

Réponses des administrations et des organismes concernés

SOMMAIRE DES RÉPONSES

RÉPONSE COMMUNE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (AGNÈS BUZYN) ET DU MINISTRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS (GÉRALD DARMANIN)	415
<i>Première partie – Assurer un retour pérenne à l'équilibre financier de la sécurité sociale.....</i>	423
Chapitre I La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un effort structurel toujours nécessaire, une résorption de la dette sociale à mener à terme.....	423
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA CAISSE D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE (CADES) (JEAN-LOUIS REY)	423
Chapitre II L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles.....	423
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	423
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH) (HOUSSEYNI HOLLA).....	424
<i>Deuxième partie – Prévenir les pathologies, assurer l'accès aux soins et maîtriser les dépenses de santé</i>	425
Chapitre IV Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France....	425
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	425
Chapitre V Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager en ville comme à l'hôpital.....	426
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	426
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH) (HOUSSEYNI HOLLA).....	427
Chapitre VI La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins	427
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	427
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH) (HOUSSEYNI HOLLA).....	427

Chapitre VII Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser.. 428

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	428
RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU COLLÈGE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) (DOMINIQUE LE GULUDEC)	429
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'UNION NATIONALE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (UNOCAM) (MAURICE RONAT).....	431
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ASSURANCE (FFA) (BERNARD SPITZ).....	431
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF) (THIERRY BEAUDET)	435
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH) (HOUSSEYNI HOLLA).....	437
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE (CTIP) (PIERRE MIE)	437

Troisième partie – Réduire les risques professionnels..... 438

Chapitre VIII La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer..... 438

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS) (YANN-GAËL AMGHAR).....	438
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	439

Quatrième partie – Favoriser une mise en œuvre plus efficace de leurs missions par les organismes de sécurité sociale..... 440

Chapitre IX La déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire 440

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS) (YANN-GAËL AMGHAR).....	440
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF) (VINCENT MAZAURIC).....	442
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	443
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ASSURANCE (FFA) (BERNARD SPITZ).....	444
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF) (THIERRY BEAUDET)	445
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE (CTIP) (PIERRE MIE)	446
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DU GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC MODERNISATION DES DÉCLARATIONS SOCIALES (GIP MDS) (ÉLISABETH HUMBERT-BOTTIN)	446
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV) (RENAUD VILLARD).....	448

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE PÔLE EMPLOI (JEAN-BASSÈRES)	449
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GIE AGIRC-ARRCO (FRANÇOIS-XAVIER SELLERET)	449
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA) (MICHEL BRAULT)	449

Chapitre X Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique : un redressement impératif 449

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS) (YANN-GAËL AMGHAR)	449
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF) (VINCENT MAZAURIC)	452
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM) (NICOLAS REVEL)	454
RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA MARTINIQUE (CAF) (NADINE JEANNETTE) .	455
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA GUADELOUPE (CGSS) (HENRI YACOU)	460
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA GUYANE (CGSS) (MONIQUE HARANG)	464
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV) (RENAUD VILLARD)	466
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA) (MICHEL BRAULT)	466
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA GUADELOUPE (CAF) (MARIANNE GRENIER-DRANEBOIS)	466
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA GUYANE (CAF) (PATRICK DIVAD)	466
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA MARTINIQUE (CGSS) (FRANTZ LEOCADIE)	467

*RÉPONSE COMMUNE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA
SANTÉ (AGNÈS BUZYN) ET DU MINISTRE DE L'ACTION ET DES
COMPTES PUBLICS (GÉRALD DARMANIN)*

Nous avons pris connaissance avec un grand intérêt du projet de rapport de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Les travaux de la Cour constituent, comme chaque année, une contribution importante à l'élaboration des politiques de protection sociale et au pilotage des finances sociales.

Concernant la situation financière de la sécurité sociale, le projet de rapport de la Cour constate le redressement des comptes sociaux qui s'est poursuivi en 2017 et confirme la perspective prochaine d'un retour à l'équilibre. Comme le souligne la Cour, outre les efforts de maîtrise de la dépense réalisés, la sécurité sociale a bénéficié d'une conjoncture économique plus favorable qu'anticipé ; des efforts structurels restent à accomplir pour assurer le retour à l'équilibre pérenne des comptes sociaux à compter de 2020.

Cet objectif devra par ailleurs être atteint dans le cadre de relations financières renouvelées entre l'État et la sécurité sociale. En effet, les transferts financiers entre l'État et la sécurité sociale sous-jacents à la loi de programmation des finances publiques 2018-2022 ont été fixés dans l'attente de la remise du rapport sur la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale prévu par l'article 27 de la même loi. Les prochaines lois financières permettront de clarifier pour l'avenir les règles régissant les modalités et le montant de ces transferts ainsi que le panage du coût des mesures de baisse des prélèvements obligatoires.

Ces efforts de maîtrise, comme la rénovation des relations financières entre État et sécurité sociale, s'articulent avec l'objectif de désendettement de la sécurité sociale. L'endettement de la sécurité sociale, qui se réduit déjà depuis 2015, doit être résorbé d'ici 2024 avec l'extinction de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et l'apurement de la dette sociale. Cette exigence s'inscrit plus largement dans une volonté de désendettement des comptes publics, qui doit s'inscrire sur le long-terme.

Une vigilance particulière doit en outre être conservée sur les branches maladie et retraite (en y incluant le FSV), encore déficitaires en 2017. S'agissant de la première, le Gouvernement rappelle son objectif de limiter la progression des dépenses de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDANI) à 2,3 % en moyenne annuelle sur le quinquennat. Quant à la seconde, la réforme des retraites en cours d'élaboration qui sera présentée au cours du 1^{er} semestre 2019 permettra d'assurer la soutenabilité financière du système de retraite universalisé, à moyen comme à plus long terme.

Concernant l'assurance maladie, l'ONDAM a été respecté en 2017 pour la huitième année consécutive, malgré un tendanciel de dépenses très dynamique. Ce résultat reflète les efforts d'efficience consentis par l'ensemble

des acteurs de l'offre de soins. Il témoigne également de l'efficacité de l'ONDAM comme cadre général de la régulation des dépenses de santé. Comme le remarque la Cour, l'exécution 2017 a toutefois été marquée par d'importants transferts entre sous-objectifs, par des délégations postérieures au 31 décembre, et par un doublement du déficit hospitalier. Ce constat appelle des ajustements dans les modalités de régulation infra-annuelle. A ce titre, nous soutenons l'identification d'une réserve pour le sous- objectif soins de ville.

La remise des comptes des établissements de santé, actuellement fixée au 25 avril, ne nous semble pas pouvoir être avancée comme le propose la Cour, car ce délai est nécessaire pour répondre aux exigences de la certification et assurer la fiabilité de leurs comptes mais nous rejoignons la recommandation de la Cour pour une meilleure prise en considération du résultat des établissements publics de santé dans les documents soumis au Parlement, dans le cadre du PLFSS. En 2019, il sera également mis un terme à la comptabilisation des dépenses de médicaments *via* le Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP), conformément à votre préconisation.

Le Gouvernement souscrit à la recommandation de la Cour appelant à un approfondissement de la maîtrise des dépenses concernant les prochains exercices. Pour 2018, premier exercice plein du quinquennat, l'effort d'économie a ainsi été porté à plus de 4 Md€, ce qui est supérieur à 2017, en dépit du relèvement du taux à hauteur de 2,3 % dans la trajectoire prévue en loi de programmation des finances publiques. Pour documenter ces économies, et en assurer le portage aux niveaux national et régional, un nouveau plan a été adopté pour la période 2018-2022 avec comme ligne directrice l'amélioration de la pertinence des soins dans l'ensemble des segments de notre système de santé.

Concernant l'organisation de l'offre de soins médicaux, le Gouvernement partage l'avis de la Cour sur la nécessité d'amplifier le virage ambulatoire. C'est un enjeu d'optimisation des moyens mais également de qualité de soins que la stratégie de transformation de notre système de santé va amplifier. A ce titre, il faut se féliciter des progrès significatifs accomplis en chirurgie avec un taux en augmentation de plus de 10 points depuis 2010. Ce résultat est à relier à la mobilisation consentie par l'État et l'assurance-maladie pour construire une politique d'ensemble avec les leviers tarifaires et organisationnels adéquats. L'effort sera poursuivi. Comme le souligne la Cour, cette dynamique doit désormais être engagée dans le domaine de la médecine. C'est une des priorités du plan ONDAM 2018-2022. Cela suppose toutefois une approche différente compte tenu de la diversité des parcours et des activités qui s'exercent aujourd'hui aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Comme le préconise la Cour, les leviers à la disposition de l'échelon national (régime des autorisations, tarification, classification) seront mobilisés. Mais il conviendra également au niveau local, sous l'égide des Agences régionales de santé (ARS), de favoriser une meilleure structuration des relations entre la ville et l'hôpital afin de favoriser la pertinence des soins. Le dispositif créé par l'article 51 de la

Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 a notamment vocation à faire émerger des solutions de prises en charge et de financement innovantes. Enfin, la Cour recommande de faire des pratiques avancées des infirmiers une composante significative de l'offre de soins de premier recours. C'est une priorité du plan de renforcement de l'accès territorial aux soins, présenté le 13 octobre 2017. Le cadre réglementaire est d'ores et déjà en place suite à la publication des textes en juillet dernier. Une dizaine d'universités proposeront une formation de niveau master dès la rentrée 2018 pour un déploiement rapide sur le terrain des pratiques avancées.

S'agissant des soins visuels, le Gouvernement s'est mobilisé pour permettre un accès à des équipements optiques de qualité avec un reste à charge nul conformément à l'engagement pris par le Président de la République. Avec le protocole d'accord signé en juin et la définition d'un panier « 100 % santé » sur un ensemble de montures et de verres, nous comptons répondre au problème du renoncement aux équipements d'optique qui est de 10 % pour l'ensemble de la population française et de 17 % pour les Français avec les revenus les plus faibles. C'est une avancée majeure de notre système de santé. Comme le souligne à juste titre la Cour, les difficultés ne se limitent pas aux aspects financiers et la réforme comprend également des actions sur l'organisation des soins et la prévention. En effet le secteur est également caractérisé par des difficultés d'accès aux médecins et c'est la raison pour laquelle de nouveaux modes d'organisation fondés notamment sur les coopérations entre les différents professionnels doivent être promues. Des avancées significatives sont à souligner à ce titre : l'assurance maladie a inscrit au remboursement les actes effectués dans le cadre du protocole de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes pour le bilan visuel de renouvellement/adaptation des corrections ; le protocole d'accord de juin avec le secteur de l'optique prévoit également une rémunération pour la prestation d'adaptation de la correction optique par les opticiens afin de favoriser le renouvellement sans nouvelle ordonnance jusqu'à 5 ans après la prescription.

Concernant les soins ophtalmologiques et cardio-neurovasculaires, la Cour recommande de structurer une offre de soins graduée au niveau territorial, en favorisant le regroupement des professionnels autour de plateaux techniques de référence, et de fixer des seuils d'activité par établissement ou professionnel de manière à assurer la qualité et la sécurité des soins pour les gestes les plus invasifs. Ces réflexions sont conduites dans le cadre des travaux en cours concernant la réforme du régime d'autorisation des activités de soins. Ils ont débuté en juillet 2018 concernant l'activité de chirurgie et réunissent l'ensemble des parties prenantes et devront aboutir à la révision des décrets d'activités correspondants d'ici 2020.

Concernant la lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires, le Gouvernement partage pleinement la recommandation de la Cour concernant la priorité à donner à la prévention. Le Gouvernement s'est déjà engagé dans cette voie notamment via le Plan National « Priorité Prévention » présenté en

mars 2018. S'agissant de la lutte contre le tabac, plusieurs mesures citées par la Cour ont été mises en place, notamment l'importante hausse des droits de consommation sur les tabacs ainsi que la prise en charge des substituts nicotiniques dans les conditions de droit commun. Pour agir avec la même détermination sur l'alcool, le fonds de lutte contre le tabac sera élargi dans le cadre du PLFSS 2019 aux autres substances psychoactives, et donc en premier lieu financera également des actions de prévention relatives à la consommation excessive d'alcool.

Le 4^{ème} programme national nutrition santé, lancé en début d'année 2019, aura pour objectif d'accentuer la promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée. Pour prévenir l'obésité et le diabète, plusieurs expérimentations ont récemment également été mises en œuvre par l'assurance maladie, notamment l'expérimentation, prévue à l'article de 68 LFSS pour 2016, relative à la prise en charge et le suivi d'enfants présentant un risque d'obésité, pour laquelle le volet dédié à l'activité physique a été renforcé, ou encore l'expérimentation mettant en place un programme de prévention du diabète chez les personnes à haut risque. Nous rejoignons également la position de la Cour quant à l'utilité de la fiscalité pour diminuer la consommation de certains produits néfastes à la santé. Les boissons contenant des sucres ajoutés ont ainsi vu les droits de consommation qui leur sont applicables être refondus et augmentés en LFSS pour 2018. De telles mesures, symboliquement fortes, nécessitent toutefois d'être finement évaluées avant d'être amendées ou même étendues. D'autant que si, comme le signale la Cour, les premiers effets de cette politique se font déjà sentir, celle-ci s'inscrit dans un temps long (avec une entrée en vigueur récente pour les boissons sucrées, et une poursuite des mesures fiscales sur plusieurs années pour le tabac), et nécessite un recul plus important pour être totalement appréciée.

Concernant la tarification des accidents du travail et maladies professionnelles, le Gouvernement partage le constat fait par la Cour de la complexité du dispositif et la volonté d'améliorer sa lisibilité et son impact en matière de prévention des risques. Comme le souligne la Cour, les réformes entreprises ces dernières poursuivent ces deux objectifs et les travaux engagés avec la branche pour les années à venir s'inscrivent dans la continuité de ces ambitions. Plus précisément, le Gouvernement souscrit à la nécessité d'une révision régulière des coefficients forfaitaires de valorisation des rentes - comme cela a été fait en décembre 2016 et sera réexaminé, pour le régime général, en décembre 2019 - ainsi qu'à la nécessité de refonte de l'outil de production en matière de tarification, qui mobilisera une partie essentielle des moyens informatiques dédiés dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion pour la période 2018-2022. Le Gouvernement expertisera par ailleurs les propositions de la Cour en matière de rationalisation de la tarification, au regard de leur impact sur les différents secteurs, et de rééquilibrage des coûts, notamment dans le secteur de l'intérim, entre entreprise de travail temporaire et entreprise utilisatrice.

Le Gouvernement maintient en revanche ses réserves quant à une pondération des catégories de coûts moyens par la fréquence de chacune de ces catégories et sa préférence, pour garder le principe d'une imputation interprofessionnelle en ce qui concerne le coût des maladies à effet différé qu'il n'est pas possible d'imputer à un employeur, compte tenu de la diversité des parcours professionnels entre les différents secteurs d'activité. Quant à l'imputation des allègements généraux sur les cotisations AT-MP, le Gouvernement rappelle qu'elle est plafonnée et qu'elle ne s'effectue que sur la part mutualisée du taux, de sorte qu'elle est sans incidence sur l'incitation des entreprises à prévenir les risques professionnels.

Concernant la gestion de la sécurité sociale, et notamment la Déclaration sociale nominative (DSN), nous nous réjouissons de l'analyse faite pas la Cour, qui souligne le déploiement avec succès d'un projet d'ampleur permettant la mise en œuvre concrète du principe « dites-le nous une fois » en simplifiant les obligations déclaratives des employeurs.

En ce qui concerne la recommandation de la Cour d'étendre la DSN aux employeurs publics, nous souhaitons rappeler que les règles de paie et la logique déclarative du secteur public sont trop éloignées de celles du secteur privé pour que la DSN, telle qu'elle a été conçue, soit directement applicable aux employeurs publics. Aussi, dans le nouveau calendrier établi par l'article 22 bis de la loi pour un État au service d'une société de confiance, il appartiendra aux administrations concernées de déterminer les modalités propres de cette application.

Concernant les entreprises, la poursuite de l'objectif de simplification avec la prise en charge de nouvelles démarches déclaratives demeure d'actualité, avec en particulier l'intégration des déclarations relatives à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés, à la taxe d'apprentissage et à la contribution formation professionnelle, prévue dans le projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

Dans ce cadre, l'utilisation de toutes les possibilités offertes par les données collectées pour le développement de services, notamment pour donner aux salariés une plus grande visibilité sur leurs droits, est effectivement un des objectifs de la DSN depuis le début du projet. Le développement du portail national des droits sociaux et, à partir de mi-2018, l'enrichissement de ce portail au moyen des données individuelles permet d'ores et déjà d'offrir à l'ensemble des assurés couverts une visibilité sans précédent sur leur situation sociale. La poursuite du projet de base ressources, qui trouvera prochainement une assise législative, confirme l'impulsion donnée par les pouvoirs publics dans ce domaine. En revanche, nous ne partageons pas le projet de recommandation invitant à relancer le projet d'entrepôt de données sociales présenté par le GIP-MDS au sens où il paraît au contraire préférable, avant de définir la solution technique, de concevoir clairement l'ensemble des usages, leur priorisation dans le temps au vu des projets du Gouvernement et de

déterminer s'il est préférable qu'un organisme, ou le GIP, assure seul, ou pour l'ensemble de la protection sociale, la mission de gestion de cette base.

Dans le domaine de la fiabilisation du recouvrement, le rapprochement des données individuelles et agrégées de la DSN est engagé. La Convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et l'ACOSS pour la période 2018-2022 fixe des objectifs précis à la branche recouvrement dans ce domaine. Elle pourra capitaliser sur les travaux expérimentaux conduits dans ce domaine par l'URSSAF Provence Alpes Côte d'Azur, qui ont notamment visé, dans l'esprit de la loi ESSoC, à identifier et signaler aux employeurs des incohérences dans leurs déclarations, indiquant des erreurs potentielles.

En termes de gouvernance, il convient de distinguer deux aspects. D'une part, la réalisation des suites du projet notamment dans la fonction publique constitue un projet en soi dont la réalisation suppose une organisation en partie détachée du projet dans son ensemble. D'autre part, l'achèvement de la phase <<projet>> pour la DSN applicable au secteur privé invite plutôt à repenser l'organisation qui avait été conçue dans ce cadre en vue de mettre en place une organisation qui soit désormais capable d'assurer à la fois que toutes les conséquences de la DSN seront tirées par les organismes (exploitation des données pour la suppression des formalités, déploiement des bases ressources, fiabilisation des données, restitutions aux entreprises et salariés) et que le dispositif restera fidèle à son ambition initiale (sélection stricte des données pouvant ou devant intégrer le dispositif, non-complexification des données déjà demandées, efforts de rationalisation supplémentaires de celles qui le sont déjà) tout en évoluant pour anticiper l'ensemble des réformes voulues par le Gouvernement (prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu, contemporanéisation du calcul des prestations etc.).

Il s'agit donc moins de renforcer la maîtrise d'ouvrage stratégique dans ses attributions actuelles que de constituer une structure pérenne suffisamment forte et intégrée dans les structures administratives compétentes pour pouvoir réaliser directement, au nom de l'État, les arbitrages s'imposant aux organismes. C'est cette réflexion qui est en cours. À cet égard, le calendrier choisi par la Cour pour ses travaux sur la DSN et la richesse de ce travail d'enquête offrent l'opportunité et constituent en même temps un apport majeur pour une vraie réflexion sur la meilleure organisation à mettre en place.

Concernant l'exercice des missions des caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique, comme le souligne la Cour, il est impératif de mettre en œuvre les moyens permettant d'améliorer la qualité de service offerte aux assurés et l'efficacité du recouvrement des cotisations.

En ce qui concerne le pilotage de leur activité par les caisses nationales, les caisses de sécurité sociale d'outre-mer gérant plusieurs risques (CGSS et CSS Mayotte) disposeront, à compter de 2018, d'un budget de gestion unique (hors investissement immobilier et informatique), contre six budgets aujourd'hui, porté par le fonds national de gestion de la branche maladie et

abondé par chacun des fonds de gestion du régime général. Ce budget unique permettra une simplification de la gestion des caisses et un meilleur pilotage en réduisant le nombre de leurs interlocuteurs et en unifiant la vision qu'elles ont de leurs moyens disponibles. Il permettra également une mutualisation des moyens humains et financiers en inter branches.

La Cour suggère de spécialiser les CGSS dans la gestion des prestations maladie- maternité, AT-MP et de retraite et de confier le recouvrement des prélèvements sociaux à une URSSAF interrégionale (Guadeloupe, Martinique et Guyane). Les difficultés récurrentes rencontrées par les CGSS dans leur activité de recouvrement appellent en effet des évolutions organisationnelles. La création d'une URSSAF inter-régionale pourrait présenter à cet égard des avantages importants, identifiés par la mission. L'horizon de réflexion ne peut être que celui de la prochaine COG, les conventions récemment signées avec les trois branches ayant consolidé et renouvelé le modèle des caisses générales.

Pour autant, les résultats médiocres des indicateurs relatifs à la performance du recouvrement appellent des actions immédiates. Ainsi, des instructions ont été adressées le 18 mai dernier aux préfets concernés, afin qu'ils agissent spécifiquement auprès des débiteurs publics dont les dettes de cotisations posent un évident problème d'exemplarité. Nous estimons également que la réforme des règles applicables au calcul et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants qui permettront, grâce à la régularisation des cotisations, d'assurer une plus grande contemporanéité entre les revenus et les charges qui en procèdent, contribueront aussi à améliorer la régularité des déclarations et la soutenabilité des cotisations appelées. Surtout, l'ACOSS s'engage dans la COG 2018-2022 conclue avec l'État à maintenir et surtout à renforcer un dispositif de pilotage en vue de réduire les écarts de performance entre l'Outre-mer et la métropole.

Pour ce faire, l'ACOSS s'engage également à mutualiser des activités support entre branches du régime général ainsi qu'à renforcer la coopération entre les organismes ultra-marins et les URSSAF d'appui en optimisant le dispositif d'accompagnement (formations, immersions, benchmark, opérations de fiabilisation des données). L'ACOSS mènera avec les organismes ultra-marins une réflexion sur l'accroissement des opérations de mutualisations et de redistribution d'activités des CGSS et de la CSSM entre elles ou avec la métropole. Dans ce dernier domaine, si les échanges entre caisses générales sont engagés, l'appui des unions métropolitaines ou de certains de leurs services spécialisés gagnerait en effet à être plus fortement mobilisé. À titre d'exemple, l'organisation d'un système d'entraide national a permis en 2015-2016 à deux CARSAT confrontées à de lourdes difficultés de production de revenir à une qualité de service proche des standards nationaux. Un plan d'action partagé, mobilisant des ressources en métropole dans un système d'entraide, pourrait utilement concourir à la levée de certaines problématiques identifiées dans le rapport, y compris sous la forme d'opérations ponctuelles. Le traitement des dossiers en risque de prescription, et le contrôle de

l'éligibilité à l'exonération de cotisations au titre de la LODEOM (loi pour le Développement Économique des Outre-Mer) pourraient être ciblés dans ce cadre.

Néanmoins, l'ensemble de ces actions ne peut être véritablement efficace que par un travail plus global, en lien en particulier avec les administrations de l'État (notamment les services du ministère du travail et l'administration fiscale) et les organismes capables d'informer et de former les employeurs (par exemple, les chambres consulaires). Les CGSS seules, même accompagnées et soutenues par l'ACOSS, ne sont pas en mesure d'apporter des réponses complètes aux difficultés du recouvrement.

Enfin, s'agissant des autres branches et notamment les branches famille et maladie, les mutualisations effectives en métropole et encore ineffectives dans ces départements doivent, ainsi que le souligne la Cour, enfin entrer en vigueur pour améliorer à la fois la qualité de service et l'efficacité.

Première partie – Assurer un retour pérenne à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Chapitre I

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un effort structurel toujours nécessaire, une résorption de la dette sociale à mener à terme

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA CAISSE D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE (CADES) (JEAN-LOUIS REY)

En réponse à votre lettre du 25 juillet, j'ai l'honneur de vous informer que les extraits du rapport cité en objet que vous m'avez transmis n'appellent pas d'observations de ma part.

Chapitre II

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles

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

La Cour dresse une série de constats sur la construction et l'exécution de l'ONDAM qui n'appellent pas de remarques particulières.

Je tiens toutefois à souligner que certains des postes les plus dynamiques contribuant au dépassement de l'enveloppe des soins de ville (transports sanitaires majoritairement prescrits en établissements, médicaments issus de la rétrocession hospitalière, voire actes techniques de médecins spécialistes en partie réalisés durant les séjours en établissement) trouvent leur origine en dehors du champ *stricto-sensu* de la ville. Ce constat, illustrant une certaine porosité entre les sous-objectifs de l'ONDAM, pourrait amener à davantage de prudence dans l'affectation de la responsabilité du dépassement de l'ONDAM « soins de ville » à ce seul secteur.

Par ailleurs, la Cour réitère et précise sa recommandation relative à l'instauration d'un dispositif de régulation infra-annuelle des dépenses de soins de ville, associant le développement d'accords prix-volume et la mise en réserve des dotations forfaitaires et d'une partie du supplément de dépenses induit par les augmentations tarifaires.

Comme vous le soulignez, le protocole d'accord sur la régulation des dépenses de biologie médicale, va dans le sens, d'une plus grande responsabilisation des professionnels de santé dans la maîtrise de l'évolution des dépenses. Cette approche innovante pourrait effectivement être, à terme, élargie à certains des autres secteurs d'activité qui se prêtent à ce type d'accords, en concertation avec les professionnels concernés.

S'agissant de l'objectif de déploiement d'un mécanisme de réserve prudentielle sur les effets de mesures conventionnelles, il convient tout d'abord de rappeler que, conformément à l'article L. 114-1-1 du code de la sécurité sociale relatif aux compétences du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'Assurance maladie, lorsque celui-ci émet un avis estimant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM, l'entrée en vigueur de mesures conventionnelles peut être suspendue. La perspective de la mise en place d'un dispositif prudentiel, préalable à l'apparition même d'un risque de dépassement, s'il répond à une préoccupation de maîtrise des dépenses, partagée par l'Assurance maladie, apparaît à ce jour délicat à mettre en œuvre. Tout d'abord, la mise en place d'un dispositif conditionnant l'entrée en vigueur des mesures de revalorisation tarifaire à des contreparties en termes de maîtrise des dépenses supposerait que les conventions conclues avec les professionnels de santé en fixent le cadre et le principe. Par ailleurs, une attention particulière devrait être portée aux modalités effectives de mise en œuvre, afin de s'assurer de la bonne adéquation entre l'origine des éventuels dépassements constatés et les professionnels concernés par le dispositif.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE
L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)
(HOUSSEYNI HOLLA)*

Après lecture attentive du rapport, je vous informe par la présente que ce document n'entraîne pas de remarque particulière de ma part.

Deuxième partie – Prévenir les pathologies, assurer l'accès aux soins et maîtriser les dépenses de santé

Chapitre IV

Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France

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

La Cour fait un état des lieux large des réformes survenues dans d'autres pays européens. Si l'Assurance maladie n'a pas vocation à apprécier la pertinence des réformes conduites dans les pays étrangers, elle partage avec la Cour l'intérêt de s'appuyer sur des analyses internationales pour alimenter la réflexion et documenter des propositions nouvelles, comme nous le faisons chaque année dans le cadre du rapport « Charges et Produits ».

Les conclusions formulées dans le rapport au sujet des évolutions à apporter au système de santé français font écho aux orientations portées par l'Assurance maladie, récemment inscrites dans la Convention d'Objectifs et de Gestion conclue avec l'État pour la période 2018-2022, qu'il s'agisse de la plus grande structuration des parcours de soins des patients, de l'amélioration de la coordination des soins entre la ville et l'hôpital ou encore de l'encouragement à l'exercice pluri professionnel ou regroupé de la médecine libérale. À cet égard, le déploiement du Dossier médical partagé au mois d'octobre prochain, puis d'outils d'aide à la décision pour les professionnels de santé par le biais de la prescription et de la facturation électronique devraient constituer des leviers déterminants.

Ces orientations marquent la volonté de l'Assurance maladie de poursuivre et accélérer la démarche de transformation de notre système de santé et d'organisation des soins, afin de parvenir à des gains en terme de qualité et d'efficacité compatibles avec le maintien d'un haut niveau de couverture des besoins en santé, objectif auquel l'Assurance maladie est particulièrement attachée.

Chapitre V

Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager en ville comme à l'hôpital

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

La Cour appelle à un renforcement des actions favorisant les prises en charge ambulatoires, à l'hôpital et en ville.

Cette ambition, au service de la qualité et la pertinence des soins, est pleinement partagée par l'Assurance maladie et joue un rôle moteur dans les évolutions récentes et annoncées de notre système de santé.

Il en va ainsi notamment des actions entreprises visant à améliorer la coordination des soins et l'exercice regroupé, soutenues par la conclusion par l'UNCAM de l'accord conventionnel interprofessionnel conclu en avril 2017. Par ailleurs, l'Assurance maladie a, dans tous les accords conventionnels conclus au cours des deux dernières années avec une profession de santé, introduit un élément de rémunération (le plus souvent dans le cadre d'un forfait structure) valorisant spécifiquement la participation du professionnel de santé soit à une équipe de soins primaires soit à une communauté professionnelle territoriale de santé.

Les premières expérimentations mises en œuvre, dès 2019, au titre de l'application de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, devraient également y contribuer, en favorisant des modes innovants de prise en charge. L'enjeu est d'encourager, d'accompagner et d'accélérer les innovations qui décroisent la ville et l'hôpital. Le déploiement d'organisations innovantes en santé et de nouveaux modes de financement permettra d'inciter à la coopération entre les différents acteurs, notamment à travers des objectifs d'efficacité, une meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des soins. Des résultats sont à en attendre en termes d'amélioration du service rendu pour les usagers, d'organisation mais aussi de pratiques professionnelles et d'efficacité pour les dépenses de santé.

Enfin, face aux effets complexes et parfois incertains du virage ambulatoire sur les dépenses de santé, je partage la volonté de la Cour de disposer d'études médico-économiques pertinentes. C'est dans cet esprit que l'Assurance maladie avait consacré un chapitre conséquent de son rapport « Charges et Produits 2017 » à ce sujet.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE
L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)
(HOUSSEYNI HOLLA)*

Après lecture attentive du rapport, je vous informe par la présente que ce document n'entraîne pas de remarque particulière de ma part.

Chapitre VI
**La lutte contre les maladies cardio-
neurovasculaires : une priorité à donner à la
prévention et à la qualité des soins**

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

Les recommandations formulées par la Cour correspondent pleinement aux orientations portées par l'Assurance Maladie, notamment en ce qui concerne la nécessité de renforcer les actions de prévention ou la recherche d'un parcours de soins mieux coordonné entre la ville et l'hôpital, comme entre les médecines de ville.

Dans ce parcours de soins, il convient également de conforter la place du patient, qui doit pouvoir disposer de toutes les informations utiles permettant d'agir pour la préservation de sa santé. Cela passe notamment par la diffusion de messages concernant les signes évocateurs d'accidents ischémiques, l'amélioration de la lisibilité de l'offre de soins disponible et, comme le souligne la Cour, le développement des actions d'éducation thérapeutique.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE
L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)
(HOUSSEYNI HOLLA)*

Après lecture attentive du rapport, je vous informe par la présente que ce document n'entraîne pas de remarque particulière de ma part.

Chapitre VII

Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser

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

La Cour appelle à une réorganisation de la filière visuelle pour répondre notamment aux enjeux d'accès aux soins, tant financiers que territoriaux.

Elle y recommande notamment d'élargir l'offre de premier recours aux soins visuels en autorisant les orthoptistes à diagnostiquer et à traiter les troubles de la vision.

Afin d'améliorer l'accès des patients aux soins visuels, le ministère de la santé et l'UNCAM encouragent depuis plusieurs années le développement d'une meilleure coordination entre les différents acteurs de la filière et notamment entre les médecins ophtalmologistes et les orthoptistes en assurant notamment le financement d'actes réalisés en coopération.

Cette évolution a été confortée en 2016 par la parution de dispositions législatives et réglementaires favorisant le travail en coopération entre médecins ophtalmologistes et orthoptistes avec l'élargissement du champ de compétences des orthoptistes pour faciliter l'accès aux soins visuels des patients pour les pathologies les plus courantes.

Dans la même logique, l'Assurance maladie et les représentants des orthoptistes libéraux ont convenu, dans le cadre de l'avenant 12 à la convention, publié en juin 2017, de la nécessité de poursuivre l'accompagnement de ces évolutions de la filière visuelle en confortant la place de l'orthoptiste dans la prise en charge coordonnée du patient avec les autres professionnels de santé.

À cet égard, il apparaît nécessaire d'évaluer l'impact de la mise en œuvre de ces premières mesures sur l'amélioration de l'offre de soins visuels avant d'examiner, le cas échéant, l'opportunité de mettre en place de nouvelles dispositions visant à élargir encore le champ de compétence des orthoptistes (qui devrait alors s'articuler avec une révision de leur formation).

Concernant la recommandation suggérant de conditionner les installations des ophtalmologues en exercice libéral, dans les zones caractérisées par des niveaux élevés de dépassement d'honoraires à l'adhésion à l'OPTAM, l'Assurance maladie privilégie une approche visant à inciter les ophtalmologues en exercice à adhérer à l'OPTAM. Alors qu'à la fin de l'année 2016, on comptabilisait 260 ophtalmologistes de secteur 2 ayant adhéré au contrat d'accès aux soins, on recensait 516 ophtalmologistes adhérents aux options de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO) en juin 2018, soit une progression de 98 %. Cette politique incitative porte ses fruits. Entre

2012 et 2017 le taux de dépassement moyen des ophtalmologistes a ainsi baissé de 5,5 % passant de 59,8 % à 54,3 %.

L'idée de structurer une offre de soins graduée au niveau territorial, en soutenant financièrement des regroupements de l'ensemble des professionnels de la filière visuelle autour de plateaux techniques de référence, dans des centres spécialisés en soins visuels doit être creusée en lien avec le Ministère et avec les représentants des professionnels concernés. Il convient en effet d'expertiser comment pourraient s'articuler de telles expérimentations avec les contrats collectifs qui peuvent être souscrits par les maisons de santé pluri professionnelles et les centres de santé depuis l'été 2018 afin de les aider à s'équiper en matériel optique et valoriser le travail en coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes.

Enfin, en matière de développement des actions de prévention en direction des enfants de moins de 6 ans, je partage votre préoccupation mais tiens à vous rappeler que l'avenant 12 à la convention des orthoptistes prévoit précisément la mise en place d'expérimentations pour favoriser le dépistage des troubles visuels et le suivi des jeunes enfants par les orthoptistes libéraux. Les modalités de ces expérimentations sont en cours de définition, en lien avec le ministère de l'Éducation Nationale. Elles pourraient conduire à faire appel à des professionnels de santé libéraux en complément de celles menées par la médecine scolaire dans le cadre d'une convention formalisée entre l'Assurance maladie et l'Éducation Nationale.

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

La HAS rappelle à la Cour ses travaux thématiques publiés dans ce domaine. D'une part, deux rapports sur les conditions d'environnement des actes interventionnels :

Le premier, généraliste, [Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ?](#) en décembre 2010

Le second, spécifique à la cataracte [Conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte : environnement technique](#), en juillet 2010

Ces deux rapports invitaient à définir réglementairement plusieurs niveaux d'environnement, adaptés aux risques des interventions, ce qui aurait permis la réalisation de la chirurgie de la cataracte dans un environnement réglementé permettant d'assurer la qualité et spécialement la sécurité de cette intervention sans consommation excessive de ressources. A la connaissance de la HAS, ces deux rapports n'ont pas été suivis d'effet.

D'autre part, ses travaux sur le dépistage de la rétinopathie, dont la rétinopathie diabétique :

[Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil](#), Recommandation en santé publique - Mis en ligne le 4/3/2011

[Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète](#), Recommandation en santé publique - Mis en ligne le 13/2/2015

[Interprétation des photographies du fond d'œil, suite à une rétinographie avec ou sans mydriase](#), Évaluation des technologies de santé - Mis en ligne le 11/7/2007

Ainsi que sur différents protocoles associant les orthoptistes :

[Avis de la HAS sur le protocole de coopération : «Réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique par un\(e\) orthoptiste et/ou infirmier\(e\) en lieu et place d'un ophtalmologiste»](#).

[Avis de la HAS sur le protocole de coopération entre d'une part les orthoptistes et les infirmières \(délégué\) et d'autre part les ophtalmologistes exerçant en mode libéral \(délégants\) pour la mise en place d'une consultation de dépistage de la rétinopathie diabétique via télésurveillance](#)

[Avis de la HAS sur le protocole de coopération : Dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique](#)

Pour clore sur les productions HAS relevant du champ du rapport, la HAS indique à la Cour que :

Pour la partie intitulée *Garantir la qualité et la sécurité des soins visuels* (p 23-24), une fiche pertinence sur la cataracte est à ce jour en cours en finalisation ;

Figure au programme de travail 2018 de la HAS : l'[Évaluation de l'efficacité, de la sécurité et de l'impact médico-économique de la chirurgie de la cataracte assistée par laser femtoseconde](#).

Enfin, la HAS est citée dans la partie traitant des pratiques dérogatoires des orthoptistes en application des protocoles de coopération prévus par l'article 51 de la loi HPST (p 19, note 341). Elle note l'articulation complexe entre les deux dispositifs législatifs qui induit une confusion pour les acteurs de terrain.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'UNION NATIONALE DES
ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE
(UNOCAM) (MAURICE RONAT)*

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) n'entend pas formuler de commentaire sur ce document.

Toutefois, elle souhaite porter à la connaissance de la Cour un élément nouveau relatif à l'amélioration de la lisibilité des garanties (évoquée page 267 dans le dernier paragraphe du chapitre « 2 – *Abaisser le prix des équipements d'optique* »).

L'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent ont mené à bien de nouveaux travaux en 2018, visant à définir un accord de place sur l'amélioration de la lisibilité des garanties, dont la signature est prévue dans les prochaines semaines. Cet accord de place engage notamment les organismes complémentaires d'assurance maladie à harmoniser les principaux intitulés de leurs garanties et à mettre à disposition de leurs prospects, adhérents ou assurés des exemples de remboursement en valeur absolue.

Ces travaux ont fait l'objet de nombreux échanges avec la Direction de la Sécurité sociale et la Direction générale du Trésor, puis avec le Comité consultatif du secteur financier (CCSF). Ils ont également été présentés à France Assos Santé. Ils ont fait l'objet d'un avis du CCSF le 19 juin 2018.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE
D'ASSURANCE (FFA) (BERNARD SPITZ)*

Par courrier du 25 juillet 2018, vous nous avez adressé deux chapitres du projet de Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. La FFA tient à formuler les observations suivantes.

S'agissant du chapitre relatif aux soins visuels

Nous vous remercions vivement pour l'envoi de ce chapitre, qui fait suite aux deux rencontres que nous avons précédemment eues avec la Cour sur ce dossier. La FFA tient à souligner la qualité de l'analyse faite par la Cour : nous partageons pleinement le constat qui est établi ainsi que les pistes proposées, qu'il s'agisse de renforcer la prévention, de peser plus fortement sur les coûts ou de transformer l'organisation des prises en charge en matière de soins visuels.

La FFA souhaiterait toutefois formuler quelques remarques.

- Page 261 : bien qu'obligatoires, les dépistages à 6 ans et 12 ans en milieu scolaire sont très inégalement réalisés sur le territoire, faute de médecins scolaires dans certaines régions ou villes. Nous partageons pleinement la nécessité de faire des enfants une priorité en matière de

prévention et de dépistage des troubles visuels. C'est la raison pour laquelle l'association Attitude Prévention a décidé de mener une action d'information et de sensibilisation à la santé visuelle, auprès d'enfants d'école primaire (6-10 ans) en milieu défavorisé (une première phase expérimentale doit être prochainement lancée dans la région des Hauts de France).

- Page 262 : la FFA partage pleinement le constat de la Cour sur l'insuffisance de recommandations de bonnes pratiques et de référentiels par la Haute Autorité de santé. Mais, au-delà des actes ophtalmologiques, des implants, des prothèses ou des lentilles, c'est aussi l'évaluation des lunettes et des verres qui fait cruellement défaut en France.

Depuis plusieurs années, la FFA sollicite une action des pouvoirs publics en faveur d'une évaluation médico-économique des équipements d'optique et des innovations présentées par les fabricants. Au même titre que pour les autres dispositifs médicaux, il est indispensable d'inscrire les équipements d'optique dans une expertise du service médical attendu et des améliorations apportées. Cette démarche serait cruciale pour faire baisser les coûts des équipements d'optique et améliorer l'information et la transparence vis-à-vis des patients, deux évolutions que la Cour appelle de ses vœux. Pour les assureurs santé et leurs plateformes, cela constituerait des éléments indispensables d'amélioration de l'efficacité des réseaux de soins et la pertinence des soins. C'est une condition absolument nécessaire pour que les prises en charge par les organismes complémentaires soient mieux ciblées en fonction des besoins effectifs de santé (cf. la proposition de la Cour faite en page 277).

- Pages 264-265 : nous partageons le constat fait quant à l'impact des dispositifs de maîtrise des dépassements d'honoraires mis en place par la convention médicale (« contrat d'accès aux soins » devenu « option de pratique tarifaire maîtrisée ») : très faible attractivité du dispositif pour la spécialité des ophtalmologues (d'autant plus problématique qu'elle concerne les médecins installés mais aussi les futurs praticiens), très faible impact sur la progression des taux de dépassements d'honoraires (hormis l'effet mécanique de l'obligation de pratiquer des tarifs opposables pour les bénéficiaires de l'ACS), persistance des niveaux élevés de dépassements d'honoraires en valeur absolue, faiblesse des contrôles de l'assurance maladie obligatoire et des mises en garde... Comme déjà évoqué, nous tenons à insister une nouvelle fois sur l'impact du plafonnement des remboursements des dépassements d'honoraires par les organismes complémentaires santé en termes de restes à charge pour les patients. Dans une spécialité comme l'ophtalmologie où une proportion importante d'actes est à l'origine de dépassements supérieur à 100% de la base de remboursement et où une très faible proportion de médecins sont adhérents à l'OPTAM, les restes à charges laissés aux assurés sont fréquents (actes cliniques) et peuvent être très conséquents (actes techniques). Ce plafonnement est source d'incompréhensions et de nombreuses réclamations

des assurés auprès des organismes complémentaires. La FFA appelle de ces vœux une évaluation objective de la mesure.

- Pages 261 et 266 : la FFA remercie la Cour pour sa prudence quant à l'impact financier de la réforme « 100 % santé » pour les organismes complémentaires. A ce stade, beaucoup trop d'incertitudes existent en effet pour évaluer objectivement le coût de la réforme : comportement des opticiens et promotion des offres RAC 0, comportements des fabricants et information faite aux patients, effet rattrapage des assurés non ou mal équipés, effets d'aubaine... La FFA tient toutefois à formuler deux remarques.

- Pour les assureurs de la FFA, tel que choisi et tarifé (cf. le niveau des PLV fixés avec les représentants de la profession de l'optique), le panier du « 100% santé » va nécessairement tirer vers le haut le marché avec des impacts sur les coûts : l'anti-reflet devient un standard minimal (même dans les cas où il n'est pas justifié, comme pour les enfants) et les prix facturés s'aligneront sur les PLV fixés alors que ceux-ci sont bien souvent supérieurs aux tarifs négociés dans le cadre des réseaux de soins. Ainsi, la réforme du « 100% santé » induira un relèvement du plancher minimal de prise en charge fixé par le contrat responsable (aujourd'hui de 50€ pour des verres simples et 200€ pour des verres complexes) ; ce plancher deviendra en outre une garantie minimale des contrats (plus de possibilité de choisir une garantie couvrant exclusivement le ticket modérateur, comme c'est le cas aujourd'hui), d'où un renchérissement de tous les contrats à faible garanties en optique.
- L'abaissement de 150 € à 100 € du plafond de prise en charge de la monture n'aura un impact financier que sur les seuls contrats qui prévoyaient déjà un remboursement supérieur à 100 €, c'est-à-dire sur les contrats dont les garanties sont les plus élevées. Pour tous les autres, l'impact sera nul et en particulier, pour les contrats à faibles garanties qui subiront en revanche pleinement le surcoût décrit au premier point. Dans ces conditions, l'effet du plafonnement du remboursement de la monture sur l'évolution des cotisations des complémentaires santé est loin d'être évident. Si d'un point de vue macro-économique (approche de marché), la mesure conduira à la réduction de certaines dépenses, d'un point de vue micro-économique (approche contrat par contrat), elle n'aura pas du tout l'effet de « contrepoids » escompté, notamment sur les contrats d'entrée de gamme. En revanche, il est à craindre un fort taux de mécontentement de la part des assurés qui bénéficiaient d'un remboursement supérieur à 100 €.

- Pages 266 et 267 : plusieurs remarques doivent être formulées :

- Premièrement, la Cour souligne à juste titre le rôle extrêmement positif des réseaux de soins sur les prix et la qualité des équipements d'optique. Dans ces conditions, il est, pour la FFA, extrêmement regrettable que les pouvoirs publics n'aient pas davantage compté et promu l'action des

réseaux dans la réforme du « 100% santé ». Au contraire, il est à craindre que la réforme ait des effets négatifs sur eux alors que ceux-ci ont pleinement prouvé leur efficacité et leur rôle dans la régulation du secteur. C'est pourquoi la FFA ne partage pas la proposition de la Cour de vouloir généraliser le tiers payant sur la part relevant des assurances complémentaires, dans et hors réseau. Ce serait en effet une nouvelle façon de limiter l'usage de leviers par les complémentaires pour inciter les assurés à une plus grande pertinence des soins ; ce serait une nouvelle fois supprimer des marges de manœuvre aux organismes complémentaires en termes de gestion du risque. C'est en effet exactement du même ordre que la mesure « tiers payant contre génériques » mise en place par l'assurance maladie obligatoire pour sensibiliser les assurés et promouvoir les génériques en France (mesure qui a eu des impacts très positifs).

- Deuxièmement, la Cour évoque l'action des réseaux de soins uniquement sur les équipements d'optique. Or, leur action en matière chirurgie réfractive mériterait aussi d'être soulignée. Plus généralement, au regard de la fréquence et des niveaux des dépassements d'honoraires pratiqués pour la chirurgie de la cataracte, il serait légitime de s'interroger sur une évolution de la loi « Le Roux » du 27 janvier 2014 pour permettre le développement de réseaux de soins dit de deuxième génération permettant une prise en charge globale des patients (pré et post opératoire), incluant les dépassements d'honoraires et les coûts annexes (comme la chambre particulière facturée y compris en ambulatoire).

- Page 267 : la Cour évoque la nécessité d'améliorer la lisibilité et la comparabilité des contrats d'assurance complémentaire. Dans un contexte de complexification croissante des modalités de prise en charge du régime obligatoire et sachant la nouvelle étape induite par la réforme du « 100 % santé », la FFA, associée à la FNMF, au CTIP et à l'UNOCAM, ont décidé de prendre de nouveaux engagements pour mieux aider les assurés ou prospects à comprendre leurs contrats complémentaires santé. Ces engagements seront rendus publics à l'automne 2018 et sont à la disposition de la Cour.

- Pages 269 et plus : la FFA soutient pleinement les propositions de la Cour en matière de réorganisation des prises en charge. Deux remarques toutefois.

- Comme déjà exprimée, la FFA milite, depuis plusieurs années, en faveur d'une évolution des compétences des différents acteurs de la filière visuelle, et en particulier des opticiens-optométristes. Si les opticiens sont aujourd'hui trop nombreux et les tarifs pratiqués trop élevés, ils constituent pour autant des professionnels de santé de proximité, sur lesquels il est impératif de compter. Comme le souligne la Cour, par une action sur la formation et la qualification des opticiens et l'octroi de compétences nouvelles, il est possible de faire évoluer le modèle économique des distributeurs : la baisse des prix des équipements sera

compensée par de nouvelles prestations et services médicaux rendus, notamment en termes de réfraction. C'est un modèle gagnant-gagnant car les assurés y gagnent en termes d'accès aux soins et de délais d'attente, de même que les ophtalmologues en termes de temps médical dégagé ; pour la collectivité, les effets médico-économiques seraient également indéniables.

- La FFA appelle de ces vœux à davantage d'évaluations médico-économiques des schémas organisationnels mis en place. Elles sont essentielles pour estimer leurs retombées réelles et concrètes en termes d'accès aux soins. À titre d'exemple, il est regrettable qu'il soit si peu fait écho aux expérimentations, lancées dans les zones sous-dotées en ophtalmologues, d'actions coordonnées entre médecins généralistes et orthoptistes, y compris pour les primo-accédants à un équipement d'optique.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DE LA
MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF) (THIERRY BEAUDET)*

Comme la Cour le note, les pouvoirs publics se sont engagés à proposer à partir de 2020 des offres de matériels optiques comportant un reste à charge nul pour les patients après intervention de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires. La Mutualité Française partage l'idée de la Cour que le reste à charge n'est pas le principal obstacle à l'accès aux soins visuels.

Un peu plus loin, la Cour affirme que l'abaissement des plafonds de remboursements des montures et équipements d'optique dans les contrats responsables « doit contribuer à modérer l'évolution des tarifs des assurances complémentaires ». La Mutualité Française conteste cette affirmation trop incomplète, l'évolution des tarifs des organismes complémentaires d'assurance maladie dépendant de nombreux facteurs, comme la fiscalité ou les décisions de l'État imposant une augmentation tarifaire des prestations (forfait hospitalier). Cet abaissement serait en revanche de nature à modérer les tarifs pratiqués par les opticiens, comme la Cour le souligne page 266.

La Mutualité Française souhaite porter à la connaissance de la Cour les récents travaux menés par l'UNOCAM et les fédérations qui la composent pour améliorer la lisibilité des garanties des organismes complémentaires d'assurance maladie. Au travers d'un accord de place, dont la signature interviendra très prochainement, les organismes complémentaires d'assurance maladie s'engagent à harmoniser les principaux intitulés de leurs garanties et à mettre à disposition de leurs prospects, adhérents ou assurés des exemples de remboursement en valeur absolue.

Dans cette même page, au paragraphe relatif à la lutte contre les effets d'aubaines, la Cour a mis en exergue l'importance des volumes de séjours pour traitement de la cataracte. Les fortes disparités régionales en termes de taux de recours appellent à un renforcement des actions en faveur de la pertinence des actes. Un travail d'objectivation et de mise en lumière des écarts de pratiques, par le biais d'une mise en commun des travaux des plans pluriannuels régionaux d'amélioration de la pertinence des soins pourrait constituer une démarche utile.

En complément, une réflexion pourrait être engagée sur la systématisation des volets relatifs à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, au sein des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins qui lient les établissements, l'assurance maladie et les ARS.

Page 272, s'agissant des actes effectués par les orthoptistes, la Mutualité Française indique à la Cour que l'inscription à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) de l'acte de réalisation d'un bilan visuel à distance dans le cadre d'un protocole de délégation entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste (RNO) est en cours. Ce bilan, qui s'adresse aux patients âgés de 6 ans à la veille incluse des 51 ans, peut être réalisé par un orthoptiste. Ce bilan sera valorisé à hauteur de 28 € et pris en charge à 70 % par l'Assurance Maladie obligatoire. Il devra être réalisé à tarif opposable et ne pourra être facturé avec aucune majoration. Cette inscription devrait accélérer la délégation de compétence entre ophtalmologues et orthoptistes.

La Mutualité française est favorable à la recommandation 19 d'élargir l'offre de premier recours aux soins visuels. Des réponses doivent être apportées à la population pour réduire des délais d'attente et supprimer les refus de soins. Les mesures prises depuis quelques années pour étendre le champ de compétences des orthoptistes et des opticiens lunetiers pour dégager du temps médical aux ophtalmologues répondent à ce besoin.

La Mutualité Française partage la recommandation 22 relative à la structuration d'une offre de soins graduée portées par des initiatives locales de regroupement de professionnels de statuts diversifiés autour de plateaux techniques de références. Soucieuse de contribuer au décroisement ville/hôpital, la Mutualité est engagée en ce sens à Saint-Étienne comme le mentionne la Cour en page 274.

La Cour recommande de baisser les tarifs des soins visuels de la CCAM afin de répercuter les gains productivité permis par les récentes innovations organisationnelles et technologiques propres à ce domaine. La Mutualité Française partage cette proposition dans la mesure où l'analyse effectuée montre que la forte croissance des honoraires des ophtalmologistes (+4,4 % par an entre 2005 et 2016) est en grande partie imputable à une forte croissance des actes techniques. Il peut paraître logique que le progrès technique soit associé dans un premier temps à des

tarifs élevés puis qu'avec la diffusion de ces techniques, les prix soient corrigés à la baisse.

En matière de prévention en santé visuelle, la Mutualité Française regrette, comme la Cour, la faiblesse de l'action dans ce domaine malgré l'enjeu de santé publique. Comme la Cour l'indique, les personnes âgées et les enfants sont les plus touchés. La Mutualité Française est très engagée dans la prévention. Au travers de l'évaluation des actions qu'elle mène auprès des actifs et personnes âgées, il apparaît que 10 % des tests de vision réalisés ont nécessité une orientation vers un professionnel de santé. Des dispositifs de prévention pourraient être envisagés à l'instar de ce qui est proposé en matière dentaire dans le cadre du dispositif « M'tes dents » ou à l'entrée en EHPAD.

La Mutualité Française rejoint la recommandation 26 de la Cour concernant la définition de seuil d'activité pour les gestes invasifs les plus courants en ophtalmologie. Cette mesure serait de nature à améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge. Au-delà d'une autorisation par ophtalmologue, la Mutualité Française s'interroge sur l'intégration de la dimension territoriale au sein de ces autorisations, à l'échelle d'une équipe de soins par exemple

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE TECHNIQUE DE
L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)
(HOUSSEYNI HOLLA)*

Après lecture attentive du rapport, je vous informe par la présente que ce document n'entraîne pas de remarque particulière de ma part.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE TECHNIQUE DES
INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE (CTIP) (PIERRE MIE)*

Le CTIP n'a pas d'observations à formuler sur les extraits qui lui ont été adressés.

Troisième partie – Réduire les risques professionnels

Chapitre VIII

La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)
(YANN-GAËL AMGHAR)*

L'ACOSS partage les constats de la Cour concernant la complexité du dispositif au plan de la gestion :

Les échanges d'information entre branches AT-MP et Recouvrement occasionnent aujourd'hui une charge de gestion importante pour le réseau Urssaf. Compte tenu de leur volumétrie (de l'ordre de 30 000 notifications de taux émises par les CARSAT chaque mois), ces échanges génèrent des anomalies fréquentes, dont le traitement s'avère très mobilisateur pour les organismes ;

Cette gestion est particulièrement lourde dans le cadre de la tarification par section d'établissement. Comme l'indique la Cour, celle-ci peut donner lieu à des pratiques d'optimisation de la part des redevables. Elle génère également une charge très significative pour les Urssaf, responsables de l'application du bon taux de cotisation aux différentes fractions de masse salariale concernées ;

Comme le souligne le rapport, le dispositif actuel s'accompagne d'un volume important de contentieux, conduisant à de fréquents réajustements du taux de cotisation.

Sur ce sujet, il apparaît nécessaire de rappeler la forte mobilisation de la branche Recouvrement, mobilisation d'ailleurs reconnue par la Cour avec la levée des réserves de certification relatives à la gestion des taux AT-MP.

Cet investissement se poursuivra. La vigilance sera maintenue sur la qualité des données et la gestion des rejets dans le cadre des échanges CARSAT-URSSAF. L'analyse des causes d'écarts sera également poursuivie, en lien avec la branche AT-MP et la tutelle, afin d'identifier les pistes de travail les plus pertinentes, notamment en matière de systèmes d'information et d'articulation avec les logiciels de paie des entreprises.

Au-delà, l'ACOSS partage la préoccupation de simplification exprimée par la Cour, des modalités de tarification allégées et plus uniformes étant de nature à réduire les discordances et ainsi faciliter la gestion du dispositif pour le réseau Urssaf mais aussi les entreprises.

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

La Cour dresse un bilan de l'évolution des règles de tarification AT/MP depuis 2010.

L'Assurance maladie est, de longue date, engagée dans des efforts continus d'améliorer de ce système de tarification. Les avancées constatées par la Cour en sont la résultante et constituent une reconnaissance importante pour la branche et un encouragement essentiel à la poursuite de la dynamique.

L'Assurance maladie relève ainsi avec satisfaction que la Cour salue les améliorations importantes apportées par la réforme de la tarification de 2010 qui a permis de rendre la tarification plus incitative à la prévention pour les entreprises. Elle partage également les constats de la Cour qui souligne les progrès dans la simplification du système de tarification portés par la précédente COG (2014-2017), notamment à travers la forte diminution des codes risques et les réformes qui tendent à rendre la tarification plus simple et réactive.

Les pistes de réflexion proposées par la Cour pour réduire la complexité du processus de tarification, favoriser l'équité entre les établissements et renforcer le signal prix sont intéressantes. Elles devront toutefois être approfondies pour analyser leur faisabilité et devront être concertées avec les partenaires sociaux qui ont des prérogatives en matière de tarification.

Enfin, l'investissement dans l'amélioration des systèmes d'information et plus particulièrement la refonte de l'outil SNTRP servant à la tarification des AT/MP prévue lors de la prochaine COG AT/MP devrait permettre de renforcer la robustesse des données et des processus et réduire les coûts de gestion de la branche.

Quatrième partie – Favoriser une mise en œuvre plus efficace de leurs missions par les organismes de sécurité sociale

Chapitre IX **La déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire**

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)
(YANN-GAËL AMGHAR)

L'ACOSS tient tout d'abord à saluer la qualité et l'ampleur de l'étude menée par la Cour, qui apporte un éclairage précieux sur la mise en œuvre de cette réforme de simplification majeure pour les entreprises.

Si les constats et préconisations formulés dans le rapport sont globalement partagés, il apparaît nécessaire de revenir plus particulièrement sur la recommandation 37⁵⁴⁰ et les observations qui la sous-tendent.

Comme l'indique la Cour, l'ACOSS fait de l'exploitation des données de la DSN une priorité centrale de la COG 2018-2022. Couvrant tous les métiers de la branche, cette stratégie vise notamment à mobiliser les données individuelles de la DSN à des fins de fiabilisation afin de garantir l'exhaustivité de la collecte mais aussi l'exactitude des informations alimentant les droits à prestations des salariés.

Dans la droite ligne des préconisations du rapport, il s'agit de mettre en œuvre, à une échelle industrielle, une série de contrôles de cohérence :

- cohérence entre données individuelles et données agrégées, afin de garantir la conformité entre montants cotisés et droits ouverts ;
- cohérence entre données individuelles, soit au regard des règles en matière de cotisations (exemple : cohérence entre l'application d'une exonération à un salarié et d'autres caractéristiques individuelles du salarié), soit au regard des règles en matière de prestations. Comme l'indique la Cour, l'ACOSS teste ainsi depuis 2017 l'application aux

⁵⁴⁰ Recommandation 40 : « systématiser, sur la période 2018-2022 couverte par la convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'ACOSS avec l'État, les contrôles automatisés de cohérence entre les données agrégées de prélèvements et les données individuelles de salaires de la DSN pour la fiabilisation du recouvrement des prélèvements sociaux et du calcul des droits des salariés et mettre en place des modalités d'échange avec les entreprises assurant une correction effective des anomalies détectées ».

DSN, pour le compte de la CNAV, des fiabilisations qui étaient réalisées jusque-là par cette dernière sur les déclarations annuelles de données sociales pour garantir la qualité des données individuelles.

La mise en œuvre de ces orientations sera échelonnée sur toute la durée de la COG, afin d'étendre progressivement le champ de ces contrôles. D'ores et déjà, ces travaux de fiabilisation donnent lieu à des expérimentations en région, visant à mieux connaître les motifs d'anomalies et à définir les modalités appropriées d'échanges avec les entreprises afin de les conduire à régulariser leurs déclarations. Ces expérimentations seront graduellement étendues à de nouvelles thématiques, en vue d'une industrialisation de ces contrôles en 2020-2021.

Comme l'indique la Cour, ces travaux conduiront également l'ACOSS à expérimenter la reconstitution des montants de cotisation agrégés à partir des données individuelles. Cette reconstitution sera dans un premier temps conduite à des fins de fiabilisation des données.

Si la question de la suppression totale ou partielle du double niveau de déclaration (individuelle et par établissement), préconisée dans le rapport, n'est dans ce cadre pas fermée, celle-ci ne peut effectivement se poser qu'à moyen terme.

En la matière, plusieurs points paraissent devoir être rappelés :

- l'idée que ce double niveau de déclaration serait un facteur de complexité ou de charge pour les déclarants doit tout d'abord être nuancée, dans la mesure où, en cible, la donnée agrégée a vocation à être produite de façon automatisée par le logiciel de paie, en agrégeant l'information individuelle ;
- à court terme, ce double niveau de déclaration représente une garantie indispensable, dans un contexte où ce pont entre données individuelles et données agrégées n'est pas toujours assuré par le logiciel de paie, et où la qualité des données peut être supérieure pour le niveau agrégé, comme le démontrent les travaux conduits par l'ACOSS (exemple : surestimation de la base assujettie individuelle pour les salariés multi-contrats de travail) ;
- de façon plus structurelle, ce double niveau de déclaration constitue un instrument de sécurisation précieux dans le cadre d'un processus Urssaf où déclaration et paiement sont synchrones. Du point de vue du collecteur, il permet une vérification instantanée de la cohérence entre paiement et déclaration, ainsi que des contrôles de masse sur cette dernière (cohérence assiettes / taux / montants de cotisation par exemple). Du point de vue du déclarant lui-même, l'information agrégée constitue un instrument de contrôle du montant de cotisations dues et de ses déterminants, permettant de prévenir des versements trop faibles ou trop importants.

En dernier lieu, le niveau agrégé porte aujourd'hui des informations spécifiques, dont certaines n'ont pas de contrepartie individuelle (ex : mesures maîtres et documentalistes, mesures colporteurs de presse, cotisations sur revenus de retraites (hors paie)).

Ces constats ne font évidemment pas obstacle, à plus court terme, à une simplification des nomenclatures utilisées, préoccupation que l'ACOSS partage largement. En la matière, un travail de revue, visant à mieux documenter et rationaliser l'usage des codes type de personnel Urssaf a été engagé. Cette démarche se poursuivra. Elle implique néanmoins une réflexion concomitante sur la complexité de la réglementation sous-jacente et sur les besoins de suivi statistique associés.

À cet égard, l'ACOSS partage pleinement la préconisation de la Cour de renforcer la gouvernance de la DSN, et d'adosser cette dernière à une démarche globale de normalisation et de simplification des données sociales, dans le prolongement des travaux conduits en amont de la réforme.

Cette gouvernance est également la condition d'un dialogue satisfaisant avec l'ensemble des acteurs de l'écosystème DSN (éditeurs de logiciel, tiers déclarants...), appelés à jouer un rôle central dans l'atteinte des objectifs de fiabilisation et de simplification précités.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF) (VINCENT MAZAURIC)

La CNAF partage les observations formulées par la Cour et notamment la recommandation 38 qui répond totalement aux objectifs portés par la COG et le schéma directeur du système d'information associé. En effet, l'expérimentation conduite par la CNAF et les CAF relative à l'utilisation des données de la DSN pour le calcul du RSA servira à fiabiliser les données et les procédures techniques et métiers en vue d'un programme plus important de contemporanéisation des ressources pour le calcul des aides en logement prévu en 2019.

La CNAF attire toutefois l'attention de la Cour sur les limites suivantes :

- la recommandation 36 proposant de poursuivre la réduction du nombre de données à déclarer par les entreprises ne doit pas conduire à limiter les données utiles au calcul des prestations familiales et sociales ;
- la DSN est partielle tant sur les publics (absence de la fonction publique, des agents contractuels de l'État, des travailleurs indépendants) que sur les natures de ressources récupérées pour le calcul des aides sociales. En effet, les bases ressources des prestations familiales et sociales sont composées des salaires mais également de tous les autres revenus de remplacement, pensions alimentaires, indemnités, revenus du capital, etc. et variables selon les prestations RSA, prime d'activité et les autres prestations. Elle ne peut donc à elle seule être utilisée ou se substituer aux

ressources déclarées par les allocataires. En vue de la délivrance des prestations familiales et sociales, il est donc essentiel pour la CNAF de disposer d'une collecte exhaustive de l'ensemble des ressources des allocataires à partir de la base ressource mensuelle (BRM) prévue dans le cadre de la réforme AL 2019, elle-même en partie alimentée par la DSN et par PASRAU, et qui ne dispensera pas certaines catégories d'usagers de déclarer certaines natures de ressources ;

- la base ressources RSA et celle de la Prime d'activité s'appuient sur des notions complexes à appréhender pour l'utilisateur. En effet, il doit déclarer le montant des salaires nets perçus, valeur jamais véhiculée sur les bulletins de salaire. Il s'agit donc d'une donnée à reconstituer par l'allocataire, induisant des risques d'erreur importants et confirmés lors de l'expérimentation menée sur la DSN. La CNAF propose de prolonger l'expérimentation par l'usage du revenu net imposable, conforme aux autres bases ressources des aides sociales, en appliquant un coefficient correcteur propre à reconstituer le montant net perçu, afin de simplifier les démarches des usagers et de sécuriser l'information en s'appuyant sur les données ressources issues de la BRM,

Enfin, l'évolution de la norme PASRAU vers NEORAU pour l'année 2020 peut également permettre de récupérer des données de ressources supplémentaires et ainsi sécuriser davantage de ressources prises en compte pour le calcul du RSA.

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

La Cour revient sur la mise en œuvre et la généralisation de la DSN.

L'Assurance maladie partage le constat de la Cour que la DSN est un outil permettant la fiabilisation des données, effectivement utile à l'attribution de prestations sociales. La création d'une base ressources ou l'accès à cette base faciliterait la gestion et les contrôles de prestations faisant intervenir ces données, en particulier pour le calcul des revenus de substitution et l'attribution de la CMU et de l'ACS.

La pré-remplissage de formulaires pour l'invalidité (déclaration de ressources) ou pour les demandes de CMU pourrait effectivement constituer par ailleurs une simplification pour l'assuré, en permettant une vérification et d'éventuelles modifications plutôt que la saisie. Toutefois, pour la gestion et le contrôle de ces prestations par l'Assurance maladie, cela semble moins évident dans la mesure où seuls les revenus figurant sur la DSN feront l'objet de ce pré-remplissage, à l'exclusion des autres revenus qui doivent également être pris en compte.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE
D'ASSURANCE (FFA) (BERNARD SPITZ)*

S'agissant du chapitre relatif à la déclaration sociale nominative

Nous tenons, en préalable, à réaffirmer l'engagement des sociétés d'assurances qui se sont pleinement mobilisées en faveur du développement de la DSN, et particulièrement dans le cadre de la phase 3. La FFA, membre du GIP MDS, a mis en place des procédures d'accompagnement pour ses membres afin de faciliter le déploiement de ce projet ambitieux, lequel transforme en profondeur les modalités de gestion des contrats des organismes complémentaires.

En ce qui concerne plus précisément le projet de rapport, nos observations sont les suivantes :

- Le projet de rapport indiquant que « l'implication d'une partie des organismes de protection complémentaire dans le projet DSN reste insuffisante » laisse à penser que les organismes complémentaires ne se sont pas suffisamment engagés dans le dispositif. Cela est loin d'être le cas au regard des millions d'investissements réalisés par nos membres dans la mise en œuvre du projet DSN. Leur forte implication sur ce projet se poursuit et doit permettre de corriger les imperfections du dispositif et de poursuivre la phase de montée en charge actuelle.

Il est intéressant de souligner que ce chantier représente pour les assureurs un investissement de plusieurs dizaines de millions d'€, et donc de centaines de milliers de jours-homme de travaux pour sa réalisation.

- La phrase « Alors que la DSN a pour objet de remplacer cette déclaration, des organismes complémentaires ont dû demander à leurs adhérents de communiquer une DADS-U début 2018 » ne mentionne pas une des difficultés majeures pour les organismes complémentaires, celle de la qualité des données. En effet, les données figurant dans les déclarations DSN transmises par les entreprises ou les experts comptables aux entreprises d'assurances ne sont pas toujours exploitables en l'état par l'assureur et nécessitent donc d'être vérifiées. Dans encore 30 % à 40 % des cas, la déclaration DSN ne peut être exploitée comme elle devrait l'être et le recours à l'ancienne procédure peut s'avérer nécessaire. Pour contribuer à la réussite de la généralisation, les fédérations d'organismes complémentaires, dont la FFA, diffusent gratuitement depuis février 2018 aux déclarants/tiers déclarants un outil pour tester la qualité des DSN avant leur transmission (au regard des fiches de paramètres xml).

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DE LA
MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF) (THIERRY BEAUDET)*

Page 330 : la Cour résume la gouvernance mise en place pour le projet DSN. La Mutualité Française s'est félicité de cette gouvernance, qui permettait en effet une réelle concertation entre les acteurs, membres et financeurs du GIP, et les maîtrises d'ouvrages nationales, avec un alignement stratégique piloté par l'État. Toutefois, avec les autres membres du GIP-MDS, la Mutualité a regretté que cette gouvernance évolue, sans réelle concertation, avec une disparition de fait de la MOAS, alors même que le projet n'est pas terminé. La Mutualité Française souligne l'importance de maintenir une bonne concertation entre tous les acteurs, car le projet DSN se poursuit (notamment pour la DSN du secteur public) et doit être complété par de nombreux projets complémentaires. Elle rejoint en cela les constats faits par la Cour page 352, et notamment la nécessité de reconstituer une MOAS dotée d'un réel poids politique et capable d'une concertation opérationnelle, à l'écoute des organismes complémentaires (comme cela fut le cas durant les premières années du projet).

La Cour souligne page 336 que « l'implication d'une partie des organismes de protection complémentaire dans le projet DSN reste insuffisante ». Ce point avait déjà été porté à notre connaissance par la Cour dans son rapport d'observation provisoire sur la DSN du 27 avril 2018. Dans notre réponse à la Cour du 23 mai 2018 (à M. Denis Morin), nous avons eu l'occasion de souligner l'importance de l'implication des mutuelles dans le projet et leurs nombreuses initiatives, malgré les difficultés qu'elles rencontrent aujourd'hui. A ce titre, nous approuvons la proposition de la Cour de relancer le chantier avec l'appui de la MOAS, notamment auprès des éditeurs concernés.

Pour ce qui concerne le nombre de mutuelles qui auraient exploité les données de la DSN cité à la même page (90 mutuelles sur 200 concernées), il convient de souligner qu'il s'agit d'un traitement complètement automatisé des DSN. Certaines mutuelles ont en effet pu mettre en place des solutions provisoires, en attendant notamment la mise à jour de leurs logiciels de liquidation des prestations.

Aux limites que la Cour pointe page 338 concernant le TESE, on peut ajouter l'incapacité actuelle, pour l'ACOSS, de fournir aux organismes complémentaires concernés le détail des cotisations perçues par contrat. Les informations envoyées par l'ACOSS dans le cadre du TESE sont insuffisantes, ce qui ne facilite pas la gestion des contrats pour les petites entreprises et peut, dans certains cas, entraîner une rupture des prestations de couverture santé des salariés concernés.

La Mutualité Française partage le souhait de la Cour d'une entrée en DSN des trois fonctions publiques la plus fluide possible. Notre fédération s'emploie à suivre de près les travaux du GIP-MDS pour informer et préparer

les mutuelles concernées ; une meilleure visibilité sur le calendrier des travaux serait la bienvenue (à cet égard, la proposition 35 formulée page 354 - une DSN Fonction Publique au plus tard en 2022 - nous paraît structurante).

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE TECHNIQUE DES
INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE (CTIP) (PIERRE MIE)*

Le CTIP n'a pas d'observations à formuler sur les extraits qui lui ont été adressés

*RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DU GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC
MODERNISATION DES DÉCLARATIONS SOCIALES (GIP MDS)
(ÉLISABETH HUMBERT-BOTTIN)*

Le GIP-MDS souhaite appeler l'attention de la Cour sur quelques éléments de précision que vous trouverez ci-dessous.

- Pages 336-337 : l'objectif majeur de simplification, tel qu'affirmé par IGAS IGF comme la cible principale et unique des travaux, n'est pas suffisamment atteint pour étendre à de nouveaux objectifs avant qu'il ne soit consolidé, de nombreuses données proches pourraient être allégées avec un vrai travail de normalisation à mener au niveau du CNDS.
- Page 341 il est mentionné : *Les vertus simplificatrices de la DSN dans l'exercice de leurs obligations déclaratives par les employeurs seront d'autant plus fortes qu'elle s'élargira au plus grand nombre possible de déclarations sociales prenant en compte tout ou partie des données de la paie.*

Ce ne sera pas le cas si cet élargissement ne s'accompagne pas d'une vraie recherche de normalisation de la part de l'État. Quatre exemples :

- la DOETH doit être proposée en DSN à compter de 2020; alors même que la première expression de besoin avait été portée par le CNDS en recherchant de vrais leviers de simplification, une information récente est venue remettre en cause cela et finalement la DOETH ne sera pas « naturelle » en sortie de la DSN ;
- alors même que les notions de mois principal déclaré et date de versement étaient homogènes entre la DGFIP et la sécurité sociale depuis la création du système social et que la portée des deux dans un même message (la DSN) était possible car c'était homogène, une évolution des textes a rompu ce lien à compter de janvier 2018; la DSN véhicule désormais les données du mois d'activité pour la sphère sociale mais celle du mois de versement pour la sphère fiscale, ce qui est orthogonal avec un axe de simplification ;

- alors que le plafond de sécurité sociale était depuis l'automatisation de la paie calculé en 30^{ème}, il est depuis le décret recouvrement de novembre et un décret complémentaire paru en mai à calculer en nombre réel vis-à-vis du mois concerné, ce qui oblige à ajouter une donnée dans la DSN ;
- alors que les rappels de salaire étaient pris en compte avec les salaires du mois, le même décret que supra évoque désormais la date de fin de contrat pour application des règles, taux et plafonds de l'époque. Cela complexifie non seulement l'acte de paie, mais également les informations à véhiculer en DSN.
- Page 342 : La dénormalisation ci-dessus évoquée se retrouve dans les chiffres sur le nombre de données en DSN. Alors que la phase 3 (qui est celle en place) devait normalement être fondée sur une déclaration contenant environ 250 données, c'est donc déjà plus de 400 qui sont in fine rendues nécessaires du fait des arbitrages pris ces derniers temps, semblant indiquer un abandon au moins partiel de l'objectif de normalisation.
- Page 343 : Ainsi que mentionné ci-avant, l'objectif louable du CNDS lors du lancement des travaux DOETH ne s'est finalement pas avéré confirmé et de nouvelles notions d'effectifs seront à traiter selon une praticabilité non établie à ce jour pour les entreprises.

Puis sur la mention : *à partir des données déclarées par les employeurs, l'ACOSS pourrait ainsi reconstituer, puis transmettre aux autres organismes de protection sociale concernés les données relatives aux effectifs mensuels et aux effectifs moyens.*

Il est prévu depuis le lancement de la DSN avec la mise en place du RCD (répertoire commun des déclarants) de mettre à disposition de tous les partenaires de la sphère sociale les effectifs calculés par l'ACOSS pour les entreprises du régime général et la MSA pour les entreprises du régime agricole. Le GIP a proposé le lancement de ce projet dès début 2018 mais à ce stade l'ACOSS (qui est maître d'œuvre du RCD) n'a pas donné de suite favorable. Ce sujet pose la question de la gestion du collectif, qui pour dépasser les cloisonnements naturels tels qu'évoqués au début du rapport de la Cour entre OPS, doit continuer d'être entretenue comme elle l'est depuis des années au niveau du GIP dans un cercle plus large que celui d'un organisme unique.

- Page 344 à propos de la mention : *Les fonctionnalités du PNDS devront être rendues complémentaires à celles du portail du compte personnel d'activité www.moncompteactivite.gouv.fr, qui permet d'accéder en ligne aux bulletins de paie.*

Il convient de noter que cette concomitance d'affichage pose également la question de la traduction juridique de l'usage des données DSN en lieu et place du Bulletin de salaire. Rien ne permet d'affirmer d'une stricte exactitude entre les deux et laisser les deux sources conduira à des incompréhensions des

salariés (PNDS) et surtout de forts alourdissements de la gestion par les organismes (BRM).

- Page 348 il est écrit : *À moyen terme, la DSN devrait ainsi être réaménagée afin que les assiettes salariales et les prélèvements sociaux déclarés par les entreprises de manière agrégée constituent la somme de ceux détaillés par salarié.*

C'est normalement déjà le cas. Le vrai objectif de simplification serait de supprimer tout agrégat charge à ceux qui reçoivent de les calculer car par nature les agrégats dépendent des législations de chacun : fond à alimenter pour ACOSS, contrat pour les complémentaires, SIREN pour la DGFIP, etc. et donc les faire porter par les entreprises est contre nature vis-à-vis de l'acte de paie qui est toujours nominatif.

- Page 349 il est écrit : *Pour assurer la complétude des carrières des assurés sociaux, les organismes de son réseau n'auront alors plus à demander à ceux partant à la retraite en début d'année de communiquer leurs bulletins de salaire relatifs à la dernière année civile.*

Ce pourrait déjà être le cas via un usage de Dad e. *A contrario* l'alimentation mensuelle du RGCU pourrait présenter à terme des inconvénients en termes de cohérence.

- Page 354 il est mentionné : *Développer toutes les potentialités de la DSN pour les entreprises et les salariés en élargissant le périmètre de la DSN à de nouvelles déclarations, en poursuivant la réduction du nombre de données à déclarer et en menant à terme les projets de base de données offrant de nouveaux services aux entreprises et aux salariés.*

Plutôt que « en poursuivant », nous suggérons « en réaffirmant et en portant réellement ».

Il est mentionné : *Reconstituer une gouvernance interministérielle chargée de définir les priorités, la méthodologie et les étapes nécessaires pour utiliser pleinement les potentialités de la DSN et en mesurer les gains et les coûts pour les entreprises et les administrations.*

Nous suggérons d'ajouter que cette gouvernance interministérielle doit porter la normalisation et les arbitrages stratégiques et que concernant les questions opérationnelles, elles relèvent de la compétence du GIP ce qui pose de fait la nécessité d'un travail en étroite articulation entre cette MOAS et le GIP-MDS, à l'instar de ce qui avait été instauré au lancement de la DSN.

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

Les extraits communiqués n'appellent pas de remarques particulières de notre part.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE PÔLE EMPLOI
(JEAN-BASSÈRES)*

Dans le cadre du projet de rapport précité, j'ai pris connaissance avec intérêt de vos observations concernant la déclaration sociale nominative.

Je n'ai pas d'observations particulières sur cette partie du projet de rapport dans laquelle la Cour a intégré les observations que j'ai formulées et communiquées par un courrier du 28 mai 2018.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GIE AGIRC-ARRCO
(FRANÇOIS-XAVIER SELLERET)*

Nous avons pris bonne note du projet de rapport de la Cour. Toutefois, nous n'avons pas de remarque particulière à formuler.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE CENTRALE DE LA
MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA) (MICHEL BRAULT)*

Ces textes n'appellent pas d'observations de ma part.

Chapitre X

Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique : un redressement impératif

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES
ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)
(YANN-GAËL AMGHAR)*

Le projet de rapport appelle une série d'observations de la part de l'ACOSS.

La première série de remarques porte sur le recouvrement des prélèvements sociaux dans les caisses de Guadeloupe, Martinique et Guyane.

D'importants efforts sont consacrés par l'ACOSS et le réseau (dispositif d'Urssaf d'appui) en termes d'accompagnement et d'évolution des SI pour renforcer et professionnaliser le recouvrement amiable et forcé en CGSS. Des progrès ont été constatés même s'ils ne permettent pas encore de combler l'écart avec les performances des Urssaf de métropole. En la matière, l'ACOSS fixe des objectifs importants d'amélioration des indicateurs, estimant qu'une progression est possible même si l'action de recouvrement sur ces territoires est plus complexe, y compris pour des raisons exogènes comme le pointe justement la Cour.

Plusieurs séries d'actions ont été engagées au service de cet objectif d'amélioration des performances :

La formalisation et la mise en place, en 2017, d'une stratégie de recouvrement spécifique aux organismes concernées (rédaction d'une politique RAF dédiée et implémentation dans le SI). Cette démarche donnera bien évidemment lieu à un suivi attentif, afin d'observer l'évolution des résultats et d'identifier les axes d'ajustements à envisager.

Des plans d'actions nationaux sont mis en place au sein de chaque CGSS afin d'optimiser la gestion et le suivi du partenariat avec les huissiers, avec notamment pour objectif d'influer positivement sur les résultats du recouvrement forcé.

En matière de gestion de la prescription des créances, un chantier d'optimisation du paramétrage du SI RAF dans les DOM a été lancé en 2017, avec un travail sur le paramétrage des traitements de surveillance et l'exploitation des listes de surveillance ainsi que le développement d'un automate pour l'enregistrement des créances prescrites. Une formation sur le renforcement des compétences en matière de prescription a également été déployée en CGSS en juillet 2017. Des actions sont conduites auprès des études d'huissiers (information et communication entre les caisses et les études, mise à disposition des listes, suivi des comptes ciblés) en lien avec la rénovation progressive du partenariat avec les huissiers de justice. Le passage des traitements de surveillance et de codification de la prescription fait l'objet d'un suivi bimestriel avec les CGSS.

Un plan de fiabilisation des Taxations d'office (TO) a été mis en place, comprenant notamment les actions suivantes : relance téléphonique, radiation des comptes multi TO après vérification administrative, accompagnement des cotisants sur les régularisations DSN, fiabilisation mensuelle des TO à fort enjeux financiers. Ce plan vise à une résorption des stocks permettant une gestion plus réactive des flux. Il s'est traduit par la rédaction d'une fiche de procédure sur le recouvrement des TO. Les indicateurs de suivi sur la part des TO dans les cotisations liquidées et d'intensité de la politique amiable font également l'objet d'un suivi bimestriel.

Concernant le recouvrement des travailleurs indépendants, l'ACOSS et les CGSS Antilles-Guyane mettent en œuvre en 2018 un plan de reprise de l'envoi automatisé des contraintes. La première phase de ce plan consiste en une reprise du stock des mises en demeure, avec priorisation des contraintes à adresser aux huissiers de justice sur la base du risque de prescription, et sur la mise à disposition d'un outil permettant aux organismes d'automatiser la communication des contraintes aux huissiers de justice. Cet automate a été développé en fin d'année 2017 et livré en janvier 2018. Une phase de test est en cours. La seconde phase consiste à mettre en œuvre la gestion automatisée de l'envoi des contraintes sur le flux : une évolution des traitements

informatiques sera livrée au cours du second semestre de l'année 2018 pour adresser automatiquement les contraintes aux huissiers de justice.

S'agissant enfin de la situation de certains administrateurs de CGSS susceptibles de se trouver en retard vis-à-vis de leurs obligations sociales (II.C.4.), l'ACOSS prend note des constats formulés par la Cour. Ces situations font l'objet d'un examen approfondi en lien avec les caisses concernées.

La seconde série de remarques porte sur la gestion des exonérations de cotisations (LODEOM) par les organismes concernés.

La mise en œuvre des vérifications liées à la condition d'être à jour du paiement des cotisations a effectivement été retardée, compte tenu des anomalies constatées sur le traitement de détection des comptes concernés.

Le dispositif de suivi des exonérations s'inscrit dorénavant dans le cadre d'un plan progressif coproduit par les CGSS et la caisse nationale, avec en perspective une automatisation attendue de la gestion du dispositif d'analyse et de remise en cause du droit aux exonérations. Les vagues d'actions ont été définies avec l'ACOSS et les seuils sont abaissés après évaluation de la vague précédente. Ces vagues concerneront de fait un nombre important de cotisants et d'effectifs salariés.

À ce jour cependant, et indépendamment des aspects SI, la gestion de ce dispositif demeure complexe, et un examen individualisé des situations reste souvent indispensable avec à la clé une charge significative et des retards dans le traitement des dossiers.

La refonte annoncée des exonérations applicables à l'Outre-mer peut être l'occasion d'une simplification en la matière, dont il appartiendra à la tutelle d'apprécier l'opportunité.

La troisième série de remarques porte sur l'organisation des caisses de sécurité sociale des Antilles et de Guyane et les mutualisations d'activité

L'ACOSS rappelle que les CGSS sont parties intégrantes du programme de mutualisation amorcé suite à la signature de la COG. Des mutualisations sont effectivement prévues entre CGSS. Les activités retenues sont à ce stade la téléphonie, le recouvrement auprès des praticiens et auxiliaires médicaux, et celui de la cotisation PUMA. Une quatrième thématique est par ailleurs encore à l'étude (trésorerie).

Afin de s'assurer d'une cohérence globale et de viser une plus grande efficience collective, l'ACOSS procédera in fine aux arbitrages nécessaires dans la délégation de gestion. Ces choix seront intégrés dans les projets de CPG discutés avec les CGSS.

Sur la question de l'organisation proprement dite, l'ACOSS prend note de la recommandation de la Cour concernant la création d'une Urssaf interrégionale Antilles-Guyane. Il ne lui appartient pas de se prononcer sur

cette orientation, très structurante, et qui engage également les autres branches ainsi que la tutelle.

Concernant le pilotage national des caisses d'outre-mer (III.C.1.), l'ACOSS souhaite préciser qu'elle a entrepris, conformément aux préconisations de la Cour, de revoir les modalités de fixation et de suivi des objectifs impartis aux CGSS.

Dans le cadre des CPG, les indicateurs impartis aux CGSS s'assortiront de cibles en augmentation croissante afin de tenir compte des écarts de performance actuels avec les organismes métropolitains. Cette approche, retenue pour les indicateurs métier, n'apparaît pas justifiée pour les indicateurs liés à la qualité de service pour des raisons d'égalité de traitement entre cotisants.

Le dialogue de gestion avec les CGSS sera par ailleurs resserré, via l'organisation d'un bilan annuel pour chacun des organismes concernés.

Enfin, les organismes d'outre-mer seront réintégrés à partir de 2019 au champ du dispositif d'audit national et d'audit en région, de manière à permettre un examen plus régulier de la situation des structures concernées.

S'agissant enfin du renforcement du rôle de la mission de coordination (MICOR), l'ACOSS partage les préoccupations exprimées dans le rapport, mais appelle néanmoins l'attention de la Cour sur la nécessité de doter celle-ci des moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces ambitions.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF) (VINCENT MAZAURIC)

Ce chapitre reprend l'essentiel des observations formulées dans le rapport issu de l'enquête sur les organismes de sécurité sociale des Antilles et de Guyane, que vous nous avez transmis le 9 mai 2018.

Il appelle de notre part les mêmes réponses :

- nous partageons largement les observations formulées sur la performance et la situation des CAF des Antilles et de la Guyane ;
- les travaux déjà engagés avec ces organismes vont dans le sens des recommandations émises et seront poursuivis dans la période conventionnelle 2018-2022 qui lie les CAF et la CNAF.

Recommandation n° 40 : « Mettre en œuvre des mesures d'urgence visant à redresser les aspects les plus critiques de la gestion des caisses de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique (erreurs de liquidation [...] et des prestations versées par la branche famille) ».

- Les CAF des Antilles et de la Guyane bénéficient des dispositifs institutionnels de formation initiale pour les métiers de service aux usagers (gestionnaires conseils, conseillers de service à l'usager,

contrôleurs). La réussite de ces parcours de formation est sanctionnée par la délivrance d'un certificat de qualification professionnelle.

Par ailleurs, afin de prévenir les erreurs de liquidation, les orientations de la CNAF visent à affecter les tâches de liquidation adaptées aux techniciens selon leurs compétences, à partir d'un diagnostic des compétences.

À titre d'illustration, la branche Famille a déployé un programme « qualité - coût- délais (QCD) » (avec les CAF de Seine-Saint-Denis, du Pas-de-Calais et du Var) dont un des axes est de renforcer les coopérations entre les services ordonnateurs et ceux de vérification comptable pour limiter la non-qualité avec:

- des échanges réguliers et systématiques visant à harmoniser les pratiques (cellule d'arbitrage neutre, cellule d'harmonisation) ;
- des routines qualité qui visent à assurer le traitement quotidien de tous les rejets de liquidation par unité afin d'identifier les actions individuelles et collectives à mener pour améliorer la qualité de la liquidation des interfaces organisées via des canaux multiples (ligne et permanence téléphonique, visite du vérificateur dans les unités de production...).

Par ailleurs, la CNAF rappelle que l'amélioration de la qualité et de la liquidation nécessite une révision systémique de son modèle de production dont le premier palier est la réforme de l'allocation logement prévue en 2019.

Recommandation n° 42 : « Développer les mutualisations d'activité, en spécialisant chaque fois que cela est pertinent les sites [...] et des CAF par pôles de compétence couvrant l'ensemble de la zone Antilles-Guyane et en faisant participer ces organismes aux mutualisations mises en œuvre dans le cadre national ».

- Concernant les CAF des Antilles et de la Guyane, la CNAF veillera à l'aboutissement de la mise en œuvre des mutualisations nationales obligatoires qui n'ont pas été engagées jusqu'à présent, particulièrement la gestion mutualisée de l'ASFR.

Pour renforcer l'accessibilité de l'ensemble des CAF en matière de réponse téléphonique, il sera étudié la possibilité de tirer parti du décalage horaire des CAF des Dom (Antilles-Guyane et La Réunion) pour leur confier une réponse téléphonique permettant de couvrir des créneaux horaires élargis.

Recommandation n° 43 : « Revoir les organisations internes des organismes outre-mer pour renforcer leur capacité de production et la mise à la disposition de leurs publics d'une offre de services multi branches ».

Si les CAF des Antilles et de la Guyane ont eu une évolution d'effectifs plus favorable au cours de la COG 2013-2017, justifiée par l'évolution de leurs charges de travail, elles contribueront comme toute CAF à la trajectoire de réduction des effectifs de la branche Famille au cours de la période 2018-

2022. Les services de soutien dans les CAF participent déjà pleinement aux efforts de gestion et à la trajectoire de restitution des effectifs. Ils seront encore plus largement mis à contribution pour garantir l'atteinte d'un ratio de 50 % des effectifs de gestion administrative affectés à la liquidation des droits, conformément aux consignes nationales. Le suivi renforcé des CAF par la caisse nationale sera poursuivi, si c'est nécessaire, dans le cadre du programme des CAF à forts enjeux.

Les CAF des Antilles et de la Guyane auront à déployer, comme l'ensemble des CAF, des parcours usagers qui visent à proposer une offre globale de service à des usagers confrontés à un événement particulier ou une situation de vie. Ces parcours seront progressivement déployés (en commençant par les parcours séparation et naissance) et intègrent une dimension d'offre partenariale associant les autres branches sécurité sociale.

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

La Cour dresse un constat sévère sur le fonctionnement des organismes de sécurité sociale des Antilles et de la Guyane, tout en relevant les spécificités de ces territoires qui contribuent à la complexité des contextes locaux.

Les organismes de sécurité sociale exercent dans des territoires marqués par des singularités démographiques (populations plus jeunes) et économiques (revenus moyens très nettement inférieurs à la France métropolitaine) ayant un impact certain sur l'activité des CGSS.

L'Assurance maladie partage l'analyse de la Cour sur la nécessité de tirer parti d'effets d'échelle liés, selon le cas, à la faiblesse du nombre de dossiers, à la complexité de ces derniers ou à la masse d'opérations répétitives à traiter par chaque organisme. Ainsi, à l'instar de ce qui est fait dans le réseau des CPAM, la mise en place d'un Travail en Réseau de l'Assurance Maladie (TRAM), adapté aux CGSS, pourrait permettre l'amélioration de la productivité sur certains processus. Cette mise en place nécessitera un travail commun préalable, respectant les spécificités de chacune des CGSS.

Les CGSS ont dès à présent la possibilité de faire appel au programme d'aide ponctuelle « Phare », permettant aux organismes en difficultés sur certains processus, de confier temporairement une partie de leur charge de travail à un autre organisme. Une extension de ce dispositif est en cours de déploiement dans le réseau de l'assurance maladie.

L'Assurance maladie partage également la préoccupation de la Cour de voir la coordination interbranche mieux assurée et de rendre plus efficace le soutien des caisses nationales. C'est dans cet esprit qu'est mis en place, en 2018, le budget unique des CGSS, la CNAM jouant le rôle de caisse pivot nationale. Cette évolution devrait simplifier et faciliter la gestion budgétaire et comptable dans les CGSS. S'agissant des aspects immobiliers, un plan

immobilier national spécifique aux CGSS a d'ores et déjà été validé par l'ensemble des branches. Sa mise en œuvre interviendra sur la période couverte par la COG 2018-2022.

Il est également prévu un contrat pluriannuel de gestion (CPG), pour partie commun, élaboré et négocié en concertation avec l'ensemble des caisses nationales. Ce CPG commun a pour but le développement des synergies interbranches et de renforcer la réactivité des CGSS. Enfin, pour les outils informatiques, un applicatif de relation client interbranche est déjà utilisé à la CGSS de la Martinique. Sa généralisation au sein des autres CGSS nécessite néanmoins des travaux complémentaires.

*RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE
LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA MARTINIQUE (CAF)
(NADINE JEANNETTE)*

La CAF de la Martinique remercie la délégation de la Cour pour le bon climat relationnel durant la période d'investigation même si la pression était très prégnante lors des questions croisées et les demandes de données, qui nous l'espérons ont toutes été satisfaites à la mesure de nos moyens.

Les présentes réponses transmises à la demande des auditeurs ont pour finalité d'éclairer la Cour sur les quelques points du rapport.

1- Périmètre d'intervention

La CAF de la Martinique regrette que le cadrage des auditeurs par la Cour n'ait porté que sur la mission de payeur de prestation, même si les bons résultats de la CAF de la Martinique dû à l'engagement du CA et du personnel de l'organisme ont été soulignés par la Cour (depuis 2015 la CAF de la Martinique fait partie des 5 premières CAF du réseau qui verse le plus rapidement les prestations 0 à 2 jours).

Qu'est-ce qu'une CAF à notre avis ? Un outil local de mise en œuvre des Politiques Publiques de la Famille.

La mission des auditeurs ne portait visiblement pas sur ce périmètre. Les actions très importantes, les innovations de service mis en œuvre sur le territoire dont la complexité est reconnue, n'ont pas été audités même si la délégation a jeté un regard rapide sur l'action sociale.

La demande de la population porte sur les services et non forcément sur les prestations en numéraire.

Si ces services portés par l'action sociale sont nettement moins coûteux et répondent aux besoins des populations, il nous faut les développer et les valoriser peut-être en optimisant les prestations.

Ces services en ce qui concerne par exemple la Petite Enfance ou la Parentalité ne seraient qu'embryonnaires dans notre territoire sans l'action de la CAF. Situation amplifiée dans les Outre-Mer, ils contribuent par ailleurs largement à la paix sociale.

2- Productivité

La Cour fait état d'une productivité légèrement inférieure au réseau de la CAF Martinique.

Le contexte social accroît incontestablement la charge de travail pourtant la Cour souligne la forte incidence des facteurs sociaux économiques sur l'exercice du métier : les Prestations sous condition de ressource, la part élevée des familles mono parentales, nous ajouterons la précarité exacerbée, l'illettrisme, le désengagement financier des collectivités sur le plan social, des territoires en voie de développement, etc. Ce contexte reconnu par la Cour comme différent, accroît incontestablement la charge de travail.

Ce surcroît de charge et de complexité n'est pas mesuré ni pris en compte. (La grille Nationale peu adaptée au contexte est appliquée indifféremment en ce qui concerne les moyens).

Comment expliquer la productivité légèrement inférieure de la CAF de la Martinique par rapport au réseau et ses excellents résultats ?

Comme indiqué aux auditeurs :

La CAF de la Martinique à la suite de l'excellente démarche CAF à forts enjeux National et de l'enquête réassurance (financée par le National) a développé en local un modèle de Production de Service.

Le niveau de Production de la CAF de la Martinique découle d'une stratégie intégrée orientée client de traitement de flux et visant à répondre le plus rapidement possible aux forts enjeux de précarité des territoires « La misère n'attend pas ».

Quelques points clés :

- Tous les engagements de moyens humains ne sont pas pris en compte dans la mesure de la productivité :

- Anticipation des services (non évalué) ;
- Stratégie numérique (Caravane des droits ; accompagnement des populations valorisé au niveau National : Meilleur Service CAF COM d'or). Dispositif tous ambassadeurs (non évalué) ;
- Amélioration de la qualité (non évalué) : (La CAF de la Martinique est certifiée ISO 9001 depuis décembre 2015) ;
- Traitement en flux tendu (non évalué) ;

- Pilotage d'un réseau d'accompagnateur des « laissé pour compte » de la stratégie numérique (non évalué) ;

- Engagement dans les Politiques Publiques de la Famille (non évalué) ;

Etc.

- Le retard et les stocks génèrent artificiellement des flux, du renvoi de pièces de 2 à 3 fois, parfois jusqu'à 5 fois : Réitération.

Le dispositif actuel de mesure de la productivité accorderait donc plus de moyens et une meilleure production à ceux qui ont des stocks.

- Le numérique génère une productivité moindre qui n'est qu'apparente.

Le numérique traite principalement les situations simples, les dossiers complexes (qui prennent du temps) sont à la charge du technicien. Ce sont les volumes de pièces et les dossiers simples qui permettent d'augmenter la productivité. Tous les techniciens le savent et les cadres aussi.

La CAF de la Martinique dispose donc d'une bonne productivité

3- Effectifs GRH

Les observations faites par la Cour des Comptes présentent un caractère global en ce qui concerne les Organismes des Territoire d'Outre-Mer.

Ce rapport présente de manière significative deux niveaux d'analyse :

- Des budgets et des effectifs substantiels

- Une capacité de production amoindrie

Les effectifs

Ces deux points donnent lieu à des remarques globales et ne prennent pas en compte les efforts faits principalement par la CAF de la Martinique :

1 - Le rapport pointe, en le regrettant, que la Caisse Nationale a volontairement exempté les CAF de l'effort de diminution d'effectifs et révèle une augmentation de leurs effectifs de 4,6 %.

Il est admis qu'à l'instar des Organismes voisins d'Outre-Mer, la CAF de la Martinique maîtrise un contexte social plus complexe et nécessite des actions spécifiques et des moyens pour le faire sur le territoire qui ne sont pas pris en compte dans le moule National. La CAF de la Martinique souffre d'une précarité plus élevée sur son territoire que dans l'hexagone. Dans de nombreux cas, les organismes des régions ultra-périphériques s'efforcent d'apporter aux populations les meilleurs services possibles et doivent composer en tenant compte des difficultés inhérentes à leur territoire liées de surcroît notamment à l'analphabétisation, au besoin de ré-assurance, à la fracture numérique, à la monoparentalité, etc.

Cependant, Il convient de préciser au-delà de la vision DOM la maîtrise d'effectifs opérés par la CAF de la Martinique tout au long de la COG 2013-2017. Cela constitue un élément majeur de la gestion de la CAF de la Martinique au regard du respect des règles budgétaires (voir tableau remis aux auditeurs).

2 - La Cour recommande : « de nouveaux Schémas Directeurs R H qui sauraient identifier les métiers affectés par de nombreux départs à la retraite ».

La CAF de la Martinique dispose d'un Schéma Directeur de Gestion des Ressources Humaines (SDRH), a développé une GPEC, une Charte des Valeurs, une Démarche de Maîtrise des Risques Psychosociaux (avec des consultants) et organise cette année un Forum des Métiers à l'intention de son personnel pour préparer les Agents et accompagner le Futur.

4- Budgets substantiels

L'analyse que la Cour fait des dotations budgétaires appelle un élément de réponse en ce qui concerne la CAF de la Martinique. En effet, de 2012 à

2017, les crédits de référence (CREF) servant à rémunérer les effectifs en place ont constamment diminué au cours de cette période. Il en va également pour les autres dépenses de fonctionnement (ADF). Globalement la diminution des dépenses budgétaires a été de -16,20 % sur l'ensemble de la COG 2013-2017.

EVOLUTION DES RESSOURCES

GESTION UNIQUE ADMINISTRATIVE

Limites financières	2017	Evol. (%)	2016	Evol. (%)	2015	Evol. (%)	2014	Evol. (%)	2013	Evol. (%)	2012
CREF	13 743 473,00	-1,67%	14 006 002,00	-3,67%	14 560 880,00	-6,41%	14 621 061,00	0,40%	14 591 740,00	-3,14%	15 064 304,00
Excédent							341 270,00	-100,00%		-100,00%	768 789,00
Recettes	723 741,00	46,07%	495 469,00	75,39%	282 500,00	100,00%	135 184,00	46,14%	92 501,00	-79,67%	455 032,00
Mutualisation											
Missions								-100,00%	100 000,00	-10,26%	111 828,00
Surcoûts	5 087 318,00	0,43%	5 065 712,00	-0,04%	5 069 872,00	-0,27%	5 083 594,00	1,48%	5 011 122,00	0,48%	4 988 344,00
Interselement	202 614,00	-0,69%	204 434,00	-4,14%	213 274,00	142,80%	87 839,00	-53,00%	187 074,00	7,17%	174 658,00
Expérimentation	353 170,00	3,67%	340 023,00	10,22%	308 504,00	8,46%	281 850,00	118,86%	21 750,00		
Total	20 110 316,00	-0,01%	20 111 640,00	-1,58%	20 435 030,00	-0,56%	20 550 798,00	2,72%	20 004 187,00	-7,22%	21 562 955,00



- La CAF de la Martinique est une des CAF les moins chères du Réseau quand on exclut le surcoût (voir nuage de points remis à la délégation).

- Enfin, les moyens budgétaires raréfiant, la CAF de la Martinique comme elle l'a expliqué à la délégation s'est régulièrement retrouvée en difficulté sur ce plan et donc dans un « dialogue de gestion » (dispositif National d'accompagnement des CAF qui ont des difficultés budgétaires).

Conclusion :

La CAF de la Martinique remercie les auditeurs et la Cour pour cet éclairage sur ses missions et cette occasion de se projeter sur le futur en s'arcboutant sur le passé.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE
SÉCURITÉ SOCIALE DE LA GUADELOUPE (CGSS)
(HENRI YACOU)*

La Direction de la CGSS de la Guadeloupe ainsi que son Conseil d'Administration considèrent que l'enquête conduite en 2017 par la Cour des Comptes auprès des CGSS et des CAF des 3 départements des Antilles et de la Guyane est intervenue à un moment tout à fait stratégique de la vie des organismes de protection sociale outre-mer.

En effet, 70 ans après leur création, la question de la pertinence et l'efficacité du modèle de gestion de la protection sociale outre-mer confiée à deux organismes la CAF et la CGSS rattachés à 5 organismes nationaux et à la question de leur place dans les réseaux de caisses redouble d'acuité au vu des réformes organisationnelles en cours au niveau des réseaux des différentes Branches de Sécurité Sociale.

• Des constats et des analyses reconnus par la CGSS de la Guadeloupe

- « Une CGSS : une grande complexité de pilotage et de gestion... »

La complexité du pilotage administratif, comptable, budgétaire d'une CGSS, la gestion séparée par branche avec des systèmes informatiques cloisonnés qui ne favorisent pas les synergies internes, les difficultés à développer une stratégie commune et à offrir un service complet de qualité à ses ressortissants, le décalage dans l'atteinte des objectifs nationaux, ce sont autant de réalités incontestables.

Un autre décalage ressort entre cette complexité et les enjeux sur ces territoires aux climats économique et social fragiles. Réalités exposées par les CGSS elles-mêmes qui après avoir mesuré les difficultés résultant de la déclinaison des systèmes nationaux dans les CGSS à l'identique des caisses de métropole ont suscité auprès des caisses nationales des solutions adaptées pour gérer cette complexité et simplifier leur gestion.

Un pilotage des activités forcément éclaté par CPG (5) sans un outil de comptabilité analytique dédié.

CPG transverse, voire CPG unique, budget unique, mutualisation et spécialisation des missions, interopérabilité des systèmes d'informations, système informatique unique sur le modèle du régime agricole (proposition de la CGSS Guadeloupe) sont autant de sujets qui ont été travaillés ces dernières années sous l'égide de la MICOR. Certains projets de simplification seulement ont abouti, d'autres n'ont pas obtenu le consensus indispensable entre CGSS et entre Caisses Nationales. La multiplicité des interlocuteurs et des décideurs n'est sans doute pas étrangère à cette absence d'évolution organisationnelle significative

- Une absence de visibilité sur le sort des CGSS dans un contexte général de mutualisation et de spécialisation qui inquiète ... sans prise en compte de façon experte de l'environnement externe d'une CGSS quant aux données sociales, sanitaires, économiques et environnementales.

- Il faut donc intégrer dans le Management général d'une CGSS les évolutions démographiques, les fragilités du tissu social et économique.

- Les situations de fragilité liée à la précarité des usagers (pour les prestations et pour le recouvrement) ont une forte incidence sur les conditions d'exécution des activités et sur nos politiques d'accueil.

Parallèlement, la CGSS de la Guadeloupe est de longue date très consciente des évolutions qui ont touché les différents réseaux au niveau national : mouvements de mutualisation inter organisme et de spécialisation tant dans les branches maladie, retraite, recouvrement qu'au sein du régime agricole. Au rythme de chaque COG, ce phénomène s'accroît et concerne cette année en outre la branche AT/MP.

Dans ce contexte de politique nationale de redistribution des missions entre organismes, la CGSS ressent plus que jamais le manque de mise en commun de ces stratégies nationales à l'égard des CGSS qui « subissent » un éclatement non synchronisé qui brouille la vision du sens et de l'avenir de ses missions.

Comment préserver la pérennité de la gestion de la protection sociale sur place, au plus près de son public ?, comment garantir l'activité locale ?, comment se positionner dans un réseau avec la contrainte de la distance géographique et des volumes d'activité d'une petite région ? Autant de sujets qui interpellent et inquiètent le Conseil d'Administration, dans toutes ses composantes, les représentants du personnel et plus largement le personnel de la CGSS.

- Des recommandations de la Cour qui appellent des réorganisations de fond auxquelles la CGSS de la Guadeloupe souhaite pouvoir apporter sa contribution

Pour réaliser la nécessaire évolution de l'organisation de la gestion outre-mer de la protection sociale dans ses missions recouvrement et service de prestations en vue d'une meilleure efficacité, la Cour dans sa conclusion a émis plusieurs propositions d'envergure majeure.

La direction de la CGSS Guadeloupe avait déjà mis à profit les recommandations issues de l'enquête Guadeloupe 2017 sur plusieurs points : le resserrement de l'équipe de direction, le pilotage centralisé et les priorités portées sur la production.

Or il s'avère que les recommandations de la synthèse globale vont bien plus loin, elles portent sur la répartition des missions Inter-CGSS et inter-caisses de métropole, sur des réformes organisationnelles et des spécialisations. Par exemple, l'organisme unique de recouvrement, la séparation de la gestion maladie par domaine sont des sujets d'évolutions significatives pour les organismes, de même que les perspectives d'accueils communs CGSS/CAF.

Ces orientations dont notamment le projet de création d'un organisme régional de recouvrement interroge aujourd'hui car en ce moment même les CGSS préparent au contraire l'éclatement du RSI Antilles-Guyane et la répartition de la gestion des Cotisants Indépendants dans chacun des 3 départements région.

Une maîtrise insuffisante des processus du recouvrement peut s'entendre et être acceptée.

Mais il y a noter que la gestion d'un compte cotisant en outre-mer est chronophage pour au moins 4 séries de motifs :

- le tissu important des petites entreprises qui gèrent avec beaucoup de difficultés les procédures et obligations du processus recouvrement
- L'« insuccès » des mesures dites d'exonérations Outre-Mer , improductives car après plus de 20 ans de mesures d'exonérations la situation des entreprises interpellent
- Les « désordres réglementaires et organisationnelles » de nos systèmes d'informations qui ne sont pas au rendez-vous
- Enfin le contexte qui veut que « la commande publique » soutient l'économie mais cette même commande publique est à l'origine des difficultés de trésorerie compte tenu des importants retards de paiements.

Les choix organisationnels sont donc divers et les options stratégiques représentent des enjeux majeurs.

Il y a certes des « ... transformations structurelles à mettre en œuvre... ».

Mais entre la spécialisation des CGSS dans la gestion des prestations et la création d'une URSSAF inter-régionale Antilles Guyane il y a un autre schéma si on veut agir sur tous « ... les leviers d'amélioration ».

Une URSSAF inter-régionale avec « une chaîne de responsabilité continue et directe entre l'ACOSS et un directeur inter-régional du recouvrement... » est très certainement une option [...] à condition que cette gouvernance « inter-régionale » vienne gommer les résultats négatifs de plusieurs législations d'exonérations de charges et des résultats du recouvrement dans les DOM toujours depuis plus de 25 ans en deçà des « standards nationaux ».

La problématique des résultats du recouvrement peut difficilement être structurellement modifiée par la définition d'une nouvelle « ...chaîne de responsabilité ».

La mutualisation peut également s'entendre dans un périmètre inter-régional.

Mais la protection sociale a développé une autre mutualisation : celle d'une... « mutualisation de proximité sur un territoire ».

Il faut rappeler que sur le petit territoire de la collectivité de Saint Barthélemy, il a été procédé en 2017 à la gestion mutualisée de toute la protection sociale, recouvrement et prestations y compris prestations familiales à partir d'un outil de gestion informatique unique, et ce pour les ressortissants du Régime Général, du régime Agricole et des Travailleurs Indépendants (RSI).

Compte tenu de cette orientation des pouvoirs publics, le Conseil d'Administration de la CGSS a le 04 Mai 2018 réitéré son choix d'expérimenter à Saint-Martin le modèle mis en place pour Saint-Barthélemy mais en conditionnant ce choix à un développement de la présence de la CGSS sur l'île.

L'intérêt de cette solution est de préserver un certain niveau d'activité à Saint-Martin et de veiller à ce que la CGSS participe au développement territorial de la Collectivité sur le plan social, sanitaire et économique.

Ce positionnement a été salué par les pouvoirs publics de Saint-Martin et les élus, d'autant qu'ils demandent instamment à la CGSS de participer à la « reconstruction » de l'île suite à l'ouragan IRMA.

Au total pour gagner :

- en efficacité et en amélioration de la production ;
- en qualité de service (multi branches/régimes et risques avec « ... une offre de service dépassant les cloisonnements » ;
- en maîtrisant les risques et les coûts - voire à se préparer en anticipant les diminutions de ressources.

L'avenir de la CGSS passe par :

- un seul CPG, dans la suite de la mise en place du budget unique ;
- ce CPG serait décliné par branches, risques et régimes ... ;
- une comptabilité analytique unique ;
- une maîtrise des risques et lutte contre la fraude intégrées ;

- et enfin une tenue des comptes « combinée » permettant une vision globale de la situation patrimoniale, et financière de l'organisme facilitant ainsi la validation des comptes.

- L'avenir des CGSS demande que l'on « regarde » le modèle de système d'information de la MSA mis en œuvre à Saint -Barthélémy par les équipes de la CGGS et celles de la CCMSA sous la tutelle de D.S.S.

-L'interopérabilité voulue par le Rapport sur l'Optimisation des échanges de données entre organismes de protection sociale (cf. IGF/IGAS Février 2016) trouverait un terrain d'exercice idéale pour « ... la recherche d'efficacité » dans une période où numérisation, digitalisation devront être au service de la qualité de services et de la maîtrise de nos procédures et de notre gestion... sans remettre en cause l'unité juridique des CGSS, acteur reconnue du développement territorial.

Aussi, la CGSS de la Guadeloupe émet-elle, sur ce point, le souhait de participer aux travaux de réflexion et d'analyse. Elle exprime sa volonté d'être acteur de la restructuration de ses missions, dans le respect de l'équilibre des charges entre sites ultra marins, ceci pour davantage d'efficacité et pour la pérennité de ses moyens.

*RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE
SÉCURITÉ SOCIALE DE LA GUYANE (CGSS) (MONIQUE HARANG)*

Je serais brève et je parle à deux titres :

En ma qualité de Directeur d'un organisme de sécurité sociale, fût-il multi branches,

En ma qualité de Directeur de la CGSS de Guyane dans laquelle j'exerce mes fonctions de Directeur Général depuis 5 ans mais forte d'une expérience ultra-marine globale à ce jour de 15 années (Guyane et Guadeloupe).

Sur les maigres résultats, loin, à quelques exceptions, des attendus des Caisses Nationales, je ne reviendrai pas dessus car je partage totalement vos constats : je déplore cependant qu'il n'y ait pas de réelle reconnaissance de notre engagement quotidien sur place dans la direction des organismes pour tenter de réaliser malgré tout nos missions de service à nos publics.

Je doute que des dirigeants de caisses locales de Métropole confrontés aux contextes tels que celui que je vis en Guyane obtiennent de brillants résultats mais, en toute simplicité, je suis preneuse de tout conseil et leçons en la matière.

Mes observations après ce liminaire :

Vous semblez dans vos écrits assimiler les Antilles et la Guyane notamment dans les pistes de redressement : hors la Guyane n'a rien de

commun dans sa trajectoire socio- économique et démographique (plus de 26 000 bénéficiaires de l'AME et plus de 10 000 demandeurs d'asile bénéficiaires de la CMUC), ce qui n'est pas le cas dans les Antilles françaises distantes de près de 2 000 kms. Ni la Martinique, ni la Guadeloupe n'ont à faire face à ce flot de population clandestine, majoritairement en provenance d'Haïti. La structure de la pyramide d'âge, population légale et clandestine confondues, n'a rien de commun avec les Iles Antillaises. Les réponses ne peuvent être les mêmes ! Le vieillissement de la population est une réalité certes naturelle mais n'impacte pas de manière majeure les besoins de la population guyanaise comme cela est déjà le cas aux Antilles.

Comment assimiler des territoires où, par exemple, la Guyane fonctionne en mode ONG et non CPAM « classique » ?

Vous préconisez pour l'URSSAF un regroupement : je reste très dubitative quant à la volonté de dupliquer à l'outre-mer des solutions ou méthodes nationales métropolitaines qui fonctionnent ; en effet, ce qui permet d'avancer (et je parle pour la Guyane), c'est la proximité et le partenariat sur place notamment avec les services de l'État, qui permettent d'instaurer une relation de confiance, préalable à mon sens au déploiement de politiques fermes, pas une gestion à distance.

S'agissant des services de base : globalement tout ce qui est numérique est apprécié de la population et la fracture, en Guyane, est plus électrique que numérique, probablement à mettre en lien avec la jeunesse de la population. L'exemple donné pour la mise à jour du RIB ou de l'adresse pour justifier d'un accueil mutualisé interbranches est pour le moins étonnant quand on sait que tous les CPG déclinés des COG ont un axe de déploiement de la transition numérique ! Il s'agit pour les caisses d'optimiser leurs Offres de services en ligne. À titre d'exemple, car je crois profondément que le numérique sera réellement facteur d'accès aux droits et à la santé en Guyane, notamment en pays amérindien et bushinengué dans les sites très isolés, depuis Mai 2018, l'accueil des assurés sociaux est de la même qualité à Maripa Soula sur le Maroni qu'à Cayenne en termes d'accès aux applications nationales de la CNAM. Autant je pense urgent et indispensable de s'appuyer sur les progrès numériques, autant je ne peux imaginer mélanger les accueils ONG de ceux des cotisants et des retraités voire des exploitants agricoles.

Enfin, dans les relations avec les Caisses Nationales, je n'ai pas de jugement à porter si ce n'est à reconnaître leur soutien et leur accompagnement que je qualifie d'inconditionnel car, et c'est juste et rien que ma vision des choses :

Je suis très satisfaite de leur accompagnement et de leur écoute bien réelle,

Je suis persuadée qu'il faut, pour les domaines « métiers », rester dans le cœur des applications nationales car c'est pour nous, à plusieurs milliers de kilomètres de distance, la garantie d'être dans toutes les vagues de déploiement

des nouveaux outils ou versions, de pouvoir avoir des solutions de repli en cas de PCA (Plan de Continuité d'Activités) ou d'entraide, bref être comme une caisse « lambda » du réseau. De fait, hormis la Branche Recouvrement pour les CGSS, il y a peu de différence de réglementation.

Je suis étonnée que vous n'évoquiez pas la piste d'une réflexion qui viserait à :

Regrouper en un seul organisme local les missions des CGSS et des CAF car, dans ce cas, en termes de mutualisation, sur les services supports, il y a réellement matière à optimiser et les fonctionnements, et les dépenses,

Pousser fortement les organismes des DOM vers des mutualisations territoriales avec les services de l'État,

Imaginer la création d'une Direction Nationale de l'Outre-Mer rattachée à une Caisse Nationale qui agirait en lieu et place de la MICOR, avec des responsabilités et des pouvoirs élargis.

En conclusion, je partage tout à fait vos exigences en termes de qualité de service public rendu et je ne m'y soustrairais jamais quels que soient les obstacles et embûches à dépasser, d'autant que la part de population vulnérable est très importante, mais je ne partage pas complètement vos voies pour y parvenir. Encore une fois, ceci n'est que ma vision et n'a pas d'autre prétention.

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

Les extraits communiqués n'appellent pas de remarques particulières de notre part.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE CENTRALE DE LA
MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA) (MICHEL BRAULT)*

Ces textes n'appellent pas d'observations de ma part.

*RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS
FAMILIALES DE LA GUADELOUPE (CAF)
(MARIANNE GRENIER-DRANEBOIS)*

Je vous prie de bien vouloir noter que la CAF de la Guadeloupe et de Saint-Martin ne formule aucune observation particulière sur [son]contenu.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS
FAMILIALES DE LA GUYANE (CAF) (PATRICK DIVAD)*

Je vous informe que je ne souhaite apporter aucune réponse au dit projet.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE
SÉCURITÉ SOCIALE DE LA MARTINIQUE (CGSS) (FRANTZ LEOCADIE)*

Je fais suite à votre courrier référencé PCA/2018/11 et vous informe que le projet de rapport transmis sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale n'appelle aucune remarque de la part de la Direction de la CGSS Martinique.