment pour les dettes d'un montant supérieur à 10 000 €.

Aussi, par lettre du 4 octobre 2013, les ministres chargés de l'économie et des finances, du budget, des affaires sociales, de l'intérieur et de l'agriculture ont confié à leurs inspections générales une mission d'expertise relative à l'amélioration des procédures de recouvrement des créances de la MSA de Corse.

Cette mission a préconisé une série de propositions adaptée aux moyens humains de la MSA de Corse ayant pour ambition de contribuer à la résorption de la dette sociale de manière efficace sans affecter de manière importante les finances publiques.

Le recouvrement des cotisations sociales est d'ordre public et s'impose à tous sans distinction. Pour cela il est important que la MSA puisse dans un premier temps définir une politique de recouvrement amiable puis dans un second temps qu'elle mette en œuvre des mesures d'exécution forcée pour améliorer les procédures de recouvrement dans le respect de la loi. Je ne peux donc que souscrire à cette recommandation formulée par la Cour.

Néanmoins, ces étapes ne sauront être valablement envisagées qu'après la résorption de certaines des dettes les plus anciennes, ce à quoi le Gouvernement travaille actuellement sur la base des conclusions de la mission des inspections générales.

S'agissant de la taille de la caisse de Corse et des difficultés qui y sont associées, la Cour préconise de mettre en œuvre des mutualisations d'activités avec d'autres caisses afin de renforcer des processus métiers et améliorer la qualité du service rendu.

Je partage cette orientation de la Cour. En effet, la caisse de Corse est fragilisée par une trop grande diversité de ses activités. Cette dernière entraîne des services trop fragmentés et d'une taille insuffisante pour faire face à des surcroûts d'activité ou à un épisode d'absentéisme.

Toutefois, les effectifs de la caisse de Corse doivent être maintenus constants, conformément aux engagements pris en 2010. Compte-tenu du cadrage des effectifs de la MSA par la COG, un effort supplémentaire de réduction d'effectif est donc demandé aux autres caisses du réseau. Un processus de mutualisation devra ainsi répondre à plusieurs exigences : maintenir la proximité avec les usagers et l'activité globale de la caisse. Dans un premier temps, la mutualisation de l'activité cotisations/recouvrement pourrait être envisagée avec une caisse du continent. En contrepartie, des missions nouvelles et de volume suffisant pourraient être confiées à la caisse de Corse qui permettraient en outre de développer l'expertise des agents.

Les négociations qui vont s'ouvrir pour la nouvelle COG seront l'occasion de faire évoluer cet aspect de la gestion du réseau des caisses de MSA.

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

- Sur l'URSSAF : des mutualisations qui ont partiellement compensé les handicaps de taille :

Au-delà des mutualisations évoquées, la gestion du réseau via notamment les différentes instances nationales [comme l'Instance Nationale de Recouvrement (INR)] contribuent au portage et à la diffusion de pratiques éprouvées et efficaces sur l'ensemble du territoire.

Les politiques sont formalisées au travers d'orientations stratégiques et de références de pratiques opposables au sein du réseau.

- Sur le recouvrement amiable accommodant :

La politique de recouvrement amiable mise en œuvre par l'Urssaf s'inscrit dans le cadre de la politique définie sur le plan national ; cette politique vise à privilégier les actions amiables et notamment les relances téléphoniques auprès des cotisants.

En parallèle, l'Urssaf concourt fortement à l'accompagnement des entreprises en difficulté en privilégiant l'octroi de délais de paiement sensiblement plus importants et d'une durée plus longue que ceux consentis sur le territoire. Le maintien d'un taux élevé de respect des délais tend à conforter le choix des options retenues.

- Sur le recouvrement contentieux manquant le plus souvent de détermination :

Les procédures pouvant être utilisées par l'Urssaf dans le cadre du recouvrement forcé sont limitées et conditionnées, dans tous les cas, à l'obtention d'un titre exécutoire : la contrainte ou le jugement du tribunal.

Ce n'est qu'à obtention de ce titre que les procédures de recouvrement forcé pourront être mises en œuvre.

Pour le réseau des Urssaf en général, et l'Urssaf de Corse en particuliers, cette mise en œuvre est déléguée aux huissiers de justice, officiers publics ministériels qui disposent de toutes les latitudes nécessaires à l'atteinte des objectifs de recouvrement.

Il est exact d'affirmer qu'en l'espèce, les Urssaf sont dépendantes de l'action des huissiers de justice au regard de l'enchaînement des procédures.

Ce cadre procédural contraint doit cependant pouvoir évoluer. C'est pourquoi, dans le cadre de l'INR et en lien avec la nouvelle Convention d'Objectifs et de Gestion, d'importants travaux nationaux ont d'ores et déjà été initiés et seront poursuivis sur le périmètre du recouvrement forcé.

Ces travaux concerneront notamment les procédures existantes mais également les différentes relations partenariales (huissiers de justice, tribunal de commerce et mandataires de justice).

La définition de nouvelles préconisations vise à renforcer la normalisation accrue des pratiques au sein du réseau.

- Sur les actions de contrôle à la portée inégale :

La Direction de la réglementation et du recouvrement et du service (DIRRES) a désigné, pour chaque région, des interlocuteurs privilégiés dans les domaines du contrôle et de la lutte contre la fraude. Le suivi des résultats de la Corse est assuré dans ce cadre. L'analyse de l'Acoss sur le niveau d'activité et de performance de l'Ur de la Corse peut ainsi être restituée.

Le niveau d'activité examiné sous l'angle du taux de couverture du fichier est en deçà des cibles fixés et des résultats nationaux.

En revanche, les socles TPE et GE sont respectés. Au cours de l'année 2013, la Corse a réalisé 5 contrôles de GE représentant plus de 45% des cotisations contrôlables de ce segment.

Ce choix peut expliquer la baisse du taux de couverture du fichier de 4.18 points par rapport à 2012.

Le taux de couverture par le contrôle sur pièces est également en retrait (2,16 % contre 3.08 % au national).

L'ensemble des indicateurs permettant d'analyser les résultats met en évidence la qualité du ciblage et des investigations. Seul le taux de redressement TPE apparaît en retrait par rapport à la cible avec une valeur à 5,35 % contre 6.25 % attendu. Cet écart à la cible mérite toutefois d'être largement relativisé par le rappel de la valeur nationale à 3.98 %.

Le niveau d'activité doit systématiquement être mis en lien avec le niveau des résultats.

En effet, l'analyse des données du contrôle sur une longue période permet d'observer la corrélation inverse entre le nombre de contrôles réalisés et les résultats du contrôle. L'accroissement de la performance dans la

sélection des entreprises à risque se matérialise par l'accroissement de la fréquence et du montant des régularisations opérées. Ce phénomène allonge la durée des contrôles et entraîne une diminution du volume de contrôles.

La très bonne performance de la Corse en matière de résultats influe donc sur son niveau d'activité.

Enfin la configuration particulière du territoire génère des temps de déplacement important qui ne sont pas sans conséquence sur le niveau d'activité.

Du point de vue de la Caisse Nationale, l'Urssaf de la Corse affiche des résultats tout à fait satisfaisants témoignant d'un fort investissement et d'un savoir-faire dans un contexte politique et culturel délicat.

La région atteint en fin d'exercice 2013 d'excellents résultats financiers : en franche progression de plus de 56 % en un an, le montant global des redressements opérés dans le cadre de la LCTI s'élève à 3,083 millions d'euros. En termes d'objectif contractuel, les montants enregistrés au cours de la période se révèlent largement supérieurs à la cible fixée à 0,90 millions d'euros. D'ores et déjà en 2012, la région affichait des redressements (1,976 millions d'euros) largement supérieurs à l'objectif conventionnel assigné (0,80 million). Pour autant, la moyenne des redressements LCTI (21 760 euros) s'avère en deçà de la moyenne nationale 2013 (33 393 euros).

La région enregistre par ailleurs un réel regain d'activité en 2013 : le nombre global d'actions LCTI (849) augmentent significativement de près de 68 % en un an. Cette évolution positive s'avère tangible tant sur les actions ciblées conduites sur les entreprises du régime générale et les travailleurs indépendants (99 actions soit + 34 %) que sur les actions de prévention (700 actions soit + 75 %).

Il est à cet effet observé que la part des actions de prévention dans l'ensemble de l'activité LCTI est de 87,6 %, soit un ratio quelque peu supérieur à la moyenne nationale (85 %).

La part des actions portant sur des travailleurs indépendants atteint en fin d'exercice 16,2% : au regard du référentiel national enregistré en 2013 (8,9 %), ce taux se révèle largement supérieur.

Les actions partenariales issues de l'exploitation des PV partenaire (50), également en nette progression par rapport à l'exercice précédent (+47 %), représentent 6 % des actions globales LCTI ; soit un ratio supérieur à celui calculé nationalement pour 2013 (2,8 %). Ces résultats témoignent ainsi d'une synergie partenariale particulièrement développée en région.

La fréquence des redressements (94 %) mesurant la pertinence du ciblage, augmentent en fin d'exercice 2013 de 2 pts. À titre de comparaison, ce taux est proche de 79 % sur la période visée au plan national.

Le recours aux annulations d'exonérations de charges sociales est correctement appréhendé par le corps de contrôle dédié puisque le nombre de chefs de redressement relatif à ce dispositif est de 37,6 %. Pour information,

nationalement, il se situe à 38 %. À titre de rappel, ce dispositif a vocation à sanctionner financièrement les auteurs d'infractions de travail dissimulé.

En progression de 21 % en un an, le nombre de jours consacrés à la LCTI s'est traduit par une part du temps de travail effectif dédiée à la lutte contre la fraude en Corse s'établissant à 28% soit un ratio nettement supérieur à celui enregistré au niveau national en la matière (11%).

La Caisse nationale estime que l'activité et la performance de la Corse sont particulièrement satisfaisantes témoignant d'un fort investissement de la région en matière de lutte contre la fraude.

- Sur la conclusion et les recommandations :

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance et des instances mises en œuvre au sein du réseau, l'Acoss veillera à la co-production d'une part et à la diffusion d'autre part des bonnes pratiques de recouvrement sur l'ensemble du territoire et notamment en région Corse.

Dans ce cadre, des expérimentations pourront par ailleurs être menées ; elles feront l'objet d'un suivi et d'une évaluation systématiques, préalables à une éventuelle généralisation.

Des expériences pourraient également être menées en lien avec d'autres recouvreurs sociaux.

Enfin, dans le respect des textes en vigueur, une communication voire une mise à disposition élargie des procédures respectivement utilisées et évaluées au sein des différents réseaux pourrait être mise en œuvre (exemple modèle de conventions avec les huissiers de justice).

Cependant, ces actions visant à restaurer la crédibilité du recouvrement social au sein de la région Corse nécessite d'une part la prise en compte effective du contexte insulaire et de son impact sur le recouvrement et d'autre part un appui sans faille des pouvoirs publics.

*RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DU RÉGIME SOCIAL DES
INDÉPENDANTS (CNRSI)*

La CNRSI n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

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

La CCMSA n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.

Chapitre XIX

La gestion des personnels de direction des organismes de sécurité sociale : une stratégie à construire

RÉPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT

La Cour préconise notamment de donner au directeur général de la CCMSA la pleine responsabilité d'employeur des cadres dirigeants de son réseau, en particulier vis-à-vis de leur nomination et cessation d'activité.

Jusqu'en 2010, les conseils d'administration des caisses locales de MSA avaient tout pouvoir pour nommer leurs directeurs. L'engagement figurant dans la COG pour la période 2011-2015 prévoyant la modification de cette procédure résulte d'un compromis qui constitue la première étape dans le renforcement du pouvoir de gestion des équipes de direction par le Directeur Général de la CCMSA.

Je partage l'analyse de la Cour selon laquelle le pilotage du réseau nécessite de confier au directeur général de la CCMSA à la fois le pouvoir de nommer les directeurs des caisses locales et celui de les évaluer. La finalisation de cette réforme nécessiterait des modifications législatives.

La Cour propose par ailleurs que les directeurs et agents comptables des caisses locales soient salariés de la CCMSA. Ce lien salarial permettrait notamment de limiter la durée de fonction des directeurs qui ne sont tenus à aucune mobilité et de construire des parcours professionnels non seulement au sein d'un même réseau mais aussi par exemple dans un même bassin d'emplois en interrégime.

Je suis d'avis qu'une obligation de mobilité instituée pour les agents de direction des organismes de Sécurité Sociale serait une évolution légitime. Pour autant, il est inutile d'en faire des salariés de la caisse nationale car cette option pose de redoutables difficultés au plan du droit du travail, notamment en phase transitoire.

RÉPONSE DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE (UCANSS)

L'Ucanss formule des observations sur les axes suivants :

- les recommandations relatives à la rémunération et au pilotage des effectifs des agents de direction,
- les recommandations visant à disposer de leviers permettant de mettre fin aux fonctions des cadres dirigeants,
- les recommandations visant à favoriser une gestion plus transversale des agents de direction.

- 1) Sur les recommandations relatives à la rémunération et au pilotage des effectifs des agents de direction

La Cour indique que la rémunération des agents de direction et la politique salariale dont ils bénéficient sont avantageuses. Nous nous interrogeons sur les éléments d'objectivation permettant de fonder ces appréciations, qui ne figurent pas dans l'extrait transmis à l'Ucanss.

La Cour préconise de moduler plus rigoureusement la rémunération des agents de direction en fonction de l'atteinte des objectifs qui leur sont fixés. La formulation de cette recommandation n'est pas assortie d'éléments permettant d'attester d'un manque de rigueur dans les politiques d'attribution des éléments variables de rémunération.

La Cour indique que les décisions prises dernièrement pour moderniser sur différents points la gestion des agents de direction ne sont pas à la hauteur pour que les économies sur la gestion de la sécurité sociale contribuent beaucoup plus fortement au redressement des comptes sociaux. Cette affirmation mérite d'être nuancée au regard :

- du poids très faible de la masse salariale des agents de direction dans l'ensemble des coûts de gestion de la sécurité sociale (à titre d'illustration, la masse salariale des agents de direction représentait en 2013 moins de 3,5% de la masse salariale du régime général),
 - de l'atteinte, dans l'ensemble des réseaux, des objectifs de maîtrise des coûts et effectifs fixés dans les conventions d'objectifs conclues avec l'État, traduisant à la fois un pilotage fin des caisses nationales mais également un investissement direct des équipes de direction dans les organismes locaux.
- 2) Sur les recommandations visant à disposer de leviers permettant de mettre fin aux fonctions de cadres dirigeants
 - Sur le recours au dispositif de cessation de fonctions

Dans son projet de rapport, la Cour indique que le dispositif permettant de mettre fin aux fonctions d'un directeur ou d'un agent comptable est une faculté peu utilisée dans les faits, car les garanties conventionnelles auxquelles renvoie le code de la sécurité sociale n'ont pas fait l'objet de négociations. L'Ucanss précise que l'absence de garanties conventionnelles supplémentaires, qui avaient été intégrées dans la négociation non aboutie engagée en 2013, ne constitue pas la raison principale au faible niveau de recours au dispositif réglementaire de la cessation de fonctions.

En effet, comme le souligne la Cour, la principale difficulté juridique réside dans le fait que la décision de cessation de fonctions emporte

modification du contrat de travail et non pas rupture du contrat de travail. Le reclassement qui s'ensuit nécessite dès lors l'accord exprès du salarié. En cas de refus du salarié et d'engagement d'une procédure de licenciement à la suite du refus de reclassement, l'employeur s'expose à une condamnation pour licenciement sans cause réelle et sérieuse par les juridictions prud'homales.

Il en irait au demeurant de même dans l'hypothèse où serait définie une durée maximale de fonctions, emportant nécessairement une obligation subséquente de reclassement des personnels arrivant au terme de leur « mandat ».

- 3) Sur les mesures visant à favoriser une gestion plus transversale des agents de direction
 - Sur la création d'un centre des ressources dirigeantes

Le rapport provisoire de la Cour émet une recommandation visant à la création d'un centre de ressources dirigeantes piloté par l'Ucanss chargé d'assurer la gestion statutaire des agents de direction (ADD), de les accompagner dans leur parcours professionnel et de coordonner les revues de viviers. Cette proposition appelle les remarques suivantes.

S'agissant de la gestion des problématiques démographiques et statutaires, l'Ucanss a pour mission d'offrir un appui méthodologique et pratique aux caisses nationales, d'organiser une mission de réflexion et d'études sur les cadres et agents de direction (observation, prospective, benchmarking...) et de créer un véritable système d'information dédié à la gestion des agents de direction. Ces missions seront réalisées dans le cadre de la création d'un observatoire des ressources dirigeantes, tel que prévu dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) Ucanss. Il permettra notamment de disposer d'éléments quantitatifs et qualitatifs sur la gestion de carrière et les parcours professionnels des agents de direction, et d'élaborer des plans d'actions reposant sur des données fiables et partagées.

Dans l'objectif visant à favoriser les mobilités et sécuriser les transitions professionnelles, le centre de ressources évoqué par la Cour aurait également vocation à coordonner les revues de viviers interbranches et inter régimes aux niveaux local et national. Sur ce point, il est précisé que le rôle de coordination des revues de vivier fait déjà partie intégrante du rôle de l'Ucanss dans le cadre de la conclusion de la COG 2013-2016, et que des travaux en ce sens ont été engagés dès le 1^{er} semestre 2014 en association avec les caisses nationales.

Sous réserve des deux observations formulées ci-dessus, l'Ucanss est sensible à la recommandation formulée par la Cour en ce qu'elle constituerait une réponse au besoin de suivi des carrières des agents de direction qui ne sont pas intégrés à l'un des six grands réseaux nationaux, parce qu'ils exercent dans des organismes multi branches spécifiques, dans certains régimes spéciaux appliquant la convention collective de l'Ucanss ou se situent dans des positions de détachement ou de mise à disposition auprès d'institutions ou administrations tierces.

- Sur le développement de passerelles vers les fonctions publiques

S'agissant des passerelles vers les fonctions publiques, il est à noter qu'un projet placé sous l'égide de la Direction de la sécurité sociale, auquel l'Ucanss est étroitement associée, a été élaboré. Ce projet est décliné en un plan d'actions sur 3 ans.

- Sur la construction d'une politique de formation continue, d'évaluation et de définition des parcours professionnels permettant de garantir l'adéquation des compétences et des qualifications aux besoins des régimes

Dans ses recommandations, la Cour préconise la construction d'une politique de formation continue, d'évaluation et de définition des parcours professionnels permettant de garantir l'adéquation des compétences et des qualifications aux besoins des régimes.

La gestion des agents de direction repose sur une étroite articulation entre les prérogatives et missions dévolues aux caisses nationales, aux directeurs d'organismes locaux, à l'Ucanss et à l'EN3S pour la formation.

Comme le précise le rapport provisoire de la Cour, les problématiques de gestion des agents de direction sont marquées par la montée en charge des caisses nationales et par la traduction des politiques de gestion des agents de direction dans les conventions d'objectifs et de gestion.

Les évolutions législatives et réglementaires successives depuis 1996 ont permis aux caisses nationales de disposer de prérogatives structurantes sur la nomination, la gestion et l'évaluation des directeurs et agents comptables. Ce positionnement des caisses nationales s'est concrétisé par la mise en place de politiques nationales de gestion des ressources dirigeantes dans chaque réseau.

En parallèle, les travaux réalisés dans le cadre de la mission relative à la dynamisation de la gestion de carrières des agents de direction ont permis la définition d'orientations stratégiques visant à disposer d'un cadre de gestion interbranche des agents de direction se traduisant notamment par la définition d'objectifs stratégiques et d'indicateurs ciblés dans les COG. Pour l'Ucanss, ce cadre s'est traduit par la constitution d'instances de coopération associant les caisses nationales. Ces instances sont chargées de la définition et du pilotage des chantiers portant sur les problématiques de gestion des ressources humaines des agents de direction. L'une des premières étapes de ces chantiers sera notamment la mise en place d'un dispositif d'évaluation annuel normalisé et unifié au sein du régime général.

Dans le même temps, l'Ucanss a piloté dès la fin de l'année 2013 les projets destinés à aider les cadres à haut potentiel de l'institution à accéder aux fonctions de direction, par le biais d'une préparation aux épreuves d'accès au dispositif Capdirigeants, en complément de la préparation au concours interne de l'EN3S.

- Sur le projet de suppression de la liste d'aptitude

Dans ses recommandations, la Cour préconise la suppression de la liste d'aptitude dans un temps rapproché.

Outre les garanties de transparence ayant conduit au maintien de la liste d'aptitude, les mesures visant à améliorer l'efficacité du processus ont produit leurs effets dès 2014. La mise en œuvre de la première campagne se caractérise par une réduction massive du flux de candidatures (passage d'un volume moyen annuel de 1100 candidatures annuelles à 670 candidatures). Sur ce total, seuls 285 candidats feront l'objet d'une évaluation. En effet, l'introduction des mécanismes d'inscription de droit a permis de circonscrire le champ de la sélection à 200 candidats pour le dispositif Capdirigeants et à 85 candidats pour les classes L1 et/ou L2. Ces éléments sont de nature à reconsidérer l'analyse du rapport coût/efficacité du processus et sa lourdeur.

Par ailleurs, la professionnalisation du processus d'évaluation permet une sélection plus rigoureuse du vivier des agents de direction. En cas de suppression de la liste d'aptitude, il conviendrait de s'interroger sur un dispositif offrant des garanties similaires de qualité et de compétence du vivier des dirigeants.

Aussi l'Ucanss considère que le caractère récent de la publication des textes portant réforme de la liste d'aptitude (publiés le 3 juillet 2013 pour une entrée en vigueur en 2014), ainsi que les gains d'efficacité déjà enregistrés militent en faveur d'une réflexion complémentaire avant toute prise de décision.

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

La Cnaf s'associe avec les autres caisses nationales aux réponses faites par l'Union des caisses de Sécurité sociale (Ucanss) dans le cadre de cette procédure contradictoire sur l'ensemble de ce chapitre.

- Sur les irrégularités de rémunération :

Sur la question particulière du cumul de fonctions, la Cnaf souhaite faire valoir que, pour ce qui concerne la branche Famille, il n'y a qu'un seul cas de ce type qui par ailleurs, se justifie par un cumul très spécifique de fonctions effectivement assurées.

- Sur la politique salariale avantageuse :

La Cour relève que « les quatre transactions conclues depuis 2000 et sept ruptures conventionnelles sur huit l'ont été pour des montants supérieurs à ceux prévus par les stipulations conventionnelles ».

Si la Cnaf prend acte de cette observation, elle souhaite toutefois faire valoir que ces modes de rupture de contrats de travail sont conformes au droit du travail et généralement plus économiques que la voie contentieuse. La longueur de la procédure, l'ancienneté des intéressés et le risque élevé de condamnation au versement d'indemnités (notamment pour préjudice moral) justifient de privilégier des départs négociés.

- Sur le fait de donner aux directeurs des caisses nationales la plénitude des pouvoirs de l'employeur : Sur la proposition de faire des directeurs d'organismes locaux des salariés de la caisse nationale, la Cnaf précise que cela supposerait que l'organisation et le mode de gouvernance de l'Institution soient profondément modifiés et, notamment, que soit supprimée l'autonomie juridique des organismes.

Dans cette hypothèse, seules les caisses nationales auraient la personnalité morale et les organismes locaux deviendraient de simples «directions» ou «délégations» de l'organisme national, ce qui ne manquerait pas d'avoir de profondes conséquences sur l'organisation des branches.

Sur le plan juridique, cette proposition aurait notamment pour effet, de transférer la responsabilité juridique d'employeur local sur la caisse nationale d'appartenance, ce qui n'apparaît pas souhaitable à la direction de la Cnaf.

Au-delà de cet aspect juridique, la Cnaf a mis en place un dispositif de suivi et d'évaluation de l'activité des directeurs dès la nomination de chaque intéressé : lettre de prise de fonctions, bilan à six mois se traduisant notamment par la rédaction d'un rapport d'étonnement, lettre de mission pour les trois ans à venir, entretiens annuels d'évaluation pour faire un bilan des résultats et de la mise en œuvre de la lettre de mission, évaluation de la maîtrise de la fonction. De surcroît, depuis la fin de l'année 2013, les directeurs nouvellement nommés se voient annoncer un « rendez-vous de carrière » prévu au terme d'une période de quatre ans pour faire un point sur leurs perspectives de carrière au vu de leurs résultats et de leurs aspirations professionnelles.

La mise en œuvre de cette politique montre qu'un pilotage plus suivi du réseau et une autorité sur les directeurs n'est, dès lors qu'ils sont nommés par le directeur général de la Cnaf, pas incompatible avec l'autonomie juridique des caisses qui garantit plus de souplesse de gestion.

- Sur la recommandation visant à déterminer un taux-cible d'encadrement supérieur :

La Cnaf prend acte de cette recommandation et va lancer un travail spécifique sur le sujet au cours de l'année 2015. Elle note cependant que ce taux est resté extrêmement stable sur la durée observée et ce, en dépit d'une évolution marquée des missions confiées à la branche Famille sur la période (Rsa, politique de la petite enfance, parentalité, etc.) et d'un renforcement du pilotage de la Branche. Enfin, l'analyse qui sera conduite devra tenir compte des missions de la Branche d'ailleurs conforme aux recommandations de la Cour.

À cet égard, l'action sociale de la Branche contribue à des politiques publiques importantes sur des activités variées, par essence partenariales, qui supposent un pilotage spécifique. Ainsi, tout autant que les prestations versées, l'action sociale conduite par la Branche s'avère un élément constitutif du rôle d'amortisseur social qu'elle joue notamment en temps de crise économique ou du développement de l'offre de service aux familles et aux

personnes. Ces activités supposent un pilotage spécifique assuré dans de nombreux organismes par un agent de direction dédié.

- Sur la recommandation visant à construire une politique de formation continue, d'évaluation et de définition des parcours professionnels permettant de garantir l'adéquation des compétences et des qualifications aux besoins des régimes :

La Cnaf précise que sa convention d'objectifs et de gestion pour la période 2013 à 2017 a identifié la nécessaire dynamisation de la gestion des agents de direction de la branche Famille. Dans ce cadre, la branche a élaboré, dès le début de l'année 2014, un schéma directeur spécifique à ses agents de direction, qui intègre les apports du rapport sur la « dynamisation de la carrière des agents de direction des organismes de sécurité sociale » et s'articule autour des trois axes suivants :

- développer le management stratégique du réseau ;
- définir et mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des carrières des agents de direction de la branche ;
- accompagner le développement des compétences des agents de direction et faciliter l'exercice de leur métier.

Parmi les actions réalisées sur le troisième axe, il convient de citer la mise en place d'un parcours d'intégration personnalisé des directeurs et des agents comptables, ainsi que le déploiement d'une démarche d'accompagnement au changement auprès des équipes de direction du réseau.

En outre, la Cnaf s'inscrit pleinement dans la démarche, animée par l'Ucanss, de définition d'orientations stratégiques visant à disposer d'un cadre de gestion interbranche des agents de direction et se traduisant, notamment, par la mise en œuvre d'outils communs tel que le dispositif d'évaluation annuel normalisé et unifié au sein du régime général.

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

La Cour réitère ses recommandations relatives à la poursuite du transfert de compétences aux caisses nationales visant notamment une clarification du dispositif de cessation de fonctions et l'instauration d'une relation contractuelle de salariat entre les caisses nationales et les cadres dirigeants des organismes locaux.

Il convient tout d'abord de préciser que le dispositif réglementaire de cessation de fonction permet aux caisses nationales de mettre fin aux fonctions d'un Directeur sans son accord préalable mais, dans ce cas si le dirigeant n'accepte pas dans les six mois un poste équivalent, le directeur de la caisse nationale doit mettre fin à son contrat de travail aux conditions prévues par la convention collective. Dans ce cas, il convient de prévenir le risque que le juge requalifie le licenciement sans cause réelle et sérieuse, ce qui peut ouvrir droit à dommages et intérêts en sus de l'indemnité conventionnelle.

Par ailleurs, il est rappelé que le salariat des directeurs des organismes locaux par les caisses nationales a constitué l'une des pistes de réflexion examinées dans le cadre de la mission Morel relative à la dynamisation de la carrière des agents de direction. Si cette solution présente des avantages, elle comporte également divers inconvénients qui ont conduit à son abandon, notamment en raison des risques liés à la distension des liens entre le personnel des organismes locaux et leur dirigeant (remise en cause de la personnalité morale des caisses locales et responsabilité d'employeur des caisses nationales à l'égard du personnel des caisses locales).

S'agissant de la mise en place d'un centre de gestion interrégimes à l'instar du centre de gestion de la fonction publique hospitalière, il convient de rappeler que si la CNAMTS partage l'idée d'un renforcement de son rôle dans la gestion des ADD au-delà des directeurs et des agents comptables, la mise en place d'un troisième interlocuteur intervenant dans le dialogue Caisses nationales/Caisses locales conduirait à complexifier les rôles de chacun et pourrait même nuire au nécessaire rôle de pilotage de la direction de la caisse nationale sur l'ensemble de l'activité du réseau et singulièrement de ses directeurs pour tenir des objectifs de plus en plus ambitieux. Subsidièrement, un tel centre représenterait de surcroît des coûts de gestion pour une population au demeurant assez faible en nombre et ayant vocation à ne pas croître.

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

- Sur la politique salariale avantageuse :

Concernant la branche Recouvrement

- 70 ADD, personnels de direction, bénéficient de points de responsabilités supplémentaires en lien avec l'article 2.5 de la convention collective nationale (CCN),

- 7 dépassent les 80 points de plafond CCN.

Ce dépassement se justifie, après vérification, par les responsabilités exercées par les bénéficiaires ; pour exemple le directeur de l'Urssaf Ile de France a bénéficié de 40 points supplémentaires compte tenu de sa responsabilité du centre régional de formation, certaines situations exceptionnelles liées à des points de responsabilités attribués dans le cadre de la période de préfiguration de la régionalisation, et des erreurs de codifications des organismes.

La rupture conventionnelle est un mode de rupture autonome qui obéit à une procédure spécifique.

L'employeur Acoff et le directeur concerné ont donc pu convenir en commun des conditions de la rupture du contrat de travail à durée indéterminée qui les liait et ont soumis dans ce cadre celles-ci à homologation.

À la suite de la négociation ayant eu lieu pour parvenir à cette rupture, il est apparu que le montant sur lequel les parties arrivaient à un accord était situé à 126 365€ représentant conformément à l'article 28 de la convention collective ; « une indemnité égale à un mois de traitement (calculée sur la base du dernier mois d'activité) par année d'ancienneté, telles que celle-ci est déterminée à l'article 16 de la présente convention, avec un maximum de 18 mois de salaire. »

En outre compte tenu de la volonté commune de rompre tout lien contractuel dans un délai court, l'Acoss a consenti à verser en sus des 4,5 mois un complément de 6 mois correspondant au paiement de 70 jours de congés payés (soit 3 mois et demi) non pris en solde ainsi que le financement d'une prestation en cabinet de outplacement permettant d'accompagner la procédure de recherche d'emploi de l'intéressé, le cumul de ces données a abouti au versement de 10,5 mois.

Ce point d'équilibre nous est apparu comme conforme à l'intérêt de l'établissement public.

- Sur le cadre de gestion à clarifier :

S'agissant de l'Acoss, une lettre collective en date du 13 décembre 2013 évoque les modalités de gestion de carrière des directeurs et des agents comptables : « afin de favoriser les mobilités professionnelles, et dans une perspective de gestion des carrières, les postes de directeur et d'agent comptable sont pourvus, depuis le 1^{er} novembre 2013, pour une durée de quatre ans renouvelable une fois, après un bilan. Afin de mettre en œuvre cette règle de gestion, un dispositif d'accompagnement spécifique sera élaboré. »

À noter que cette lettre collective est actuellement soumise à un contentieux pendant devant le conseil d'État.

L'Acoss s'engage dans le cadre de son schéma directeur des ressources humaines à développer la GPEC des agents de direction. Dans ce cadre un processus d'évaluation de la maîtrise de la fonction est mis en place entre autre à compter de 2014.

Parallèlement l'Union des caisses de Sécurité sociale (Ucanss) entame dès 2014 des travaux avec les caisses Nationales pour la mise en place de revue de viviers interbranches.

La direction de la Sécurité sociale (DSS) quant à elle a engagé des travaux avec les Caisses Nationales afin de faciliter la mobilité branches Sécurité Sociale vers les administrations.

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (CNRSI)

Contrairement à la mention figurant dans l'extrait du RALFSS, le RSI a communiqué à la Cour les données permettant d'apprécier le montant des indemnités allouées dans le cadre de la restructuration du réseau. Ceux-ci

font d'ailleurs l'objet de commentaires de la part de la Cour dans le cadre du chapitre sur le réseau du RSI.

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

La CCMSA n'a pas d'observations à formuler sur ce chapitre.