

Réponses des administrations et organismes concernés

Sommaire

Réponse commune du ministre de la santé et de la prévention, du ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion, du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées et du ministre délégué chargé des comptes publics	367
Réponse du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).....	370
Réponse du directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf).....	377
Réponse de la directrice générale de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).....	380
Réponse de la présidente du collège de la Haute Autorité de Santé (HAS).....	382
Réponse du directeur de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (Acoss).....	386
Réponse du directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	389

Destinataires n'ayant pas d'observation

Monsieur le directeur du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI)
Monsieur le directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
Monsieur le président de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN)
Monsieur le président de l'Institut national du cancer (Inca)
Madame la présidente de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)
Monsieur le président de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)

Destinataires n'ayant pas répondu

Monsieur le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique
Monsieur le ministre de la transition écologique et de la cohésion des territoires
Madame la ministre déléguée auprès du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, chargée des personnes handicapées

**REPONSE COMMUNE DU MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA PREVENTION, DU MINISTRE DU TRAVAIL,
DU PLEIN EMPLOI ET DE L'INSERTION, DU MINISTRE
DES SOLIDARITES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES
HANDICAPEES ET DU MINISTRE DELEGUE CHARGE
DES COMPTES PUBLICS**

Nous avons pris connaissance avec intérêt de l'analyse de la Cour des comptes sur les finances sociales.

Nous partageons avec la Cour la conviction que le redressement de la situation financière de la sécurité sociale dans les prochaines années est nécessaire. Au cours des années de crise sanitaire que notre pays vient de traverser, la sécurité sociale a pleinement joué le rôle de protection qui est le sien, notamment en permettant l'accès gratuit aux vaccins et aux tests, et en ouvrant l'activité partielle à des millions de salariés pour sauvegarder les emplois et les entreprises. Le niveau très élevé des déficits atteint au cours des dernières années reflète le niveau d'engagement qui a été collectivement le nôtre pour protéger les Français des conséquences sanitaires, sociales et économiques de la crise. En 2022, le déficit sur le champ du régime général et du fonds de solidarité vieillesse est estimé à 16,8 Md€. Ce déficit se résorberait de 7,6 Md€ par rapport à l'année précédente, et de près de 22 Md€ par rapport à 2020. Bien que la crise sanitaire ne soit pas la seule cause du déficit, l'amélioration de la situation épidémiologique devrait progressivement permettre de nous inscrire dans une trajectoire financière plus soutenable. Toutefois, nous sommes encore loin de l'équilibre, alors que la maîtrise des finances sociales constitue la condition de notre capacité de résilience et de notre indépendance car c'est la bonne santé financière de la sécurité sociale avant 2020 qui a permis à celle-ci de tenir son rôle durant la crise. Cette exigence est d'autant plus forte dans une période de remontée des taux d'intérêt. La trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux doit dès lors nous permettre de financer nos priorités pour réussir les transformations nécessaires et améliorer l'efficacité globale de notre système de protection sociale.

Le rapport de la Cour mentionne ainsi plusieurs chantiers qui sont au cœur des priorités du Gouvernement. Ils trouveront prochainement des traductions concrètes, afin de réaliser les nouveaux progrès nécessaires à la consolidation de notre modèle social.

En premier lieu, le retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale appelle une amélioration de la gestion du risque maladie pour garantir une plus grande efficacité de la dépense, par rapport aux défis actuels du système de santé. À cet égard, la révision en profondeur du cadrage et des processus de pilotage financier des négociations conventionnelles conduites par l'Assurance maladie que vous appelez de vos vœux doit se combiner à la souplesse permise par ce type d'outils alors que les enjeux à venir sur le champ de la réforme du système de santé sont nombreux. Le cadre conventionnel actuel pourrait ainsi être adapté pour contribuer plus efficacement à la transformation du système de santé et à l'amélioration de l'efficacité des dépenses, en particulier à la promotion de l'exercice coordonné ou pluri professionnel et au renforcement de la part des rémunérations forfaitaires en complément des rémunérations à l'acte. Par ailleurs, nous partageons l'avis de la Cour quant à la nécessité d'actualiser et de mieux objectiver les coûts de l'activité de radiothérapie afin de faire évoluer le modèle de financement de cette activité. Des travaux ont été engagés en ce sens. Nous partageons également l'objectif d'une meilleure régulation des dépenses d'imagerie médicale. La conférence des parties prenantes qui s'ouvrira prochainement sera l'occasion de porter dans le débat public les enjeux du système de santé et donc également les questions des moyens engagés pour son fonctionnement.

En deuxième lieu, le Gouvernement fait de l'accueil du jeune enfant une priorité. La réforme évoquée par la Cour qui vise à faciliter l'accès à des familles modestes à la garde par les assistants maternels en modifiant le barème du complément de mode de garde pour le rapprocher des structures de garde financées par la prestation de service unique constitue pour le Gouvernement un préalable à la mise en oeuvre d'un « service public de la petite enfance ». Elle permettra de rendre ces modes de garde davantage accessibles à tous mais également, comme le souhaite la Cour, d'adapter le complément de mode de garde aux nouvelles configurations familiales ou professionnelles. Nous partageons avec la Cour le constat que la PréPare demeure peu mobilisée par les pères. Le lancement du chantier du service public de la petite enfance pourrait à cet égard, en fonction des grands axes de sa structuration, donner l'occasion d'estimer dans une approche globale "l'impact financier d'une réforme telle que celle suggérée par la Cour.

En troisième lieu, la simplification des prestations sociales versées en fonction des ressources et l'amélioration de l'utilisation des données sociales pour leur versement sont au cœur des préoccupations du Gouvernement, à travers le chantier de la « solidarité à la source ». Nous partageons le constat de la Cour du besoin de renforcer la transversalité

dans le pilotage des projets s'appuyant sur les données du dispositif de ressources mensuel (DRM). La mise en place de cette gouvernance cible est en cours et devra mieux s'articuler avec les autres instances concernées afin de moderniser la délivrance des prestations sociales en prenant en compte l'ensemble de la chaîne de traitement. La Cnaf conduit actuellement une expérimentation visant à tester l'usage des données du DRM pour le calcul des droits au revenu de solidarité active (RSA) et à la prime d'activité, dont un premier bilan sera réalisé d'ici la fin de l'année 2022. Cette évaluation permettra de définir les différents usages du DRM envisageables afin de garantir le paiement à bon droit des prestations et de simplifier les démarches des usagers. Enfin, dans le sens de l'harmonisation des bases-ressources, un chantier est en cours pour mieux définir les notions de revenu, dont l'ampleur et la sensibilité sont soulignées à juste titre par la Cour.

***En quatrième lieu, concernant les droits familiaux de retraite,** nous partageons le constat général d'une inadéquation croissante entre les objectifs assignés aux droits familiaux lors de leur création et l'évolution des situations familiales des plus récents bénéficiaires et des cotisants actuels. Il semble toutefois complexe et potentiellement coûteux d'entreprendre un travail d'harmonisation de l'ensemble des droits familiaux dès lors que les règles de liquidation des droits demeurent aussi différentes entre régimes. Nous partageons également l'analyse de la Cour relative à une meilleure articulation de ces droits avec les dispositifs de la politique familiale, qui répond à l'objectif d'une meilleure égalité entre femmes et hommes pendant la carrière.*

***En cinquième lieu,** nous avons bien pris note des conclusions très favorables de la Cour concernant **le pilotage de la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants**, qui a permis tant des économies de gestion qu'une amélioration de la qualité de service rendu aux usagers. Si les transferts de mission ne sont pas encore pleinement aboutis, les travaux qui restent à mener en interbranches au service des travailleurs indépendants seront traités dans le cadre de la négociation des conventions d'objectifs et de gestion.*

***En sixième et dernier lieu, l'architecture financière de la sécurité sociale,** à laquelle la Cour consacre un chapitre, reflète les adaptations apportées pour assurer la meilleure adéquation entre les recettes et les dépenses. La « perte de cohérence » regrettée par la Cour nous paraît discutable dans la mesure où, comme la Cour en fait état elle-même, la diversité des recettes affectées a été réduite et leur partage entre branches nettement simplifié. En outre, l'affectation de nouvelles ressources à la sécurité sociale vise avant tout à compenser la diminution des recettes liées*

aux cotisations et à diversifier le financement afin qu'il ne dépende pas exclusivement des revenus d'activité. Aux côtés de la cohérence propre à chaque branche, dont le souci demeure, l'accès aux droits, la stratégie à suivre en matière de prélèvements obligatoires ou les besoins des régimes sont autant de principes directeurs qui ne peuvent être ignorés et qui expliquent les choix de réaffectation des recettes entre branches ou régimes. Depuis l'origine, les recettes des branches excédentaires ont ainsi pu être réduites au profit de celles dont le dynamisme des dépenses était important. Cette logique équilibrée, qui ne remet pas en cause l'affectation des recettes fiscales à des branches plutôt moins contributives, est indispensable à son pilotage financier, les dépenses pouvant ainsi faire l'objet de mesures de régulation indépendamment des effets conjoncturels affectant les recettes. Si le système de financement de la sécurité sociale apparaît enfin plus complexe et si des modifications sont apportées régulièrement par le législateur, c'est pour l'adapter à de nouveaux besoins (création de la branche autonomie, financement de la prévention, etc).

**REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DE LA CAISSE
NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)**

Par courrier en date du 25 juillet 2022, vous avez adressé à la Caisse nationale de l'Assurance Maladie cinq chapitres du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2022. J'ai pris connaissance avec attention de vos analyses et de vos recommandations. Comme vous m'y invitez, je souhaite vous faire part des principales observations qu'appelle ce rapport.

Chapitre II relatif au financement de la sécurité sociale

Ce chapitre répond à une recherche de clarification et de stabilisation des règles de financement de la Sécurité sociale.

Je constate que l'ensemble des analyses développées s'enracinent dans la volonté de revenir, jusque dans la construction des branches et dans la détermination de leurs ressources, à une pureté du partage classique entre logique « bismarkienne » et « beveridgienne ». Il me semble que cette grille de lecture est largement désuète, tant en ce qui concerne les recettes que les dépenses. Le mélange des logiques doit en réalité être vu comme bénéfique, en ce qu'il a précisément pour vocation d'injecter de la solidarité dans l'assurance et vice-versa, ce qui me semble faire la force de notre système de sécurité sociale.

L'une des propositions centrales de ce chapitre consiste à modifier le périmètre des branches existant actuellement – dans l'objectif de mieux distinguer logique d'assurance/logique d'universalité – afin de créer notamment une branche, assurantielle, pour l'ensemble des prestations en espèces (maladie et AT-MP). Cette proposition me paraît de nature à susciter des difficultés significatives, notamment de pilotage opérationnel. En effet, je crois erroné de penser que l'on pourrait gérer, d'un côté, des personnes malades pour leurs prestations en nature et, de l'autre, des personnes percevant des indemnités journalières.

L'interface client devant être unique, confier cette gestion à deux branches et deux gouvernances différentes risque d'ajouter des coûts de coordination à un sujet qui aujourd'hui déjà est source de complexité et de poser des difficultés en termes de relation de service. A l'inverse, son intérêt pour les assurés est nul, sa justification principale dans le rapport étant le souhait de rationaliser des flux financiers. Le système actuel, pourtant, qui repose sur la gestion par l'Assurance Maladie tant de la branche maladie que de la branche AT-MP, permet de préserver une gouvernance paritaire forte des risques professionnels et de gérer les interfaces évidentes entre les deux branches (rôle du service médical de l'Assurance Maladie dans la reconnaissance des AT et MP, mission réparation assurée par les agents des CPAM) que la création d'une branche dédiée aux prestations en espèce ne simplifierait pas.

Incidemment, on peut s'interroger sur la préconisation du rapport consistant à approfondir le caractère assurantiel de cette branche dans son volet « accidents du travail ». En effet, le principe d'une tarification fondée sur la sinistralité, qui est évidemment vertueux pour internaliser pour les employeurs l'incitation à prévenir les risques pour leurs salariés n'exclut pas une part de mutualisation pour soutenir des branches – industrie, bâtiment – par nature plus « accidentogènes » mais qui sont néanmoins économiquement nécessaires.

S'agissant enfin de l'architecture de financement des différentes branches, la proposition de la Cour concernant la mutualisation du financement des branches famille, maladie et autonomie conduirait de facto à un abandon du pilotage par le solde de l'assurance maladie. Or le redressement des comptes de l'Assurance Maladie, depuis le point bas atteint en 2011, qui a permis à la Cnam de revenir quasiment à l'équilibre juste avant la crise sanitaire, s'est appuyé sur les deux leviers que sont la norme de dépense d'une part (l'Ondam), et le solde de la branche d'autre part. Le durcissement de la trajectoire de l'Ondam (respecté pendant 10 exercices consécutifs malgré un accroissement de la contrainte financière) n'a été rendu possible que parce que le solde de la branche constituait également un objectif politique majeur sur lequel les Gouvernements

successifs se sont engagés, ce qui a justifié l'apport de recettes supplémentaires à l'Assurance Maladie en contrepartie des efforts en dépenses. Certes, l'ampleur du déficit actuel ne permet probablement pas d'envisager un retour à l'équilibre avant la fin de la présente décennie, mais cette perspective éloignée ne disqualifie pas pour autant un pilotage financier qui s'appuie, en complément du vote de l'Ondam, sur le solde de la branche maladie en tant que tel et réinterroge le niveau de recettes que l'on choisit d'affecter à l'Assurance Maladie.

Toutefois la proposition plus générale de rationalisation et clarification des recettes affectées à la branche maladie m'apparaît bienvenue. Si le pilotage financier dual, norme de dépense et solde, a eu des résultats jusqu'à la crise sanitaire, sa lisibilité et sa transparence s'agissant des affectations de recettes aux différentes branches restent très largement perfectibles. Une simplification de ces mécanismes d'affectation, sans aller jusqu'à une mutualisation inter-branches, me semble constituer un préalable indispensable à un pilotage par le solde clarifié et assaini.

Chapitre III relatif aux conventions entre les professionnels de santé de ville et l'Assurance Maladie

La Cnam partage l'objectif de placer les négociations conventionnelles dans un cadre pluriannuel cohérent avec les orientations des pouvoirs publics en matière de santé, tel que le recommande la Cour. Il ne me semble cependant pas utile de faire évoluer le cadre juridique sur ce point, les lettres de cadrage des négociations permettant déjà de rappeler les priorités de santé qu'il est demandé à l'Assurance Maladie de porter dans le cadre des négociations avec les différentes professions.

L'Assurance Maladie rejoint par ailleurs la Cour sur la nécessité de clarifier l'articulation du cadre actuel des négociations avec les différentes professions et des accords pluriprofessionnels.

En revanche, l'Assurance Maladie est en désaccord avec certaines préconisations du rapport quant à la manière d'intégrer dans les préoccupations des négociateurs le respect d'un cadrage financier. En particulier, la piste consistant à prévoir explicitement que les ministres puissent s'opposer pour des motifs financiers aux dispositions négociées serait de nature à entraîner une déresponsabilisation du négociateur. Par ailleurs une modification unilatérale des conditions financières par les ministres au moment de l'approbation reviendrait à priver le dialogue conventionnel de sa légitimité et à remettre en cause l'équilibre qui existe nécessairement entre les différentes mesures qui composent une convention ou ses avenants.

Enfin, à titre plus secondaire, je tiens à rappeler, en réponse à la recommandation consistant à rendre publics les objectifs pluriannuels de dépenses par convention et à mettre en place un suivi régulier de leur coût que ce suivi est d'ores et déjà effectif tant dans le cadre des Commissions des comptes de la sécurité sociale que dans les PLFSS ainsi que dans le cadre des instances conventionnelles propres à chaque profession.

Chapitre IV relatif à l'imagerie médicale

Tout d'abord, la Cnam souscrit à la recommandation de la Cour portant sur le besoin d'objectiver les charges que les forfaits techniques ont pour objet de couvrir et la proposition de mettre en place un système assurant le comptage du nombre de ces forfaits au cours de l'exercice.

J'attire toutefois l'attention de la Cour sur la complexité de mise en œuvre opérationnelle d'un tel projet. Si la méthodologie de l'étude nationale des coûts (ENC) applicable aux établissements qu'évoque la Cour dans son rapport est une bonne inspiration, les natures juridiques diverses des structures libérales d'imagerie complexifieront son application au secteur. Par ailleurs, et à l'instar de l'ENC réalisée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), le recours aux services d'une maîtrise d'œuvre indépendante constituerait un facteur de réussite déterminant.

Quant à la recommandation de la Cour de rendre obligatoire l'apposition du numéro d'ordre de réalisation des actes d'imagerie sur la facture et de prévoir un système assurant le comptage du nombre forfaits techniques facturés au cours de l'exercice, la Cnam tient à préciser plusieurs éléments :

En premier lieu, le décompte porte sur les forfaits techniques (FT), les seuils d'activité pour la dégressivité de leurs tarifs étant exprimés en nombre de FT.

S'agissant de l'amortissement des coûts d'exploitation d'un équipement, le décompte des forfaits techniques étant remis à zéro lors d'un remplacement d'appareil, l'obligation devra aussi concerner la transmission d'un identifiant unique d'équipement, celle-ci étant techniquement possible pour le système informationnel.

Au regard des règles d'associations d'actes et de cumuls de FT, l'Assurance Maladie envisage de faciliter la mise en relation des facturations des actes CCAM facturés par les médecins libéraux et des FT facturés par les structures exploitants les équipements, afin de donner une plus grande efficacité aux contrôles visant au respect des dispositions tarifaires.

Si ces évolutions peuvent tendre à améliorer le suivi des activités et la régulation des dépenses, ces contrôles ne s'effectueront dans tous les cas qu'a posteriori de la facturation.

S'agissant de la recommandation consistant à approfondir les actions de gestion du risque (GDR) dans le domaine de l'imagerie, je souhaite rappeler que de nombreuses actions de GDR portant sur l'amélioration de la pertinence et l'efficacité des prescriptions, en particulier le développement des outils d'aide à la prescription en imagerie facilitent l'appropriation des référentiels. Les travaux conduits par ailleurs pour améliorer les outils de communication entre professionnels dans le cadre de la stratégie du numérique en santé permettront de faciliter la transmission d'éléments médicaux entre les demandeurs d'examen d'imagerie et les professionnels qui les réalisent pour favoriser le respect de leurs indications. Il convient de souligner à cet égard que la Cnam doit pouvoir s'appuyer sur des référentiels de pertinence clairs et facilement exploitables pour élaborer un message clair et univoque en direction des professionnels. Dans cet objectif, la Cnam travaille en lien étroit avec les services de la Haute Autorité de Santé afin d'anticiper les mesures de pertinence liées aux avis qui seront rendus quant aux demandes d'examen d'imagerie dans certaines situations cliniques courantes (gonalgies, céphalées chez l'enfant/l'adolescent, douleurs abdominales...).

A titre d'exemple, afin de simplifier le parcours de soins des patients et de renforcer la pertinence dans l'utilisation des produits de contraste, l'Assurance Maladie soutient une mesure permettant aux radiologues de se fournir directement en produit de contraste et de les utiliser lorsque l'examen le nécessite. Le coût de ces produits seraient intégrés dans les forfaits techniques perçus. Pour rappel, aujourd'hui, les patients munis d'une prescription médicale doivent se rendre en officine pour obtenir ces produits. Cette mesure s'inscrit également dans une démarche écologique d'utilisation raisonnée de ces produits, en limitant le gâchis de doses inutilisées.

Enfin, la Cnam voit positivement la recommandation de la Cour d'imposer aux détenteurs de scanners de communiquer aux ARS des données sur leurs taux d'utilisation, les volumes produits et les délais d'attente. Ces données constitueraient un outil intéressant également pour alimenter les discussions conventionnelles afin de mobiliser tous les leviers d'amélioration de l'accès pertinent à l'imagerie médicale.

Chapitre V relatif à la radiothérapie

La Cour recommande d'appliquer les mêmes exigences en matière d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, de recueil de l'activité et de connaissance de la structure des coûts, à tous les services de radiothérapie titulaires ou bénéficiaires d'une autorisation, quel que soit leur statut. A défaut, elle recommande d'engager la transformation des cabinets libéraux en établissement de santé, dans des délais compatibles avec la mise en oeuvre de la réforme de financement dès 2024. L'ayant proposée dans son rapport Charges et Produits pour 2017, l'Assurance Maladie considère que l'option du statut d'établissement de santé pour les actuelles structures libérales faciliterait aussi d'autres évolutions, comme le regroupement de sites.

Pour une maîtrise adaptée des dépenses de remboursement en secteur libéral et une meilleure pertinence des soins délivrés, la Cnam est, comme la Cour, favorable à la mise en œuvre de la réforme du financement de l'activité de radiothérapie dans les meilleurs délais possibles et en lien avec la mise en œuvre de la réforme du régime d'autorisation d'activité de soins et de la révision des actes CCAM. En effet, ces trois projets ont de nombreuses interactions, en particulier sur les modalités de description, de hiérarchisation et de valorisation / financement de l'activité de radiothérapie. Le Haut Conseil des Nomenclatures (HCN) et les parties signataires de la convention médicale devront tenir compte des éléments de cette réforme du financement pour la révision des actes CCAM. Toutefois, l'avancée des travaux, impactés par la crise Covid-19, et la sensibilité de cette réforme laissent à penser que la date du 1er janvier 2024 envisagée par le rapport est une échéance particulièrement ambitieuse.

L'Assurance Maladie est par ailleurs intéressée par la recommandation de la Cour consistant à expérimenter une procédure d'autorisation temporaire, limitée dans le temps, des techniques et pratiques innovantes en radiothérapie conditionnée par un suivi des situations cliniques. Elle attire l'attention de la Cour sur le nécessaire encadrement d'une telle procédure d'autorisation temporaire.

Enfin, comme pour l'imagerie, les nouvelles données sur le secteur que la Cour recommande de produire (indicateurs nationaux de qualité, outil d'évaluation de l'adéquation de l'offre aux besoins des territoires, etc.) pourraient alimenter utilement les discussions conventionnelles.

Chapitre VI relatif aux enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap

Sur ce sujet, je tiens à confirmer à la Cour que l'Assurance Maladie est particulièrement attentive aux enjeux de maîtrise des risques professionnels notamment dans les secteurs d'activité présentant une sinistralité élevée comme les ESMS.

Toutefois, j'émet de très fortes réserves sur la recommandation du rapport consistant à rendre obligatoire la déclaration à la Cnam des accidents de service et maladies professionnelles des employeurs publics en vue de faciliter la coordination de la prévention des risques professionnels dans l'ensemble du secteur médico-social. En effet, si l'intérêt d'une consolidation des données issues de différents régimes est partagée, je tiens à rappeler que le secteur privé dispose aujourd'hui d'un dispositif institutionnel cohérent sur l'ensemble du champ assurantiel (prévention-réparation-tarifcation) au plan national et régional : fondé sur les capacités d'intervention de la Cnam, des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) et le recueil des données sur la sinistralité des différents types d'ESMS à partir de la reconnaissance du caractère professionnelle des AT/MP en CPAM en sont les fondements.

Ce dispositif n'est pas duplicable exactement au sein du secteur public qui ne relève pas du champ d'intervention de l'Assurance Maladie. Au-delà du principe, se poserait d'un point de vue opérationnel la question de la capacité technique de l'Assurance Maladie à recevoir et exploiter ces données provenant d'assurés inconnus dans les bases et traitements de l'Assurance Maladie. Il appartient donc avant tout aux employeurs publics de prendre leurs responsabilités sur ce sujet.

Je prends par ailleurs bonne note de la recommandation portant sur la mise en œuvre d'une tarification incitative à la prévention des risques professionnels pour les ESMS privés actuellement soumis à une tarification collective. Cette recommandation pourrait en effet être un levier supplémentaire de prévention. Celle-ci nécessiterait une concertation avec les partenaires sociaux, déjà saisis du sujet grâce à un rapport de la Cour en 2019. De plus, la Cnam partage la prudence émise par la Cour sur une mise en œuvre nécessairement accompagnée et progressive d'une telle mesure qui pourrait conduire à une augmentation substantielle des cotisations pour certains établissements.

Enfin, la Cnam rejoint la Cour sur la volonté de mieux intégrer la gestion du risque aux enjeux AT-MP, ce point faisant d'ailleurs l'objet de discussions avec la gouvernance de la branche dans le cadre de la préparation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion. Je regrette toutefois que le rapport ne valorise pas davantage l'action de l'Assurance Maladie en matière de prévention de la survenue des sinistres dans les établissements et services médico-sociaux. La Cnam déploie en effet des programmes nationaux de prévention des principaux risques professionnels, notamment le programme « TMS pro ». Ce programme a été adapté et déployé dans les ESMS à sinistralité élevée. Deux grandes structures regroupant près de 40 000 salariés bénéficient à ce titre d'un suivi national coordonné par notre offre « grand compte ». Les plus petites structures quant à elles bénéficient pleinement des offres TPE/PME qui concernent l'aide et soins à la personne (ASP). Par ailleurs, une action est déployée au niveau national vers les entreprises ayant un fort taux d'absentéisme, qui intègre notamment ce secteur d'activité.

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

Le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité Sociale 2022 (RALFSS) appelle les observations suivantes de la Caisse Nationale des Allocations Familiales :

**Chapitre II : Le financement de la sécurité sociale :
des règles à clarifier et à stabiliser**

- 1. Clarifier les finalités du financement de la sécurité sociale par la voie d'impôts, en réaffectant à l'État ceux qui n'ont pas de liens avec ses missions, hormis la TVA, et compenser la perte de recettes correspondante par une augmentation de la part de la TVA affectée à la sécurité sociale ;*
- 2. Simplifier le financement des droits non contributifs de retraite, en supprimant le FSV et les transferts de la branche famille et en mettant les dépenses correspondantes à la charge de sections comptables spécifiques des régimes de retraite, financées par des impôts affectés ; alternativement, centraliser leur financement à la Cnav, également par la voie d'impôts affectés ;*

3. *Délimiter l'objet du financement de la branche famille par cotisations patronales, en ajustant le niveau de celui-ci à hauteur des dépenses visant à concilier vies familiale et professionnelle, transférer l'excédent de cotisations résultant de cet ajustement à la branche vieillesse ou bien au financement des prestations en espèces maladie et réaffecter à due concurrence à la branche famille des impôts finançant ces branches ; regrouper le financement des congés maternité et paternité dans une seule et même branche (famille, ou bien maladie)*
4. *Piloter en prévision et en exécution la trajectoire des branches universelles (maladie hors prestations en espèces, famille et autonomie) en répartissant la CSG et la TVA proportionnellement aux soldes à financer des objectifs de dépenses fixés par les lois de financement après prise en compte des cotisations ainsi que des impôts et taxes spécifiques qui leur sont affectés.*

La Cnaf est favorable à la clarification et la stabilisation des conditions de financement des branches de la sécurité sociale et à celles qui concernent la branche famille en particulier. Elle attire néanmoins l'attention, s'agissant notamment de la 3ème recommandation, sur ce qui peut paraître aux yeux des administrateurs en particulier, comme une fiscalisation, voire une « étatisation » d'une branche de la sécurité sociale.

Chapitre VII : Les droits familiaux de retraite : des dispositifs à simplifier et à harmoniser

25. *Etudier, en évaluant son impact financier, la possibilité que la condition d'affiliation de deux ans minimums à un régime d'assurance vieillesse pour l'octroi de la MDA au titre de l'éducation ne porte que sur le seul parent bénéficiaire de ce droit individuel.*
26. *Afin de simplifier l'accès aux droits, établir par voie réglementaire une liste exhaustive des justificatifs de la condition d'éducation et de charge des enfants, lorsque cette condition est exigée pour bénéficier de la majoration de pension pour parents d'au moins trois enfants.*
27. *Conduire à son terme le projet de constitution d'une base de données relatives aux enfants dans le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU), dès 2022 s'agissant des informations relatives aux enfants nés antérieurement et à compter de 2024 s'agissant de celles relatives aux naissances intervenues à compter de la première de ces deux dates.*
28. *Prévoir un droit conditionnel d'affiliation à l'AVPF afin de respecter le principe de non-cumul entre les trimestres d'AVPF et les trimestres de retraite compensant les interruptions d'activité dans la limite de trois ans par enfant prévus aux articles L. 351-5 du code de la sécurité sociale et L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite*

Pas de remarque de la caisse nationale des allocations familiales sur ces recommandations

Chapitre VIII : La prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) : des objectifs inégalement atteints, une cohérence à restaurer

29. Pour assurer le paiement à bon droit du CMG et dans le cadre du renforcement des dispositifs de maîtrise des risques, mettre en place des actions de contrôle spécifiques à la Paje, permettant, notamment, de s'assurer de l'effectivité du service facturé par les assistants maternels (ministère chargé de la sécurité sociale, Cnaf, CCMSA) : **favorable**
30. Faciliter l'accès des familles modestes à la garde par les assistants maternels en modifiant le barème du CMG « assistant maternel » afin de rapprocher les restes à charge de ceux observés pour les structures de garde financées par la prestation de service unique de la branche famille (ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes publics, Cnaf, AcoSS/Pajemploi) : **favorable**
31. Adapter le CMG aux nouvelles configurations familiales ou professionnelles et permettre le paiement direct du CMG aux structures de garde, ainsi que la perception directe du crédit d'impôt pour garde d'enfant (ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes publics, Cnaf, AcoSS/Pajemploi) : **favorable**
32. Prendre acte de l'inadaptation des caractéristiques de la Prépare et préparer une refonte, à coût constant pour la branche famille, de l'indemnisation de la suspension d'activité visant à augmenter le niveau d'indemnisation pendant une durée raccourcie (ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes) : **favorable**

Chapitre IX : Les prestations sociales versées en fonction des ressources de leurs bénéficiaires : simplifier pour mieux gérer

33. Engager un chantier de simplification ayant pour objectif d'harmoniser les périodes de référence, les périodicités d'actualisation et les bases-ressources des prestations sociales versées sous conditions de ressources ; en priorité, adopter une définition unique des éléments de salaires pris en compte par l'ensemble des bases-ressources des différentes prestations (ministère chargé de la sécurité sociale) : **très favorable**
34. Parmi les possibilités d'utilisation des données du DRM, privilégier celles permettant de sécuriser le paiement à bon droit des prestations sociales pour leurs bénéficiaires et les organismes sociaux ; à ce titre, autoriser dans le droit positif l'usage du DRM pour le contrôle a posteriori des prestations versées, que celles-ci aient ou non été liquidées avec son concours (ministère chargé de la sécurité sociale, organismes sociaux) : **très favorable**

35. Assurer la transmission simultanée aux organismes sociaux des déclarations modifiant la composition des foyers bénéficiaires de prestations (ministère chargé de la sécurité sociale, organismes sociaux) : **sous réserve d'analyse**
-

**REPONSE DE LA DIRECTRICE GENERALE DE LA CAISSE
NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE (CNSA)**

Faisant suite à votre courrier en date du 25 juillet, je vous prie de bien vouloir trouver ci-après les éléments que la CNSA souhaite porter à votre attention concernant le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2022.

Concernant la première partie relative au financement de la sécurité sociale (chapitre II), la CNSA souscrit dans l'ensemble à l'objectif de lisibilité et de cohérence recherché pour les différentes branches. Comme le relève le rapport, les recettes de la branche autonomie sont actuellement en cohérence avec les prestations servies et la transformation de la caisse en nouvelle branche a permis de simplifier les transferts complexes qui existaient auparavant avec l'assurance maladie.

La CNSA souhaite toutefois attirer l'attention de la Cour sur les risques que ferait courir sur son équilibre l'orientation n°4 visant à « piloter en prévision et en exécution la trajectoire des branches universelles (maladie hors prestations en espèces, famille et autonomie) en répartissant la CSG et la TVA proportionnellement aux soldes à financer des objectifs de dépenses fixés par les lois de financement après prise en compte des cotisations ainsi que des impôts et taxes spécifiques qui leur sont affectés ». En effet, cette proposition apparaît structurante mais pourrait conduire à une fongibilisation des risques, susceptible de pénaliser la branche autonomie par rapport aux branches famille et surtout maladie, dont les dépenses apparaissent moins pilotables. Cette mutualisation entre branches apparaît par ailleurs entrer en contradiction avec l'objectif assigné à la CNSA de veiller à l'équilibre financier de la branche dont elle est gestionnaire, qui nécessite une pleine maîtrise et une stabilité de ses recettes.

Concernant la seconde partie, relative à la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour les personnes âgées et personnes en situation de handicap (chapitre VI), la CNSA souhaite transmettre les chiffres actualisés suivants, qui pourront alimenter les constats effectués notamment en pages 34 et 35 :

- *En 2021, 1.12 million de places étaient ouvertes pour les personnes âgées (601 918) et handicapées (524 049 dont 356 136 pour adultes) en hébergements et soins à domicile (Chiffres clés de l'autonomie 2022) ;*
- *En 2021, dans le secteur du handicap, le nombre de places dans les services (SSIAD/SPASAD/SAVS/SAMSAH) s'élevait à 63 167 places pour adultes et 56 452 places de Sessad pour les enfants, soit environ 23 % du total de l'offre (Chiffres clés de l'autonomie 2022) ;*
- *En 2021, on dénombre 1,3 million de professionnels salariés dans le secteur médico-social de l'aide de l'autonomie dont 500 047 auprès des personnes âgées et 317 900 auprès des personnes handicapées (Chiffres clés de l'autonomie 2022). Selon une étude de la DREES⁶²⁷, cela représente 700 000 ETP (429 770 pour le secteur PA – dont 377 100 en EHPAD – et 257 600 pour le secteur PH) ;*
- *Concernant les SSIAD, le rapport de la Cour des comptes sur les services de soins à domicile recense 126 600 places de SSIAD sur le champ PA et 6 600 sur le champ PH. Il existe par ailleurs 54 100 places en Sessad, qui emploient 14 200 ETP⁶²⁸ ;*
- *Concernant les primes d'assurance acquittées mentionnées en page 38, les données sont issues des ERRD 2018 et non 2019.*

La CNSA souscrit par ailleurs à la nécessité d'une meilleure prévention des risques professionnels, qui impactent fortement la qualité de vie au travail des salariés du secteur ainsi que la qualité de la prise en charge des personnes âgées et handicapées. En complément des travaux de la branche AT-MP, elle entend ainsi apporter son concours à l'amélioration des données et contribue à la mise en œuvre de plusieurs expérimentations et actions permettant l'amélioration des conditions de travail dans les établissements, qui ont été évoquées dans le rapport. Elle contribue notamment au financement de mesures dédiées à la qualité de vie au travail, dans la continuité des orientations et des outils portés par l'instruction n°DGCS/4B/2018/177 du 17 juillet 2018 relative à la mise en œuvre d'une stratégie de promotion de la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux

⁶²⁷ DREES, « L'aide et l'action sociales en France. Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion », ed. 2020, fiches 17 et 23.

⁶²⁸ Cour de comptes, « Les services de soins à domicile. Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins », décembre 2021, p. 17.

(EHPAD et établissements accueillant des personnes handicapées).

La CNSA accueille à ce titre positivement la proposition n°23 consistant à « Structurer dans le cadre des CPOM une politique régionale de maîtrise du risque professionnel dans les ESMS publics et privés », qu'elle souhaite voir bien liée à la proposition d'«élaborer des ratios de personnels soignants requis dans les ESMS et rendre obligatoire la publication pour chaque établissement du niveau atteint par ces indicateurs » si cette dernière devait être mise en œuvre. En effet, la dimension quantitative des ressources humaines mobilisées doit impérativement être abordée dans un cadre également qualitatif, tant en matière de qualifications des professionnels mobilisés que de résultats attendus en matière de qualité de fonctionnement des organisations. La définition de ratios d'effectifs opposables et la publication des résultats atteints par les ESMS ne saurait en effet à elle seule répondre aux enjeux d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels du secteur médico-social. Elle doit également s'inscrire dans une trajectoire financière relevant tant du niveau du gestionnaire (CPOM) que du niveau des dépenses de la branche autonomie (OGD).

REPONSE DE LA PRESIDENTE DU COLLEGE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)

Dans le cadre de votre rapport intitulé La sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (2022), la HAS souhaite porter à votre connaissance les commentaires suivants :

- ❖ « Enfin, le délai entre l'apparition d'une nouvelle pratique et l'évaluation par la HAS du service médical rendu, en vue d'une tarification, est trop long et non adapté à la spécialité. Les professionnels effectuent donc un certain nombre d'actes dans des indications non validées par la HAS ».*

La HAS rappelle qu'elle évalue les actes professionnels (notamment de radiothérapie) uniquement en vue du remboursement par l'Assurance maladie, conformément aux articles L162-1-7 et L.161-37 du Code de la sécurité sociale. Elle ne réalise pas d'évaluation en vue d'une autorisation de pratique. Si la HAS ne reçoit pas de saisine en vue du remboursement d'un acte, rien n'empêche le professionnel de réaliser cet acte (sauf si autorisation de pratique spécifique requise). Le fait d'avoir des actes non évalués par la HAS n'est donc pas anormal.

Par ailleurs, d'après l'article L.162-17 du CSS, le délai d'évaluation par la HAS est fixé légalement à 180 jours renouvelable une fois (si évaluation complexe). En 2021, les délais moyens d'évaluation étaient de 157 jours pour les évaluations rapides et de 291 jours pour les évaluations complexes. Enfin, le délai compris entre l'apparition de la pratique et la publication de l'avis HAS ne dépend que très partiellement de la HAS puisque le délai entre l'apparition de la pratique et le démarrage de l'évaluation HAS dépend des actions de recherche entreprises par les professionnels de santé.

- ❖ *« Or, en radiothérapie, il n'existe pas toujours de technique alternative et, quand elle existe, l'analyse comparative n'est pas toujours possible : les sauts technologiques sont tels que les professionnels tendent à en faire bénéficier tous les patients concernés, plutôt que de continuer à utiliser des techniques potentiellement plus toxiques pour les patients composant un groupe témoin⁵⁰ dans le cadre d'essais cliniques. »*

La HAS rappelle que l'absence de technique alternative n'est pas spécifique de la radiothérapie et peut être rencontrée pour d'autres technologies de santé (actes, médicaments, dispositifs médicaux...). Précisons ici que le besoin dans ce cadre porte plutôt sur l'existence de comparateur cliniquement pertinent que de technique alternative. Pour autant, lorsqu'une technique alternative n'existe pas, il existe des solutions méthodologiques rendant l'approche comparative possible, par exemple en réalisant des comparaisons avec des techniques placebo ou en se comparant à la stratégie de prise en charge actuellement réalisée en France (« Best supportive care » notamment). Ces études comparatives permettent également deux choses :

- *Comparer de manière robuste la sécurité du nouvel acte avec celle de l'acte ou de la stratégie référence (pour la sécurité des patients, il n'est pas souhaitable de se contenter de considérer une technique « potentiellement » plus ou moins toxique, il faut s'en assurer réellement) ;*
- *De plus ces études permettent de comparer l'efficacité du nouvel acte avec l'acte ou la stratégie de référence, étape indispensable avec l'évaluation de la sécurité pour statuer sur le bénéfice/risque de l'acte.*
- ❖ *(note de bas de page) : « En irradiant de façon plus précise une zone, les professionnels considèrent qu'ils irradient moins les tissus sains et que, même si cela ne peut pas être facilement prouvé, de tels traitements sont préférables, voire même qu'il ne serait pas éthique de ne pas les appliquer. C'est ce qu'ils appellent « l'évidence dosimétrique ».*

La HAS rappelle qu'une évaluation basée uniquement sur la mesure d'un paramètre unique d'irradiation n'est pas méthodologiquement recevable pour évaluer le service attendu/amélioration du service attendu d'un acte professionnel. Comme pour toute technique de traitement du cancer (et même pour d'autres pathologies), il est nécessaire de connaître les conséquences du traitement en termes techniques et également en termes cliniques pour le patient : survie globale, sans progression, sans récurrence, qualité de vie, impact transitoire ou permanent sur les fonctions physiologique de l'organe traité (incontinence/impuissance lors du traitement du cancer de la prostate par exemple). La réalisation d'études cliniques comparatives utilisant ces critères de jugement est d'ailleurs fréquemment réalisée aux Etats-Unis en radiothérapie.

- ❖ *« Comme le demandent les radiothérapeutes, l'évaluation devrait davantage prendre en compte la qualité de vie des patients et la diminution de la toxicité des traitements »*

La HAS est tout à fait d'accord avec cette proposition (cf. supra).

- ❖ *« Les difficultés des évaluations des soins de radiothérapie*

Les professionnels rencontrent des difficultés pour répondre aux exigences d'un essai randomisé de phase 3, dont la réalisation nécessite le respect de protocoles de recherche et l'obtention de financements. Contrairement aux traitements médicamenteux, ils ne peuvent pas compter sur le soutien des industriels : peu nombreux sur le marché des équipements en radiothérapie, ces derniers ne sont pas incités à contribuer financièrement aux programmes de recherche, une fois obtenu le marquage CE qui conditionne la mise sur le marché de l'équipement. »

La HAS est en accord avec le constat de la faible implication des fabricants d'équipements de radiothérapie dans la recherche clinique. Pour autant, ce constat est aussi valable dans d'autres spécialités médicales qui pourtant réussissent à réaliser de la recherche clinique académique (imagerie notamment). Cela est donc possible.

- ❖ *« Les essais de phase 3 doivent en outre inclure plusieurs centaines de patients et durent habituellement au moins quatre à cinq ans. Ils nécessitent une plus grande collaboration des centres entre eux dans le cadre d'un réseau, ainsi qu'une structuration commune des recueils de données.*

Enfin, pour apprécier l'efficacité des traitements en radiothérapie et évaluer les effets secondaires à long terme, des registres seraient nécessaires pour un meilleur suivi épidémiologique des patients, dix à vingt ans après leur traitement. La mise en œuvre de tels registres impose de dégager des financements et une organisation appropriée. »

La HAS est tout à fait d'accord avec ces commentaires et propositions.

- ❖ « Il conviendrait d'expérimenter dans ce cadre une procédure d'autorisation temporaire des techniques et pratiques innovantes, conditionnée par la mise en place de registres des pratiques et par un suivi des situations cliniques, les modalités de sortie de ce dispositif devant être anticipées pour garantir le respect du caractère temporaire »

La HAS est en accord avec cette proposition (d'ailleurs évoquée par l'ASN) à ceci près que l'autorisation temporaire ne doit pas être conditionnée à la tenue d'un registre, mais à celle d'une étude clinique comparative, ce qui permettra également de pouvoir ensuite directement statuer sur le remboursement de la technique en sortie de dispositif (comme c'est déjà le cas avec le Forfait Innovation).

- ❖ *Recommandation 19 : « Expérimenter une procédure d'autorisation temporaire, limitée dans le temps, des techniques et pratiques innovantes en radiothérapie conditionnée par un suivi des situations cliniques (ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, Inca, HAS, ASN, ANSM). »*

Même commentaire que précédemment (cf. ci-dessus, p28)

- ❖ *Recommandation 18 : « Définir des indicateurs nationaux de qualité et construire un outil d'évaluation de l'adéquation de l'offre aux besoins des territoires, à partir des recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes (Inca, HAS), afin, notamment de permettre aux ARS d'établir des diagnostics de territoire et de mieux piloter l'offre (ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, Inca, HAS) ».*

La HAS propose une la nouvelle version suivante pour cette recommandation :

« Mettre à disposition des professionnels et des ARS des indicateurs de vigilance afin, notamment de permettre aux ARS d'établir des diagnostics de territoire et de mieux piloter l'offre (ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, Inca, HAS, ATIH) ».

**REPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE CENTRALE
DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (ACOSS)**

J'ai pris connaissance avec intérêt de vos analyses et recommandations. Comme vous m'y invitez, je souhaiterais vous faire part de différentes observations concernant les chapitres VIII et X de ce rapport.

1. S'agissant des recommandations portant sur les évolutions souhaitables de la prestation d'accueil du jeune enfant (pages 32 et 33).

Je partage votre recommandation consistant à faciliter l'accès des familles modestes à la garde par les assistants maternels en modifiant le barème du CMG. Différentes évolutions seront discutées dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 à cette fin :

- *La réforme du mode de calcul du CMG « rémunération » afin de rapprocher les restes à charge de ceux observés pour les crèches ;*
- *L'extension du CMG « emploi direct » aux enfants âgés de 6 à 12 ans à la charge des familles monoparentales ;*
- *Le partage du CMG en cas de résidence alternée de l'enfant à charge.*

Par ailleurs, je confirme que le crédit d'impôt pour garde d'enfant de plus de 6 ans sera ouvert à compter du mois de septembre 2022.

2. Les recommandations portant sur l'amélioration de la relation de service à destination des travailleurs indépendants ont également retenu mon attention.

Au-delà de l'accompagnement des créateurs d'entreprise, plusieurs des réalisations probantes ont été réalisées :

- *Le déploiement des accueils communs entre les organismes de Sécurité sociale (maladie – vieillesse – allocations familiales) qui associent avec les services des impôts ;*
- *Enrichissement du bouquet de services digitaux avec l'intégration des artisans-commerçants à urssaf.fr ;*
- *Création d'une application mobile dédiée aux autoentrepreneurs et refonte du site auto-entrepreneurs.urssaf.fr ;*
- *Lancement du service de modulation des cotisations des travailleurs indépendants en temps réel ;*
- *Déploiement de la procédure fil rouge garantissant la prise en charge des travailleurs indépendants en très grande difficulté ;*

- *Politique de recouvrement amiable et forcé spécifique aux travailleurs indépendants prévoyant notamment la possibilité de demander un délai de paiement par anticipation, et un cadencement adapté des procédures de recouvrement ;*
- *Accompagnement des travailleurs indépendants affectés par la crise sanitaire, et plus récemment les catastrophes naturelles ;*
- *Signature de la convention nationale de partenariat avec la CNAF en 2022 visant à renforcer les actions communes dans la gestion des droits, la lutte contre le non-recours et l'amélioration de la qualité de services des travailleurs indépendants ;*
- *Généralisation du dispositif de prise en charge coordonnée et interbranche des difficultés des travailleurs indépendants en fonction des droits activables (HELP) ;*

Sur ce dernier point, il a été fait le choix d'utiliser la plateforme de l'Etat « DémarchesSimplifiées.fr » au regard du volume restreint de dossiers. Des travaux sont en cours pour industrialiser et améliorer l'outil portant des différentes offres de service à destination des travailleurs indépendants dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion.

3. L'achèvement des travaux de décommissionnement des applications informatiques du RSI (recommandation n°37) constitue une priorité.

En matière de cotisations et droits retraite, les outils ADAU et SCR ont été maintenus temporairement dans l'attente de la cible RGCU. Cette bascule RGCU est effective depuis avril 2022 et un plan d'actions est établi pour décommissionner ces applicatifs.

Cette précision est de nature à lever la recommandation.

4. La recommandation n°38 visant à clarifier les relations des branches du régime général avec le CPSTI appelle des précisions.

Le décret du 5 février 2022 pris en application du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, a ainsi étendu et mis en cohérence les règles communes de reversement aux attributaires, et intégré en leur sein les dispositions relatives au CPSTI fixées par le décret de 2020, mentionné dans le rapport.

Les taux ainsi fixés au titre des frais de gestion des attributaires distinguent les cotisations recouvrées auprès d'employeurs (0,5% jusqu'à 20 Md€ de collecte, 0,1% au-delà, et 0,3% pour les cotisations dues principalement par des employeurs publics) et celles recouvrées auprès de travailleurs indépendants (1% pour les régimes TI, 2,5% pour les fonds d'assurance formation et 0,5% pour les URPS).

Les textes ne prévoient pas la mise en œuvre d'un suivi analytique des coûts engagés pour chaque contribuable au titre de la gestion du recouvrement, ni de révision périodique du niveau des frais appliqués forfaitairement. Ces dispositions sont identiques à celles appliquées par l'Etat aux contribuables des recettes collectées par les administrations fiscale et douanière (collectivités locales, organismes et régimes de sécurité sociale...).

Par ailleurs, les clés de répartition des dépenses communes entre les régimes pilotés par le CPSTI (85/15%) sont anciennes et historiquement fondées sur le poids relatif des produits de cotisations affectées à chaque branche, qui est très stable dans le temps (84,6% et 15,4% sur la base des comptes à fin 2021).

Au-delà des frais de gestion relatifs au recouvrement, pour ce qui concerne la gestion des réserves du CPSTI confiée à l'Urssaf, la refacturation des coûts – directs comme indirects - est effectuée à l'euro près dans le cadre des dispositions réglementaires spécifiques au CPSTI et un suivi fin des ressources engagées est établi régulièrement à l'appui de la facturation annuelle. Ces éléments sont intégrés dans le budget de l'Urssaf.

5.S'agissant de la recommandation n°39, je confirme que la lutte contre la fraude aux prélèvements sociaux des indépendants est notre priorité.

Je précise à cet égard que la première étape de la campagne de déclaration des revenus consiste à réaliser un rapprochement entre des populations connues de l'Urssaf et de la DGFIP.

La recommandation consistant à systématiser la transmission par la DGFIP aux Urssaf des données des déclarations des contribuables inconnus de notre système d'information est porteur de risques vis-à-vis du cadre réglementaire informatique et libertés et supposerait une évolution législative à l'égard du secret fiscal. En effet, l'Urssaf indique systématiquement à la DGFIP en amont de la campagne, si un contribuable est travailleur indépendant afin de disposer de la donnée de gestion. Néanmoins, ces travaux s'inscrivent dans la feuille de route pluriannuelle Urssaf/DGFIP visant la fiabilisation des revenus des travailleurs non-salariés.

Les progrès accomplis en matière de ciblage, de verbalisation et de redressement du travail dissimulé dans le cadre des contrôles des travailleurs indépendants sont très significatifs (33% des contrôles ciblés LCTI concernaient des travailleurs indépendants en 2021 contre 10% en 2015) et doivent être poursuivis. D'ailleurs, la priorité ne nous semble pas devoir porter sur les contrôles partiels d'assiette sur pièces, mais bien sur des contrôles « répressifs » sur place et sur pièces, à la faveur de la montée en compétence des contrôleurs du recouvrement qui sont désormais habilités (suite à l'arrêté du 17/07/2019) à constater les infractions en matière de travail dissimulé.

**REponse DU DIRECTEUR GENERAL DE LA CAISSE
CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (CCMSA)**

J'ai pris connaissance avec la plus grande attention des extraits du rapport intitulé « La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2022 (RALFSS) ».

Ce rapport n'appelle pas d'observations de ma part concernant l'évaluation de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

Toutefois, je souhaite que la CCMSA soit ajoutée dans la liste des organismes concernés par la mise en œuvre des deux recommandations rappelées ci-dessous, et ce d'autant plus qu'elle est pleinement associée aux travaux qui s'ensuivent.

« Recommandation 30. Faciliter l'accès des familles modestes à la garde par les assistants maternels en modifiant le barème du CMG « assistant maternel » afin de rapprocher les restes à charge de ceux observés pour les structures de garde financées par la prestation de service unique de la branche famille (ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes publics, Cnaf, AcoSS/Pajemploi); »

« Recommandation 31. Adapter le CMG aux nouvelles configurations familiales ou professionnelles et permettre le paiement direct du CMG aux structures de garde, ainsi que la perception directe du crédit d'impôt pour garde d'enfant (ministères chargés de la sécurité sociale et des comptes publics, Cnaf, AcoSS/Pajemploi). »
