

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET DES ORGANISMES CONCERNES

SOMMAIRE DES REPONSES

Ministre l'économie et des finances	567
Ministre des affaires sociales et de la santé	
Ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget	
Ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie	574
Ministre de l'artisanat, du commerce et du tourisme	575
Chapitre II – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie	
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	576
Chapitre VI – Les réformes des régimes de retraite de la SNCF et de la RATP	
Président de la SNCF	577
Président directeur général de la RATP	578
Président de la caisse de retraite du personnel de la RATP	578
Chapitre VII – Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique	
Régime social des indépendants	578
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	
Chapitre VIII – La mise en place des agences régionales de santé	
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	581
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	582
Chapitre IX – Le rôle de l'ordre national des médecins dans l'organisation des soins et de respect de la déontologie médicale	
Conseil national de l'ordre des médecins	582
Chambre disciplinaire nationale et de la section des affaires sociales du CNOM	587
Conseil départemental de l'ordre des médecins de la ville de Paris	587
Chapitre X – La prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé	
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	588
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	589
Chapitre XI – Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie	
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	590
Caisse primaire d'assurance maladie du Val d'Oise	590
Chapitre XII – Les activités de soins de suite et de réadaptation	
Fédération hospitalière de France	591
Fédération de l'hospitalisation privée	591
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne	591
Centre hospitalier régional universitaire de Besançon	592
Agence régionale de santé de la région Bourgogne	592
Centre hospitalier de Brive-La-Gaillarde	592
Agence régionale de santé de la région Centre	592

Chapitre XIII – La certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé	
Haute autorité de santé	593
Fédération de l'hospitalisation privée	593
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne	594
Chapitre XIV – La couverture vieillesse des personnes les plus pauvres	
Caisse nationale d'assurance vieillesse	595
Conseil d'orientation des retraites	596
Caisse des dépôts et consignations	596
Chapitre XVI – La fonction redistributive des prestations familiales conditionnées par les ressources	
Caisse nationale d'allocations familiales	597
Haut conseil de la famille	598
Chapitre XVII – Le pilotage et la gestion du système d'information de la branche famille du régime général	
Caisse nationale d'allocations familiales	599
Chapitre XVIII – Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général	
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	601

*RÉPONSE DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES,
DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ ET
DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET
DES FINANCES, CHARGÉ DU BUDGET*

Nous avons pris connaissance avec le plus grand intérêt de l'analyse de la Cour des comptes sur les résultats des organismes de sécurité sociale pour l'exercice 2011, ainsi que sur les perspectives financières de ces organismes pour 2012. Faisant suite à l'audit de l'ensemble des finances publiques remis par la Cour en juillet dernier, ces perspectives constituent une aide décisive à l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

S'agissant de l'exercice 2011, nous nous félicitons tout d'abord de la décision de la Cour de certifier les comptes des branches maladie et vieillesse et de l'activité de recouvrement du régime général. Nous prenons acte par ailleurs de son refus de certifier les comptes des branches accidents du travail-maladies professionnelles et famille, reconnaissant que les motivations de ce refus constituent des axes de progrès de ces deux branches.

Sur les équilibres financiers relatifs à ce même exercice, la Cour note justement que les déficits des branches du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'établissent à des niveaux inférieurs à ceux des prévisions successives des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011 et 2012. Ce résultat émane d'une progression de la masse salariale du secteur privé supérieure à l'hypothèse retenue à l'automne 2010 (+ 3,6 %, contre + 2,9 %), qui a soutenu l'évolution des produits sur revenus d'activité, ainsi que du respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). L'ONDAM 2011 est toutefois marqué par le choix regrettable de porter atteinte au niveau de protection des assurés sociaux notamment par une baisse significative du taux de remboursement des produits de santé. Nous réaffirmons notre détermination à maîtriser la progression des dépenses d'assurance maladie par l'amélioration de l'efficacité de notre système de soins, en garantissant à tous les Français un égal accès à des soins de qualité.

Pour autant, comme l'indique la Cour, l'essentiel pour parvenir à l'équilibre des comptes sociaux reste à faire. Le retour à l'équilibre de la branche vieillesse n'est en rien garanti par la réforme de 2010. Les ressources de la branche famille ont été fragilisées depuis 2011. Pour 2012, dans un contexte macro-économique moins favorable, l'objectif du Gouvernement consiste en priorité à contenir les déficits du régime général et du FSV au niveau des cibles prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Le ralentissement de la masse salariale privée depuis la mi-2011 rend exigeante l'atteinte de cet objectif, et requiert la poursuite de l'effort de maîtrise des dépenses sociales, notamment d'assurance maladie. Dans ce domaine, les évaluations disponibles rendent crédible un nouveau respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie en 2012. En outre, les

mesures de recettes prises dans la dernière loi de finances rectificative pour 2012 permettront de réaliser un redressement significatif des comptes de la sécurité sociale, tout en permettant le financement de mesures de justice (élargissement des possibilités de départ en retraite à 60 ans pour les personnes entrées précocement dans la vie professionnelle, majoration de l'allocation de rentrée scolaire). Elles s'inscrivent pleinement dans l'objectif de moyen terme du retour à l'équilibre des finances publiques dans leur ensemble à l'horizon 2017, dont une première étape sera la limitation du besoin de financement des administrations publiques à 3 % du produit intérieur brut en 2013, ainsi que l'a confirmé le débat d'orientation sur les finances publiques tenu avec la représentation nationale en juillet 2012. Dans ce cadre, les administrations de sécurité sociale devront réduire leur solde déficitaire de 0,25 point de produit intérieur brut en 2013, soit de 5 Md€ environ. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 traduira cet engagement dans le champ des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des fonds concourant à leur financement. Ainsi, la progression des dépenses de sécurité sociale, devra rester compatible avec l'objectif d'une progression en volume des dépenses publiques limitée à 0,8 % par an, dans un contexte marqué par le vieillissement de la population. A cette fin, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2013 sera proposé en augmentation de 2,7 % par rapport à 2012, ce qui représente un niveau nettement inférieur au tendanciel ainsi qu'aux taux d'évolution adoptés avant 2012.

En ce qui concerne le financement, nous avons pris connaissance avec attention du chapitre consacré par la Cour aux ressources de nature fiscale de la sécurité sociale. Une telle analyse, par son aspect très large et transversal, nous paraît largement inédite alors même que les questions qui sont passées en revue présentent un aspect souvent structurant. Elle intervient en outre à un moment opportun, puisque le Gouvernement a décidé, sur la base des échanges qui ont eu lieu au cours de la grande conférence sociale des 9 et 10 juillet 2012, de saisir le Haut conseil du financement de la protection sociale. Ce dernier sera chargé d'établir un diagnostic sur les modalités actuelles de financement de notre protection sociale et les évolutions qui, notamment au regard du degré de fiscalisation souhaitable pour le financement de chaque branche, peuvent y être apportées dans le respect de l'intégrité et la lisibilité de nos finances publiques, la nécessaire cohérence des ressources affectées à chacune des branches et le souci d'accroître l'efficacité économique de notre système de prélèvements obligatoires. Les analyses de la Cour constitueront un apport indéniable dans cette réflexion. Le Gouvernement est déterminé à mettre fin à l'accumulation de mesures fiscales opportunistes que déplore la Cour et à assurer, à l'issue de cette réflexion, un financement cohérent et solide de notre système de protection sociale, indispensable à sa pérennité.

S'agissant des aspects plus sectoriels, nous partageons l'ensemble des constats réalisés par la Cour dans son chapitre consacré aux activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et à la maîtrise des dépenses associées à ces

activités qui ont connu une forte croissance au cours de ces dernières années. Il convient que soit renforcée l'évaluation des besoins réels de capacités d'accueil en SSR en s'appuyant, notamment, sur un bilan précis des orientations de développement quantitatif contenues dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) et des autorisations délivrées par les agences régionales de santé. La Cour attire également l'attention du Gouvernement sur la nécessité de fluidifier le parcours de soins des patients, en amont et en aval des structures de SSR. Nous partageons cette préoccupation et rappelons les travaux engagés à la fois pour développer des outils informatiques adaptés et pour construire de nouvelles modalités d'organisation des soins mieux à même d'optimiser la gestion des sorties d'hospitalisations de court et de moyen séjour, dans le cadre des expérimentations prévues par l'article 70 de la LFSS 2012 notamment. Enfin, en ce qui concerne la réforme du financement des activités de SSR, nous partageons la position de la Cour en faveur d'un report de la date d'entrée du moyen séjour dans le cadre de la tarification à l'activité. Dans l'intervalle, la tarification des activités SSR doit néanmoins évoluer de manière à renforcer la modulation aujourd'hui appliquée et à actualiser le système de fixation des prix de journée pour les cliniques privées, peu lisible et en grande partie obsolète. Cette période doit en effet permettre l'amélioration et la consolidation du dispositif transitoire de financement et de ses outils : catalogue des actes, classification, études de coûts.

Nous partageons également les préoccupations soulevées par la Cour quant à la croissance des dépenses d'assurance maladie relatives aux transports de patients. La régulation des dépenses de transports sanitaires doit être renforcée, comme le souligne la Cour, ce qui nécessitera une action aussi bien sur le nombre de patients transportés, l'optimisation du mode de transport et le coût des transports de patients. La lutte contre les fraudes et abus sera également renforcée. Les autorisations délivrées aux véhicules doivent être mieux maîtrisées, comme l'indique le rapport. Un décret en conseil d'Etat, en cours de publication, relatif à l'agrément nécessaire au transport sanitaire et à l'autorisation de mise en service de véhicules de transports sanitaires témoigne de la volonté du Gouvernement de s'engager résolument dans une politique de maîtrise de l'offre en agissant tant sur le nombre de véhicules que sur le développement de la part des VSL, moyen de transport le moins onéreux. Enfin, l'approfondissement de la coordination entre ARS et CPAM semble également nécessaire, ceci de façon à harmoniser les modes de régulation et de contrôle de l'offre de transports sanitaires.

Nous nous associons au constat dressé par la Cour d'un bilan quantitatif globalement satisfaisant en matière de certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé (HAS). A ce jour, le fait que la quasi-totalité de ceux-ci aient fait l'objet de deux procédures de certification et soient engagés dans une troisième atteste de la vigueur du dispositif.

Nous souscrivons globalement aux propositions formulées par la Cour, qu'il s'agisse de l'approfondissement de la connaissance de l'impact, notamment financier, de cette procédure, et du besoin de simplification et de médicalisation de la démarche.

La Cour insiste dans ses propositions plus particulièrement sur le développement de l'accréditation des médecins et des équipes médicales, sur des actions de formation du personnel aux bonnes pratiques et sur l'expérimentation de la certification d'ensembles coordonnées d'activités. Si le Gouvernement soutient et promeut l'idée d'une constante amélioration des pratiques médicales et donc de la qualité du savoir-faire des personnels soignants, il nous semble que la certification ne peut suffire et qu'elle doit s'inscrire dans un cycle plus vaste d'actions visant au renforcement permanent des pratiques médicales. A ce titre, le développement professionnel continu (DPC) doit s'inscrire pleinement dans cette démarche. Plus largement, le renforcement de la formation, initiale et continue est et demeurera l'une des priorités du Gouvernement en matière de qualité et de sécurité des soins.

La Cour a analysé la mise en place des agences régionales de santé (ARS). Si elle estime que les ARS ont pu être mises en place rapidement, elle estime que le pilotage de ces agences n'a pas encore trouvé son point d'équilibre. Nous partageons l'avis de la Cour sur le caractère jusqu'ici insuffisamment stratégique du travail mené par le Conseil national de pilotage (CNP) et sur l'inadéquation des contrats pluriannuels passés avec les agences. Le pilotage doit appliquer davantage un principe de subsidiarité, permettant une meilleure responsabilisation des ARS, et les modes d'action de l'administration centrale devenir moins normatifs et moins segmentés. Comme le souligne la Cour, l'enjeu financier principal des ARS réside dans leur capacité à accroître l'efficacité du système de santé : le pilotage stratégique du CNP et la fonction de coordination assurée par le secrétariat général devront être mis au service de cet objectif. Cette évolution du pilotage se traduira, dès l'automne, par un travail de refonte des contrats passés avec les ARS (CPOM). S'agissant plus particulièrement des systèmes d'information à disposition des agences, il convient de souligner, conformément à la recommandation de la Cour relative à la question de l'accès des ARS aux systèmes d'information de l'assurance maladie, qu'un arrêté paru le 25 juillet dernier au Journal officiel permet aux médecins des agences nommément désignés par le directeur général de disposer notamment de l'ensemble des données, anonymisées, des bénéficiaires de l'assurance maladie sur leur champ géographique de compétences. Enfin, des moyens spécifiques seront par ailleurs dégagés dans le cadre de la programmation budgétaire pluriannuelle en faveur de la mise en œuvre du schéma directeur des systèmes d'information des ARS.

La Cour des Comptes mène un examen poussé des modalités selon lesquelles le Conseil de l'Ordre des Médecins met en œuvre ses missions.

Nous prenons acte des observations de la Cour relatives aux marges de progrès relatives à l'exercice de ses missions de contrôle de la déontologie. Nous relevons tout particulièrement les insuffisances signalées par la Cour en matière de contrôle des dépassements d'honoraires. Les dépassements d'honoraires abusifs doivent dorénavant faire l'objet de sanctions. C'est pourquoi la négociation ouverte en juillet dernier avec les syndicats de médecins permettra de renforcer les sanctions à l'encontre des médecins pratiquant des dépassements abusifs, qui devront pouvoir aller jusqu'au déconventionnement.

Le rapport évoque par ailleurs les modalités de prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé libéraux. Elle dresse une analyse approfondie sur l'ensemble des professions et permet d'identifier des pistes de réflexion intéressantes. S'agissant des médecins libéraux, nous rappelons qu'à l'exception des 1500 médecins de secteur 2 adhérents de l'option de coordination, pour lesquels seuls les actes réalisés au tarif opposable bénéficient de la prise en charge des cotisations sociales, seuls les médecins de secteur 1 bénéficient de cette prise en charge. Dans le cadre des travaux engagés pour maîtriser les dépassements d'honoraire nous aurons à cœur de nous assurer du développement de l'exercice au tarif du secteur 1.

La Cour souligne l'hétérogénéité des prescriptions d'arrêts de travail entre les départements et la nécessité d'approfondir l'analyse des déterminants de ce poste de dépense. Le développement de référentiels de prescription, le maintien de la politique de contrôle des arrêts et le renforcement du contrôle interne au sein du service du contrôle médical de l'assurance maladie seront pleinement mobilisés pour maintenir une évolution maîtrisée des dépenses d'indemnités journalières. Le développement d'actions précoces visant notamment à prévenir la désinsertion professionnelle en cas de maladie longue contribuera également à cet objectif.

Les réflexions de la Cour sur la solidarité envers les retraités et les familles ont particulièrement attiré notre attention. En effet, notre système de protection sociale n'est pas un système d'assurance, il se veut également solidaire, et cette solidarité doit être maintenue.

Concernant la solidarité envers les retraités, comme le rappelle la Cour, le minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées - ASPA) et les minima contributifs de pension ont permis de réduire fortement la pauvreté des personnes âgées. Cependant, comme pointé, ces mécanismes de solidarité protègent moins les assurés aux carrières courtes, qui, non éligibles aux minima de pension des régimes⁵⁰⁴, ne sont couverts que par le minimum vieillesse. Il convient néanmoins de rappeler que les dispositifs de

504. En effet, l'attribution des minima de pension est conditionnée à l'obtention du taux plein ce qui réduit de manière non négligeable le champ d'action de ces minima.

minimum contributif répondent à une philosophie différente de celle du minimum vieillesse et visent précisément à avantager les assurés à carrière complète. Le risque financier lié à une augmentation des dépenses au titre de l'ASPA que soulève la Cour n'est pas avéré : le niveau des pensions continue et continuera en effet à augmenter au fil des générations, du fait de la progression des salaires, mais aussi de la progression de l'activité féminine notamment, et la fragilisation des carrières des plus jeunes ne semble pas suffisante pour remettre en cause la baisse tendancielle du nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse depuis les années 1960. Certaines des pistes proposées pour améliorer l'efficacité du minimum vieillesse sont intéressantes. En particulier, il apparaît important d'informer plus régulièrement les assurés potentiellement éligibles au minimum vieillesse afin de limiter le non-recours et assurer l'effectivité des droits, l'éligibilité pouvant intervenir plusieurs années après la liquidation de la pension de retraite ; de clarifier et de rendre soutenable le financement du minimum vieillesse. En revanche, nous ne pouvons souscrire à toute proposition contradictoire avec l'objectif affiché par la Cour, que nous partageons, de sécuriser la situation financière des personnes âgées les plus modestes.

Au-delà, le Gouvernement a annoncé une réflexion globale sur le système de retraite en 2013, pour faire suite à la mesure de justice immédiate concernant les possibilités de départ à 60 ans. Lors de la grande conférence sociale des 9 et 10 juillet 2012, en accord avec les partenaires sociaux, un calendrier en trois étapes a été défini : suite à la phase de diagnostic, qui se déroulera entre septembre 2012 et début 2013, une commission ad hoc formulera différentes pistes de réforme à plus ou moins long terme sur la base de consultations menées auprès de l'ensemble des acteurs concernés qui nourriront une phase de concertation entre le Gouvernement et les partenaires sociaux à compter du printemps 2013. C'est dans ce cadre que la réflexion sur la solidarité envers les retraités devra s'inscrire.

S'agissant de la politique à l'égard des familles, la Cour considère que le risque accru de pauvreté de certaines familles et le nécessaire retour à l'équilibre de la branche famille appellent à revoir son économie d'ensemble. Concernant ce risque de pauvreté, la solidarité à l'égard des familles les plus modestes constitue un axe majeur de la politique du Gouvernement, comme en témoigne la revalorisation de l'allocation de rentrée scolaire de 25 % décidée pour la rentrée 2012. Concernant l'économie d'ensemble, la grande conférence sociale des 9 et 10 juillet 2012 a mis en évidence la nécessité d'adapter notre protection sociale à l'évolution des besoins sociaux. Dans ce cadre, une réflexion va être engagée avec l'ensemble des acteurs de la politique familiale. Le Haut conseil de la famille aura pour mission d'identifier les évolutions structurelles nécessaires pour s'assurer du caractère soutenable de l'évolution des dépenses tout en préservant les intérêts des plus démunis.

En termes de gestion, la Cour souligne la nécessité de maîtriser les coûts de gestion des caisses de sécurité sociale. A cet égard, nous rappelons que les organismes de sécurité sociale (OSS), qu'ils relèvent du régime général ou des autres régimes, s'inscrivent depuis plusieurs années déjà dans une démarche très volontariste de réduction des coûts de gestion.

S'agissant plus particulièrement des systèmes d'information de la branche famille à laquelle la Cour consacre des développements spécifiques dans son rapport, nous rejoignons très largement les observations de la Cour sur la nécessité de réorganiser la fonction informatique de cette branche dans un objectif d'efficacité et de moins grande dispersion des structures.

Nous serons particulièrement attentifs aux attentes fortes de la Cour sur le recentrage des objectifs stratégiques du système d'information de la CNAF ainsi que sur la réorganisation en profondeur de la maîtrise d'œuvre et de son articulation plus efficace avec la maîtrise d'ouvrage qui devront irriguer le schéma directeur lié à cette nouvelle convention.

Concernant le régime des indépendants, la Cour a retracé les grandes difficultés rencontrées depuis la décision de création du régime social des indépendants (RSI) et de l'interlocuteur social unique (ISU) pour assurer la conduite de ces réformes. Malgré l'effort déployé depuis pour limiter les conséquences subies par les assurés, cet échec est symptomatique d'une réforme conduite dans la précipitation. Le Gouvernement est toutefois déterminé à rétablir des conditions de fonctionnement normales pour le RSI.

L'encaissement des cotisations qui n'avaient pu être payées à bonne date par les assurés, en raison de ces dysfonctionnements, et dont le montant est évalué par l'administration et les organismes à environ 700 M€ en 2012, a été entrepris. Il se poursuivra encore en 2013. Même s'il est possible qu'une perte définitive – partielle - soit constatée nous rappelons l'intérêt pour les assurés eux-mêmes d'en acquitter la plus grande part pour acquérir normalement leurs droits à l'assurance retraite.

Nous partageons la recommandation de la Cour d'assurer au plus vite le fonctionnement correct de fonctions essentielles du recouvrement, notamment les relances amiables, ainsi que le recouvrement forcé en cas de non-paiement. Les premiers résultats de l'année 2012 sont encourageants. Conformément à la recommandation de la Cour, un audit du chantier de rénovation du système d'information, qui doit permettre de stabiliser le fonctionnement, sera diligenté.

Le Gouvernement restera mobilisé au côté du RSI et de ses assurés jusqu'au rétablissement complet d'un fonctionnement efficace, qui ne peut être réalisé, ainsi que l'enseigne la crise de l'ISU, que par l'exercice d'une coresponsabilité des deux réseaux concernés sur le recouvrement des cotisations.

Convaincu que l'indispensable retour à l'équilibre des comptes sociaux est possible dans la justice, le Gouvernement est pleinement engagé dans la démarche volontaire et méthodique de redressement que la Cour appelle de ses vœux.

*RÉPONSE DE LA MINISTRE DE L'ÉCOLOGIE, DU DÉVELOPPEMENT
DURABLE ET DE L'ÉNERGIE*

J'ai pris connaissance avec intérêt de ce travail d'analyse approfondi des réformes des régimes spéciaux de retraite de la SNCF et de la RATP.

Le projet d'insertion formule deux recommandations :

« Transmettre au Parlement des informations annuelles détaillées et actualisées sur la montée en charge des réformes des régimes de la SNCF et de la RATP comprenant notamment des éléments sur l'évolution du comportement de départ des agents ainsi qu'une estimation de l'équilibre prévisionnel des régimes à moyen et long terme selon diverses hypothèses ».

Je tenais à porter à votre connaissance que les réponses aux questionnaires parlementaires, adressés annuellement au Parlement, comportent des informations annuelles détaillées et actualisées répondant à la recommandation.

« Imposer une plus grande transparence à la SNCF et à la RATP en prévoyant qu'elles fournissent, en annexe à leur bilan social annuel, une évaluation prévisionnelle, selon des critères méthodologiques rigoureux, des coûts salariaux générés par le vieillissement de la pyramide des âges et du coût spécifique des mesures d'accompagnement liés aux réformes des régimes de retraite de leurs agents ».

La suggestion d'annexer une évaluation prévisionnelle des coûts salariaux induits par le vieillissement de la pyramide des âges au bilan social des entreprises nous paraît devoir être soutenue. Mais sa portée excède les seules entreprises sous revue.

En effet, le bilan social est une obligation découlant d'une disposition législative prévue par le code du travail, applicable à la généralité des entreprises et établissements dont l'effectif excède 300 salariés.

La loi lui assigne pour objectif de dresser le bilan dans le domaine des réalisations effectuées par l'entreprise dans l'année et les deux précédentes années écoulées.

La liste des informations à fournir que précise un décret en Conseil d'État ne prévoit pas à ce jour d'obligations de fournir des évaluations prévisionnelles.

Le bilan social est par ailleurs soumis à la consultation des comités d'entreprise.

La recommandation pose la question générale de la consultation du comité d'entreprise sur les conséquences des évolutions de pyramide des âges de l'entreprise et de ses conséquences sur le régime de retraite pour les salariés, notamment si ceux-ci bénéficient d'un régime spécial propre à l'entreprise.

Cette observation me paraît dès lors devoir être soumise à l'examen du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, du ministre de l'économie et des finances et de la ministre des affaires sociales et de la santé.

*RÉPONSE DE LA MINISTRE DE L'ARTISANAT, DU COMMERCE
ET DU TOURISME*

Vous avez bien voulu me transmettre un extrait du projet de rapport mentionné en objet concernant la réforme du Régime social des indépendants (RSI) et de l'interlocuteur social unique (ISU), que la Cour des comptes propose de publier prochainement.

Les bénéfices attendus de cette réforme importante étaient à la fois une simplification des démarches pour les chefs d'entreprises, avec la mise en place d'un seul interlocuteur au lieu de trois auparavant, un gain d'efficacité et des économies de gestion pour les gestionnaires.

Mais la mise en place de l'ISU a été entravée par des difficultés de fonctionnement de la gouvernance et des dysfonctionnements techniques, notamment informatiques. Ces derniers persistent encore largement malgré la mobilisation des pouvoirs publics et des organismes de sécurité sociale concernés.

Tant en termes de qualité de service et de gestion pour les assurés qu'au plan financier le retour à un niveau normal de recouvrement des cotisations et le recouvrement des créances du RSI constituent un impératif majeur.

Je partage donc pleinement la volonté de la Cour de sécuriser le dispositif et ses recommandations destinées à garantir le redressement rapide et complet du fonctionnement de l'ISU.

Compte tenu des risques identifiés par la Cour sur les prochaines étapes du projet remanié, je suis en particulier favorable à l'engagement dans les meilleurs délais d'un nouvel audit approfondi du futur système d'information partagé entre les deux organismes concernés, le RSI et l'ACOSS, afin de s'assurer de sa pertinence et d'en maîtriser l'aboutissement et je prends note que si toutes les garanties n'étaient pas apportées par cet audit, des solutions alternatives devraient être expertisées.

PREMIERE PARTIE – LES COMPES ET LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

Chapitre II L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2011

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

1. Sur l'exécution de l'ONDAM 2011

(...) Outre la conjoncture épidémique favorable, un autre phénomène a contribué à minorer l'année 2010 et *a contrario* à majorer l'année 2011 ; on a observé en effet un report de soins significatif de décembre 2010 sur janvier 2011, attribuable sans doute à la fois aux conditions météorologiques exceptionnelles du mois de décembre et à la configuration particulière des congés de fin d'année, qui ont manifestement conduit les assurés à reporter des rendez-vous de soins sur le début de l'année suivante. (...)

Sans nier l'avantage que constitue une exécution de l'année de base inférieure au montant ayant servi de base de construction à l'ONDAM, on peut craindre que cette façon de présenter les choses fasse passer au second plan les effets réels de la politique de régulation et de maîtrise des dépenses. Même avec un avantage de base, il a été nécessaire de « tenir » le taux de croissance des dépenses : 2,8% alors que le tendancier était de 4,7% pour les soins de ville. Et si l'on tient compte d'un début d'année majoré par des reports de soins de 2010, le fait d'avoir limité l'évolution à 2,8% constitue d'autant plus une bonne performance. (...)

2. Sur la méthodologie de la construction de l'ONDAM

Le problème de la base : la CNAMTS souscrit à cette proposition de revenir sur les écarts prévisions-réalisations sous une forme plus systématique qu'aujourd'hui (car cette analyse est quand même réalisée en partie dans le groupe de suivi statistique de l'ONDAM, notamment pour la base, après la commission de septembre). Il n'est pas certain cependant que la prévision puisse être sensiblement améliorée par l'analyse de ces écarts passés, dont le sens et les facteurs explicatifs varient selon les années.

Le problème du tendancier : si pour les soins de ville, des méthodes statistiques (DSS, CNAMTS) sont utilisées pour prolonger les tendances connues, la DGOS (secteurs hospitaliers) et la CNSA (secteur médico-social) ont recours à des méthodes économiques pour déterminer leurs besoins de financement. Ces méthodes ne couvrant pas des périmètres de charges identiques rendent délicate l'analyse comparée des réalisations des différents secteurs de l'ONDAM.

3. Le constat de l'ONDAM

La Cour suggère que l'ONDAM de l'année N soit suivi sur les trois exercices suivants de façon à améliorer le dénouement des provisions. Pour ce faire, la Cour propose que la commission des comptes de la sécurité sociale rende compte d'un ONDAM durant ces trois années. La CNAMTS rejoint cette proposition. (...)

DEUXIEME PARTIE – LES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE DE CERTAINES REFORMES

Chapitre VI Les réformes des régimes de retraite de la SNCF et de la RATP

REPONSE DU PRESIDENT DE LA SNCF

(...) Le régime spécial de retraite du personnel du cadre permanent de la SNCF est le régime d'une seule entreprise. Comme le constate à juste titre la Cour des comptes, toute réforme d'envergure des règles de ce régime, en particulier celles visant à prolonger l'activité et à reporter l'âge de départ à la retraite, a pour conséquence immédiate d'accroître significativement les charges de personnel de l'entreprise au moment où le secteur ferroviaire connaît lui-même de profondes transformations à la suite de l'ouverture à la concurrence des transports ferroviaires. L'exigence de compétitivité et de maîtrise des coûts de production est durablement affaiblie par le choc macro financier induit par les réformes du régime spécial, chiffré par la Cour à 4,73 Md€ 2010 pour la présente décennie. Cette situation met aussi en évidence les fortes contraintes qu'imposent l'existence et le financement du régime spécial sur la capacité de la SNCF à aborder dans les meilleures conditions l'ouverture à la concurrence.

La SNCF n'a pas d'objection au suivi régulier des coûts induits par la réforme. C'est ce qu'elle fait depuis le démarrage de la réforme du régime spécial. Il convient toutefois de souligner que la référence aux charges de personnel qui auraient été versées sans les réformes du régime spécial devient de plus en plus hypothétique et conventionnelle au fur à mesure qu'on s'éloigne de l'année 2008. En outre, depuis cette date, les politiques de recrutement et de rémunération ont été adaptées pour maîtriser la croissance des charges de personnel. (...)

REPONSE DU PRESIDENT DIRECTEUR GENERAL DE LA RATP

(...) Au terme de l'ensemble de ces échanges, la RATP prend acte des observations et recommandations formulées, pour ce qui la concerne. (...)

*REPONSE DU PRESIDENT DE LA CAISSE DE RETRAITES DU
PERSONNEL DE LA RATP (CRP RATP)*

(...) La CRP RATP s'étonne que la Cour relève des « défaillances... dans les estimations produites par les caisses »

La Caisse transmet régulièrement des prévisions à moyen et long terme relatives aux perspectives financières du régime à ses tutelles, à la commission des comptes de la sécurité sociale et au COR. Ces travaux sont réalisés à partir d'outils de prévision et de simulation qui ont été éprouvés depuis de nombreuses années et confrontés aux résultats antérieurs. Ils utilisent des normes et standards de place.

Enfin, la CRP RATP tient aussi à souligner que l'établissement d'outils de prévision et simulation à méthodologie commune aux régimes de retraite de la RATP et de la SNCF lui paraît difficilement envisageable, chacun des régimes ayant des caractéristiques différentes (structures de population, règles des régimes, comportement de départs des assurés distincts, ...) sauf à s'en tenir à une approche méthodologique très générale. (...)

Chapitre VII

Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique

*REPONSE COMMUNE DES DIRECTEURS DU REGIME SOCIAL DES
INDEPENDANTS (RSI) ET DE L'AGENCE CENTRALE DES
ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (ACOSS)*

Les directeurs de l'ACOSS et du RSI prennent acte des constats faits par la Cour sur le processus de décision qui a conduit aux difficultés lourdes et durables qu'ont subi de nombreux assurés du RSI et qui a affecté l'efficacité du recouvrement.

Ils notent cependant tout particulièrement que la Cour a pris la mesure de l'engagement des deux réseaux, et notamment des agents au contact de ces assurés, pour apporter les solutions palliatives que les systèmes de gestion informatisés ne pouvaient apporter.

Le directeur du RSI tient également à souligner l'engagement des administrateurs élus, représentant les assurés dans les conseils d'administration des caisses du RSI, généralement favorables à l'institution de l'interlocuteur social unique, mais réservés ou en désaccord sur les

modalités de mise en place arrêtées en 2007, à informer dès 2008 les autorités de l'ampleur des difficultés et à relayer sans relâche les réclamations légitimes des cotisants. Les deux directeurs souhaitent par ailleurs rappeler la très forte implication de leurs conseils d'administration dans le suivi de la réforme de l'Interlocuteur social unique puis dans les différentes mesures correctrices mises en œuvre. Ainsi, une formation informelle commune aux deux conseils d'administration se réunit régulièrement et chaque réunion de conseils d'administration donne lieu à un point de situation complet.

Comme le souligne la Cour, les directeurs de l'ACOSS et du RSI soulignent la problématique de tout exercice de chiffrage, compte tenu notamment :

- de la difficulté à déterminer la base de référence des niveaux historiques de recouvrement dans les anciens réseaux, préexistant à l'ISU, les méthodologies étant à l'époque disparates,
- des difficultés à prendre en compte les changements de réglementations intervenus à l'occasion de l'ISU dans la comparaison (notamment le changement du rythme des échéances et la généralisation de la régularisation post-radiation) ainsi que l'impact du contexte économique,
- du rythme soutenu depuis la fin 2010 et se poursuivant en 2012, des recouvrements sur exercices antérieurs résultant des efforts conjoints des deux réseaux qui aboutissent à des rappels de cotisations après corrections des anomalies, l'impact financier des dysfonctionnements se réduisant progressivement en conséquence,
- des encaissements supplémentaires obtenus grâce à la mise en place de l'ISU, résultant de la révélation, à partir de 2008, de comptes incomplets d'assurés (plus de 100 000) qui ne cotisaient antérieurement que pour une partie des risques, situation alors irrégulière mais non connue en l'absence de rapprochements entre les différents réseaux.

Au total, l'impact financier réel de la mise en place de l'ISU ne pourra être analysé qu'ultérieurement, et à ce stade, les évaluations auxquelles l'ACOSS et le RSI ont procédé sont en-deçà de la fourchette formulée par la haute juridiction.

Les directeurs de l'ACOSS et du RSI tiennent également à rappeler l'ampleur des travaux menés conjointement et sous l'égide de la tutelle depuis la mise en œuvre de l'ISU, dans une période marquée par ailleurs par une forte activité réglementaire dans le domaine de la protection sociale des travailleurs indépendants (réforme de l'auto-entrepreneur notamment). Organisées en mode de gestion de crise, les deux caisses nationales ont ainsi accompagné les deux réseaux tant en termes de pilotage que de moyens temporaires (constitution d'une « task force » en 2010 et plans successifs de traitement des « restes à faire informatiques»). C'est donc grâce aux actions correctrices engagées dès 2008 et à l'aboutissement de lourds travaux

conjointes d'adaptation des chaînes de gestion dans les années 2009-2010, que les deux réseaux ont pu, à partir de 2011, mettre en place des nouvelles modalités de pilotage national et régional de nature à accélérer le retour progressif vers un fonctionnement normalisé du recouvrement.

Les directeurs de l'ACOSS et du RSI partagent toutefois les constats faits par la Cour sur l'impact durable des dysfonctionnements initiaux sur la qualité et l'efficacité du recouvrement. Cela justifie l'enchaînement de plans d'actions prioritaires dans l'attente du déploiement du nouveau système d'information (système commun dédié et partagé - SCDP) à l'horizon 2014.

Ils confirment à la Cour être extrêmement sensibles à la nécessité de maîtriser les risques inhérents à la mise en place à l'horizon 2014 du nouveau système informatique de gestion dédié au recouvrement des cotisations des indépendants et partagé par les deux réseaux. Dans le cadre souhaité par la Cour, un audit de sécurisation du calendrier est engagé. Ses résultats seront examinés à l'automne 2012 par le comité stratégique conjoint aux deux réseaux pour permettre de stabiliser le plan d'actions et le calendrier en vue d'un déploiement de SCDP programmé en juillet 2014, selon des modalités en cours de définition, notamment techniques et organisationnelles, qui devront donner toutes les garanties de bon fonctionnement avant toute décision de mise en service.

Les deux directeurs sont naturellement tout à fait favorables à ce que l'identification de leviers de progrès en termes de qualité et d'efficacité soit poursuivie. Cela permettrait de stabiliser le cadre de mutualisation et de gestion conjointe dont l'ébauche est constituée par les équipes mixtes régionales mises en place en septembre 2011, et à optimiser la répartition entre les deux réseaux de certaines tâches précises afin d'éviter des redondances d'activités comme cela a été fait par exemple par la mission confiée au RSI d'assurer sur le site d'Auray la pré-affiliation des travailleurs indépendants pour l'ensemble des organismes de protection sociale.

S'agissant de la recommandation relative à la mise en œuvre de toutes les diligences concernant les créances non recouvrées, les deux directeurs rappellent, comme ils l'ont indiqué à la Cour, que cette approche est celle retenue, en prenant en compte, dans un contexte économique dégradé, la capacité des travailleurs indépendants à acquitter les montants dus, notamment en leur proposant des délais de paiement.

Enfin, s'agissant de l'examen proposé par la Cour de la répartition des compétences entre les deux réseaux, les directeurs rappellent l'ampleur des investissements menés depuis 2008 et des efforts à poursuivre pour fiabiliser les processus et les fichiers des comptes des cotisants, faire évoluer leurs applicatifs de gestion et organiser un pilotage conjoint des deux réseaux. Ils estiment donc qu'une décision radicale, confiant non plus aux deux réseaux mais à l'un ou à l'autre, la gestion du processus global du recouvrement risquerait d'entraver aussi bien la poursuite des progrès de plus en plus

tangibles, que les chantiers urgents et incontournables de rénovation complète des chaînes informatiques de gestion administrative (affiliation-radiation) et du recouvrement des cotisations. Ils rappellent en outre que la réglementation applicable aux artisans et commerçants conditionne le bénéfice ou le montant des prestations en espèces servies aux artisans et commerçants (IJ, invalidité, retraite) au paiement régulier des cotisations, ce qui conduit nécessairement à une intrication forte des systèmes gérant le recouvrement à ceux gérant les prestations.

Chapitre VIII

La mise en place des agences régionales de santé

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

(...) Concernant la mise en place des programmes pluriannuels régionaux de Gestion du Risque : ce programme de Gestion du Risque doit s'opérer dans un contexte budgétaire de réduction d'effectifs. C'est la raison pour laquelle, afin d'être efficiente, la CNAMTS a donné la priorité aux actions nationales pour lesquelles des résultats pourraient être atteints, et n'a pas souhaité multiplier les actions complémentaires, notamment entre l'ARS et les organismes locaux d'Assurance Maladie, lorsque l'analyse médico économique était insuffisante et les résultats mal assurés.

Concernant l'accès au Système d'Information (SNIIRAM) : celui-ci n'est intervenu qu'au printemps 2012, comme le souligne la Cour, parce qu'il a été indispensable, préalablement, de mettre en œuvre des processus permettant de conserver l'anonymat des données individuelles des professionnels de santé.

De la même façon, la diffusion partagée des lettres réseau n'est intervenue que fin 2011, dans le cadre d'un accord de principe entre le directeur général et la Secrétaire Générale du ministère, après calage des différentes modalités d'intervention, de fonctionnement et d'organisation des échanges entre les 2 réseaux.

En conclusion sur cette partie, le périmètre d'intervention entre les ARS et l'Assurance Maladie est désormais clairement défini de part et d'autre. Une collaboration active s'est mise en place entre la Direction Générale et le Secrétariat Général et il y a bien aujourd'hui, en matière de Gestion du Risque, une gestion partagée entre la CNAMTS et le ministère de la santé. La CNAMTS sera par ailleurs amenée, dans le cadre des propositions du rapport charges et produits pour 2013, à recommander d'amplifier les programmes structurés de gestion de risque. (...)

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

(...) La MSA n'est pas favorable à une modification des contrats de travail des personnels MSA en place actuellement dans les ARS.

Au demeurant, si la complexité de la gestion des personnels des ARS est inhérente à leur construction et le demeurera probablement un certain temps, notamment en raison de la pluralité des statuts de la fonction publique, je précise que la MSA a apporté aux ARS non seulement une assistance juridique mais aussi une aide technique appréciée en désignant la caisse MSA de Sud Aquitaine interlocutrice unique des ARS pour la gestion de la paie.

Je souhaite par ailleurs informer la Cour que la MSA a d'ores et déjà accepté que tous les nouveaux recrutements sur les postes MSA vacants, soient désormais réalisés sous conventions collectives UCANSS. (...)

***TROISIEME PARTIE – L'EFFICIENCE DU
SYSTEME DE SOINS***

**Chapitre IX
Le rôle de l'ordre national des médecins dans
l'organisation des soins et le respect de la
déontologie médicale**

*REPONSE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS
(CNOM)*

NOTE GENERALE

La lecture de document appelle de la part du Conseil national de l'Ordre des médecins une remarque préalable d'ordre général. En effet, (...) le chapitre proposé apparaît trop souvent d'ordre interprétatif, voire à charge. Celui-ci, en reprenant de façon approximative voire erronée un certain nombre de données choisies et isolées du contexte global, conduit à des conclusions dans lesquelles il ne se reconnaît pas.

Ce chapitre est basé sur l'analyse des données des années 2007 à 2010. Elle recouvre deux périodes différentes de la vie de l'Ordre. L'une se situe avant la promulgation de la loi du 21 juillet 2009, dite HPST, qui a porté réforme de son fonctionnement. L'autre, pour 2010, concerne la 1ère année de mise en œuvre de ce dispositif et n'a pas pris en compte les évolutions postérieures appliquées par l'Ordre des médecins apportant de facto des

réponses à un certain nombre d'affirmations ou de critiques formulées sur l'analyse des périodes antérieures.

Le contrôle du respect et de la déontologie

En ce qui concerne le tact et mesure, le Conseil national a choisi comme orientation stratégique d'intervenir dans le cadre d'une coopération avec l'ensemble des acteurs institutionnels : ministère chargé de la santé, associations d'usagers et organismes de sécurité sociale.

Pour ce qui est des usagers, le Conseil national rappelle que c'est grâce à sa participation active aux travaux du comité ministériel de suivi pour "l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU" faisant suite au rapport de M. CHADELAT (1^{ère} réunion le 29 mars 2007) qu'il a obtenu que les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, puissent saisir le Conseil national ou le conseil départemental au Tableau duquel le médecin est inscrit au nom des usagers pénalisés (article R.4126-1 du code de la santé publique modifié par le décret n° 2010-344 du 31 mars 2010). Cela permet ainsi de faciliter l'accès direct à l'Ordre par ces personnes en situation de précarité.

S'agissant des organismes de sécurité sociale, le principe de la coopération a bien été acté par le Directeur général de la CNAMTS dans sa lettre au Président du Conseil national en date du 30 avril 2009 faisant suite au traitement exemplaire par le conseil départemental de la Ville de Paris, en lien avec le Conseil national et la CPAM de Paris, du problème de dépassements d'honoraires de 12 praticiens signalés. Dans cette lettre le Directeur général se félicite de la bonne coopération avec l'Ordre et ne doute pas de son engagement à la poursuivre pour garantir aux patients un égal accès aux soins dont ils ont besoin.

Cette procédure a été officialisée par la loi du 21 juillet 2009, dite HPST, aux travaux préparatoires de laquelle le Conseil national a participé dès le départ tant au niveau ministériel que législatif. Cette loi a mis en place d'une part le partenariat entre les caisses primaires d'assurance maladie et les conseils départementaux en créant une commission mixte chargée d'instruire les refus de soins illégitimes composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie chargée de mener une conciliation dans les trois mois de la réception de la plainte (article L.1110-3 du code de la santé publique). A ce jour son décret d'application n'est toujours pas publié. D'autre part, ce même texte contraint les caisses à transmettre à l'Ordre les informations recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un Ordre professionnel. Cette mesure prévue à l'article L.162-1-19 du code de la sécurité sociale n'est pas assujettie à la publication d'un décret.

Or, la lettre réseau d'accompagnement du dispositif de transmission n'a été adressée par la CNAMTS aux caisses primaires que le 30 mai 2011 soit presque deux ans après la promulgation de la loi HPST. Les premiers signalements n'ont été notifiés, selon les départements, qu'à la fin 2011 et au début 2012 de surcroît au compte-goutte; ce qui permet au Conseil national de constater qu'enfin la procédure qu'il souhaite se met en place et de penser que la stratégie qu'il a retenue est bien la bonne même si ses résultats se font attendre.

Nous rappellerons par ailleurs que des contacts sont pris de longue date avec la Chancellerie sur le fondement de l'article L. 4126-6 du code de la santé publique afin que les Ordres départementaux soient systématiquement informés des condamnations pénales devenues définitives notamment celles concernant des faits de nature anti déontologiques afin de permettre à ces derniers d'agir. Ce circuit est encore aujourd'hui embryonnaire.

L'Ordre national des médecins a été systématiquement présent pour rappeler sa volonté de voir simplifier les relations entre les divers partenaires, renforcer la démarche déontologique et éviter les redondances de voies d'intervention. En effet, comme le souligne la Cour des comptes coexistent 5 voies de traitement du même fait ne communiquant pas entre elles. La seule voie qui puisse garantir l'usager de santé est celle qui consiste à ce que chacun des acteurs saisisse l'Ordre des médecins afin de juger des infractions déontologiques dans le cadre des juridictions ordinaires compétentes.

Ainsi donc s'il apparaît à la Cour que les résultats en matière de traitement du tact et de la mesure pourraient être améliorés, force est de constater que le choix politique fait par le Conseil national de coopérer avec l'ensemble des acteurs n'a pas encore trouvé l'écho attendu même lorsque des textes de lois l'impose.

Dans ces conditions, le Conseil national de l'Ordre des médecins pour renforcer son action a entamé dès octobre 2011 une réflexion interne sur "l'accès aux soins" dans toutes ses composantes notamment en matière de tact et de mesure. Ces réflexions ont trouvé leur aboutissement lors du séminaire annuel du Conseil national de mai 2012 sous forme de recommandations de l'Ordre national des médecins envoyées à Mme le ministre des Affaires sociales et de la santé et présentées par le Président du Conseil national lors d'une conférence de presse le 29 mai 2012.

Parmi ces recommandations et concernant le tact et la mesure, le Conseil national recommande que :

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents de ceux du tarif opposable (secteur 2) réservent au moins 30 % de leur activité au tarif du secteur 1;
- le plafonnement des dépassements d'honoraires;

- la modulation des dépassements en fonction notamment du patient et du reste à charge qu'il peut assumer.

Le fonctionnement des chambres disciplinaires

L'Ordre ne sanctionnerait pas assez souvent ni assez sévèrement. La Cour relève, à juste titre, que la baisse des saisines des chambres disciplinaires de 1^{ère} instance est en grande partie liée à l'efficacité des conciliations organisées par les conseils départementaux. Mais en raison des nouvelles dispositions permettant "l'appel patient", l'activité de la Chambre nationale d'appel s'accroît de façon significative, ce qui explique d'ailleurs l'allongement du traitement des dossiers. De fait, toutes choses confondues, il n'y a pas de diminution du nombre des décisions, donc des sanctions.

Ensuite, comment la Cour peut-elle porter un jugement de valeur sur les décisions rendues chaque affaire étant "in fine" particulière, sinon à introduire une suspicion de corporatisme des instances disciplinaires alors même que la réforme a introduit la présidence des chambres de 1^{ère} instance par un magistrat. Ce dernier est garant de décisions justes et objectives, comme l'est depuis toujours le Conseiller d'Etat, Président de la Chambre nationale d'appel. D'ailleurs, les chiffres d'annulation en appel des décisions de 1^{ère} instance sont en nette diminution sur la période étudiée. Enfin, si l'Ordre jugeait mal, comment expliquer que si peu de recours soient admis en cassation devant le Conseil d'Etat.

L'Ordre national qui prend connaissance de l'ensemble des décisions rendues par les juridictions de 1^{ère} instance ne manque pas, certes dans de rares cas, de faire appel à minima des décisions qui lui paraissent inappropriées.

L'affirmation selon laquelle "le déroulement de la procédure ne permet pas de développer de façon spécifique le point de vue du patient" n'est plus recevable dans la mesure où ce patient, devenu partie, éventuellement assisté d'un avocat, bénéficiant du droit à l'appel est entendu à hauteur du médecin poursuivi.

Enfin, la lutte menée par l'Ordre dans l'intérêt de ce même patient, afin de le soustraire à la dangerosité du médecin insuffisant professionnellement n'a toujours pas reçu l'appui réglementaire nécessaire. Dans son rapport, il est regrettable que la Cour n'insiste pas suffisamment sur la carence de l'Etat dont on espère depuis plus de 2 ans la publication d'un décret donnant à l'Ordre les moyens dont il manque.

Sur les recommandations

"Moderniser et adapter l'organisation territoriale de l'ordre au pilotage régional du système de soins en transférant progressivement les missions jusqu'à présent exercées au niveau départemental aux conseils régionaux".

Le Conseil national ne peut qu'adhérer à cette recommandation tout en restant opposé au transfert des missions des conseils départementaux vers les conseils régionaux. Il propose au contraire de les développer dans leurs spécificités départementales et régionales. La proximité que constitue l'échelon départemental est une garantie apportée à l'utilisateur de santé et aux professionnels d'accès rapide à l'Institution.

"Clarifier et mieux articuler les différents dispositifs concourant au contrôle du tact et de la mesure dans les honoraires."

Comme cela a été indiqué plus haut, ces dispositifs reposent sur la coopération entre les acteurs intéressés. Le rôle central étant confié à l'Ordre national avec les moyens correspondants, il persiste à les demander sans les obtenir jusqu'à présent.

"Doter le conseil de l'ordre de pouvoirs renforcés en matière du contrôle des relations des médecins avec l'industrie en conférant un caractère obligatoire à l'avis rendu sur un contrat ou une convention, quel qu'en soit l'objet, le défaut d'avis conforme interdisant alors, sous peine de sanction, l'exécution du contrat ou de la convention".

Le Conseil national partage totalement cette recommandation qu'il avait d'ailleurs tenté de faire inscrire dans la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011.

"Etablir un protocole d'échange d'informations entre l'ordre et la DGCCRF afin de renforcer la transparence et le contrôle des relations entre médecins et industries".

Plus qu'un protocole, l'Ordre des médecins demande la mise en place de mesures d'ordre réglementaire obligeant la communication à la DGCCRF des manquements aux textes régissant les relations entre médecins et industrie.

ANNEXE A LA NOTE GENERALE DU CNOM

(...) L'affirmation suivant laquelle l'Ordre des médecins rencontrait avant 2003 de grandes difficultés à faire respecter le devoir déontologique de permanence des soins manque singulièrement de nuances, au regard de l'implication effective des médecins dans la permanence des soins et du service rendu à la population. (...) A propos de la diminution du nombre de volontaires, le rapport ne fait aucune allusion à la question de l'assurance des médecins effecteurs dans le cadre de leur mission de service public. Le Conseil national de l'Ordre des médecins est pourtant intervenu à de nombreuses reprises auprès du législateur pour que l'Etat assure les médecins pour les dommages qu'ils sont susceptibles de subir comme l'expérience l'a démontré dans le cadre de leur activité de permanence des soins. (...)

L'Ordre est facilitateur et expert mais son rôle est bien plus large. Il a été et reste le moteur du processus de re-sectorisation. Il a également eu à gérer, auprès des patients, la montée en charge de la régulation médicale qui n'a fait l'objet d'aucune communication de la part des pouvoirs publics. (...)

La permanence des soins, de façon générale, est une activité chronophage et coûteuse et les conseils départementaux lui consacrent beaucoup de temps comme le démontrent les enquêtes effectuées par le Conseil national.

En conclusion, si l'Ordre des médecins n'est plus « l'organisateur exclusif » de la permanence des soins, il en reste un acteur essentiel par le développement des moyens mis à disposition et les Ordres régionaux et départementaux sont les interlocuteurs incontournables de l'agence régionale de santé pour l'élaboration du cahier des charges régional et sa mise en œuvre effective. (...)

*OBSERVATIONS DES PRESIDENTS DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE
NATIONALE ET DE LA SECTION DES AFFAIRES SOCIALES DU CNOM
ANNEXEE A LA REPONSE DU CNOM*

(...) Il ne peut y avoir décisions, et le cas échéant, sanctions, que pour autant que les instances intéressées sont saisies, soit par les patients, soit par les instances de l'ordre des médecins, elles-mêmes dûment saisies par des patients ou usagers ou par les organismes d'assurance maladie. Or force est de constater le faible nombre de saisines de patients – d'autant que le nombre de plaintes est tempéré par l'aboutissement d'un nombre non négligeable de conciliations - et le faible nombre de signalements des organismes d'assurance maladie auprès des conseils départementaux. (...)

*REPONSE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES
MEDECINS DE LA VILLE DE PARIS*

(...) Le Conseil Départemental n'a ni accès aux informations concernant les honoraires pratiqués par les médecins, ni de pouvoir d'enquête. Il ne peut être informé des honoraires (et en conséquence des éventuels dépassements) que par les caisses d'assurance maladie ou, isolément, par les patients en cas de plainte ou de doléances en la matière. Dans ces cas, le Conseil Départemental peut alors porter plainte contre les médecins concernés s'il estime que « le tact et la mesure » dans la fixation des honoraires n'ont pas été respectés.

Dès que le Conseil Départemental a été informé par lettre de la CPAM de Paris des dépassements d'honoraires importants pratiqués par 12 PU-PH, il a décidé de les convoquer pour recueillir leurs explications. Au cours de ces entretiens individuels qui se sont tenus en septembre 2009, ces médecins se sont engagés par écrit à moduler leurs honoraires.

Après une enquête sur le suivi des honoraires de ces praticiens (que seule la CPAM avait la possibilité de mener), cette dernière a signalé au Conseil Départemental, en mars 2012, que deux des praticiens concernés n'avaient pas respecté leur engagement.

Conformément à sa mission, Conseil Départemental a déposé une plainte à l'encontre des deux médecins concernés en les déférant devant la Chambre disciplinaire de première instance de la Région Ile de France de l'Ordre des Médecins pour manquement à l'article R.4127-53 du Code de la santé publique Cette affaire est actuellement en cours. (...)

Chapitre X

La prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé

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

(...) Généraliser la modulation des prises en charge en fonction de la répartition territoriale des professionnels de santé

Il apparaît que la proposition consiste en une généralisation d'une prise en charge CPAM basée sur des critères géographiques. Celle-ci pourrait s'appliquer à l'ensemble des cotisations sociales dues soit la maladie et les allocations familiales pour le réseau des unions régionales. Actuellement, seule la prise en charge des cotisations d'allocations familiales des infirmiers est basée sur de tels critères.

Cependant, des avenants aux conventions nationales des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes ont également prévu une prise en charge des cotisations AF sur la base d'un zonage géographique. Une adhésion validée par la CPAM entraîne sa participation au paiement des cotisations maladie des PAM « classique » ainsi que d'une prise en charge totale en matière de cotisations allocations familiales. Mais outre le fait d'exercer dans des zones très sous dotées (définies par les ARS pour cette activité), la prise en charge est subordonnée à des conditions d'exercice dont la vérification ultérieure relève du ressort des CPAM. En cas de non-respect de ces dernières obligations, le contrat peut être dénoncé. En 2012, les conventions des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes et des orthoptistes ont actées le principe d'une prise en charge totale des cotisations AF sur la base d'un zonage géographique par activité mais toujours associée à des conditions d'exercice. Les zones géographiques sont là encore déterminées par les Agences régionales de santé par profession. Actuellement, ce travail de zonage n'a été réalisé que pour les infirmiers.

Il apparaît important de signaler que les mécanismes de prise en charge des AF se font sur la base d'une adhésion à un contrat enregistré sur le compte du redevable. Il s'agit d'un mécanisme de gestion individuelle sur la base d'une information CPAM et non d'un traitement automatisé du réseau recouvrement en fonction d'une table géographique. Le praticien qui adhère à ces contrats s'engage à différentes obligations (en matière de tarification...) en contrepartie desquelles il bénéficie d'une prise en charge AF. En résumé : Il ne s'agit pas d'une prise en charge systématique et globale comme celle qui s'applique au niveau des cotisations maladie.

Si la branche du recouvrement est donc capable d'élargir ce mécanisme de zonage géographique aux autres risques, la généralisation de la gestion sur la seule situation géographique ne permettrait pas à la CPAM de contrôler le respect des engagements actuellement applicables aux infirmières exerçant en zones très sous dotées. Néanmoins, une telle modification dans le calcul des cotisations nécessitera des développements informatiques conséquents. Il conviendra de se rapprocher des services compétents afin d'en mesurer la charge.

Mettre ces avantages sociaux au service de la régulation des dépassements d'honoraires

Il s'agirait de réguler les dépassements d'honoraire via une prise en charge des cotisations basée sur la nomenclature des actes remboursables. A ce jour, la prise en charge s'opère sur les revenus conventionnés hors dépassements d'honoraires. Ces derniers, sont notifiés par les CPAM aux intéressés (par le biais des documents SNIR ou des RIAP) et retranscrits par les UR sur les déclarations de revenus pré-remplies. Une requalification des actes ou de la détermination des dépassements d'honoraires reste du ressort de la CNAMTS.

La mise en œuvre d'un tel dispositif est fonction des échanges d'informations avec la CNAMTS. En l'état actuel, il nous est techniquement impossible de reconstituer l'assiette de participation CNAMTS en fonction de la nomenclature des actes. (...)

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

(...) La prise en charge des cotisations sociales est un avantage conventionnel pour les professionnels adhérents à la convention nationale en contrepartie de leur respect des tarifs opposables. Elle fait partie intégrante de l'équilibre financier global de chaque accord conventionnel, après négociation des engagements respectifs de l'ensemble des signataires, c'est-à-dire tant au niveau des professionnels de santé que des principaux régimes de l'assurance maladie obligatoire. La modulation de la prise en charge des cotisations en fonction de la densité de professionnels ne serait réalisable qu'en remettant en cause cet avantage consenti aux médecins de secteur I.

Elle devrait donc être imposée par la loi car elle ne pourrait être négociée qu'en contrepartie d'un relèvement des honoraires desdits médecins, ce qui réduit fortement l'intérêt financier de la mesure proposée. (...)

Chapitre XI

Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

(...) Concernant la tarification des VSL et des taxis, la CNAMTS a établi un bilan des conventions tarifaires avec les taxis et examine, sur cette base, avec le ministère de la santé et des affaires sociales, les possibilités de modifications de ces conventions pour accroître l'efficacité du transport assis professionnalisé.

Le contrôle effectif des factures sera facilité par le projet de facturation en ligne qui est en train d'être développé.

L'amélioration de l'application du référentiel de prescription est par ailleurs prévue dans le cadre d'un autre projet relatif à la prescription en ligne.

Concernant la régulation des prescriptions de transport par l'hôpital, la CNAMTS a souligné la nécessité d'intégrer les taxis à la mise en place des plates-formes de régulation auprès des hôpitaux et s'est opposée à l'organisation de la régulation par les transporteurs sanitaires privés. (...)

REPONSE DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE (CPAM) DU VAL D'OISE

(...) Près de 2 767 heures de travail ont été nécessaires pour contrôler les 2023 factures ciblées dans le cadre du plan de contrôle (...). Vous le soulignez dans le rapport, les anomalies relevées sont nombreuses et génèrent des indus importants. Il nous est malheureusement impossible de renouveler la fréquence de ce type de contrôle compte tenu de l'importance des ressources à mobiliser pendant plusieurs semaines. (...)

Aujourd'hui, nos pratiques de contrôles des facturations de transports évoluent progressivement pour gagner en efficacité. (...)

Chapitre XII

Les activités de soins de suite et de réadaptation

REPONSE DE LA FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE (FHF)

(...) La Fédération Hospitalière de France partage l'analyse générale et les conclusions de la Cour sur la situation et les enjeux du secteur des soins de suite et de réadaptation. Elle estime toutefois que la responsabilité des pouvoirs publics pour accompagner davantage la création de lits d'amont et d'aval mériterait d'être plus fortement soulignée dans le rapport, tant ce manque de lits est à l'origine d'inadéquations de prise en charge. Une politique active de développement de lits d'amont et d'aval nécessitera une évolution du modèle tarifaire, qui n'incite pas aujourd'hui à la création de ces structures, mais également un effort d'investissement marqué, en particulier pour développer les structures publiques. (...)

REPONSE DE LA FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE (FHP)

(...) Vous rappelez à juste titre, notamment dans votre conclusion que « la dynamique du secteur a été encouragée par une planification qui a manqué d'outils d'analyse des besoins, avec pour conséquence une dépense en progression d'autant plus forte et rapide que les efforts de régulation ont été particulièrement tardifs ».

Nous souhaiterions appeler votre attention sur les déclarations récentes d'une Fédération qui laisse entendre qu'il « manque 5 à 7 000 lits de SSR pour améliorer la fluidité de la filière de soins ».

Nous estimons que cette déclaration qui, préfigurerait la conversion massive de lits d'hôpitaux publics en SSR est en totale contradiction avec la régulation des volumes liée à la politique de Gestion Du Risque (GDR) et donc une démarche d'efficacité et de pertinence et que loin d'aller dans le sens d'une maîtrise des dépenses, elle représenterait au contraire un coût non négligeable pour la collectivité (...).

REPONSE DE LA FEDERATION DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'AIDE A LA PERSONNE (FEHAP)

(...) Tout d'abord, concernant la croissance de l'activité de soins de suite et de réadaptation de statut privé lucratif. (...)

De notre point de vue, c'est l'absence de contrainte d'enveloppe régionale limitant l'initiative des ARH puis des ARS sur les structures privées sous OQN qui a organisé la croissance dissymétrique des trois secteurs d'hospitalisation. (...)

*REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE
BESANCON*

(...) L'affirmation selon laquelle le CHRU de Besançon procéderait à des admissions de plus en plus précoces de malades non stabilisés ne relevant pas encore de soins de SSR ne peut recueillir mon accord. Cette affirmation n'est pas vérifiée ni dans la pratique des médecins de l'établissement ni dans les faits, le CHRU n'ayant pas des durées de séjour particulièrement basses par rapport à sa catégorie.

Par contre, la caractéristique du CHRU de Besançon est qu'il est le seul établissement à ne disposer encore à ce jour d'aucun lit de soins de suite en gestion propre. Les transferts internes entre services de court séjour et soins de suite au sein du même établissement ne sont donc pas possibles, alors qu'ils sont pratiqués fréquemment. (...)

*REPONSE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE LA REGION
BOURGOGNE*

(...) Les admissions précoces en provenances du MCO de patients non stabilisés et ne relevant donc pas des soins de SSR ne sont pas courantes mais existent. L'outil informatique régional d'orientation des patients « Trajectoire » est en cours de déploiement en Bourgogne et de ce fait il devrait permettre d'améliorer et adapter la prise en charge des patients en fonction de leur état de santé et de leurs besoins de rééducation (...).

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE BRIVE-LA-GAILLARDE

(...) La fragilité évoquée dans le projet de rapport résulte non pas de l'absence de logique formelle de réseau au niveau du centre hospitalier de Brive mais de la difficulté à trouver pour chaque cas individuel une prise en charge personnalisée dans une structure adaptée à l'état de santé et de dépendance du patient, dans des délais compatibles avec les exigences hospitalières.

C'est également la problématique traitée par le SROS du Limousin qui a pour ambition de développer de nouveaux outils de prise en charge permettant de fluidifier l'aval de l'hospitalisation. (...)

*REPONSE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE LA REGION
CENTRE*

(...) Nous vous précisons que dans le cadre de sa politique de gestion des risques, l'ARS du Centre s'est fixée un objectif d'amélioration de la pertinence des prises en charge et de fluidification du parcours de soins du patient.

Pour cela, l'ARS du Centre va se doter du logiciel "Trajectoire" pour un déploiement escompté fin 2012/début 2013 en vue d'améliorer

l'orientation des patients en SSR, à la suite d'une hospitalisation en court séjour.

De plus, tous ces établissements devront s'inscrire dans un objectif d'amélioration du parcours de soins, notamment entre les SSR et les EHPAD, contractualisé avec l'Agence dans les nouveaux contrats d'objectifs et de moyens actuellement en préparation.

A cet effet, une convention-type, qui vise à faciliter l'accueil des patients et à améliorer la qualité des pratiques, sera généralisée auprès de tous les établissements de soins de suite de la région. (...)

Chapitre XIII

La certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé

REponse DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)

La HAS n'a pas d'observation particulière sur le document qui lui est soumis, partage entièrement le constat et approuve toutes les orientations proposées. (...)

REponse DE LA FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE (FHP)

(...) Concernant la simplification de la démarche de certification

Si les visites de certification se trouvent allégées du fait de l'introduction d'un système de cotation automatique et, de thèmes prioritaires, il n'en est pas de même pour la préparation de la visite par les établissements qui doivent faire face à un surcroît de travail de formalisation tel que demandé pour chaque étape 1 de chacun des critères.

Cette observation a été de nombreuses fois portée, par la FHP, à la connaissance de la HAS dans le cadre, notamment, des Comités de Concertation. Cette exigence de formalisme est ressentie par les établissements comme excessive, le temps y étant consacré se faisant au détriment de celui nécessaire à la mise en œuvre de véritables actions d'améliorations permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Aussi, sans remettre en cause la nécessité de conserver le manuel actuel, une réflexion devrait s'engager qui permettrait d'alléger les exigences de formalisation de ces étapes 1. (...)

Sur les progrès qualitatifs à réaliser

(...) La mise en œuvre de visites inopinées qui suscite de la part de la FHP des réserves qui ont également été portées à la connaissance de la HAS. (...)

Sur les recommandations

La recommandation n° 51 qui conduirait, à travers les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les ARS à tirer des conséquences financières de la non mise en œuvre des recommandations ou de la non levée de réserves, serait un réel incitatif à permettre à la certification d'avoir une véritable place dans la régulation. Les travaux en cours sur le paiement à la performance qui devrait intégrer les résultats de certification permettront, sans aucun doute, de répondre au mieux à cette problématique.

***REPONSE DE LA FEDERATION DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS
ET D'AIDE A LA PERSONNE (FEHAP)***

(...) La FEHAP est en accord avec nombre de remarques et propositions contenues dans ce rapport et est régulièrement amenée à les soutenir auprès du ministre de la santé et de la HAS. Concernant la question du financement de la qualité, la FEHAP est très réservée sur l'instauration de financements nationaux sur la base de retraitements statistiques des indicateurs qualité mettant en jeu des constructions et pondérations complexes, très éloignées de la pratique des professionnels de santé et des attentes des usagers. En revanche, une meilleure prise en compte des obligations au titre des rapports de suivi de la certification dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) aurait l'intérêt d'inciter les établissements de santé à progresser. Pourrait ainsi être envisagée une sanction financière en cas de non-respect des engagements pris dans le CPOM à ce titre. (...)

QUATRIEME PARTIE – LA SOLIDARITE A L’EGARD DES RETRAITES ET DES FAMILLES

Chapitre XIV

La couverture vieillesse des personnes les plus pauvres

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D’ASSURANCE VIEILLESSE
(CNAV)*

Sur le champ potentiel des bénéficiaires du minimum vieillesse.

(...) Du point de vue statistique, l’exploitation de l’enquête ERFS (enquête revenus fiscaux et sociaux) permettra de mieux connaître les niveaux de vie des ménages de personnes âgées et en particulier de mieux cerner les ménages de personnes âgées aux très faibles ressources (étude prévue dans le programme de travail 2013 par la Direction Statistiques Prospective et Recherche de la CNAV). (...)

En matière d’information des bénéficiaires potentiels, je tiens à rappeler les actions conduites par le réseau de l’Assurance retraite :

- plusieurs supports d’information sur les allocations du minimum sont à disposition dans les structures d’accueil ou distribuées lors d’événements de type salons ou forums. Il s’agit de la brochure « les allocations du minimum », du dépliant « le minimum contributif », du « guide du nouveau retraité » et de la brochure du GIP info-retraite « Ma retraite Mode d’emploi » ;
- une information est disponible dans trois pages dédiées sur le portail unique www.lassuranceretraite.fr concernant les allocations ASI et ASPA ;
- l’information des assurés sur les allocations du minimum est également effectuée lors des différents salons et événements organisés au niveau national et par chaque région. En 2012, en Ile de France par exemple, la CNAV a participé au Salon des seniors et au Forum emploi des seniors.

Au-delà de ces actions d’information nécessaires, il est loin d’être certain qu’une action « proactive » des caisses de retraite pour détecter d’éventuels bénéficiaires de l’ASPA serait efficace. Le renforcement d’une action partenariale avec par exemple le service social de l’Assurance maladie ou encore les collectivités locales, apparaît une piste plus prometteuse. Dans certains cas, il est clair que l’absence de recours au minimum vieillesse s’explique en raison de la récupération sur succession de cette allocation, c’est justement la raison pour laquelle une telle récupération est prévue. (...)

REPONSE DU CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES (COR)

Je vous remercie de m'avoir transmis les projets des deux chapitres relatifs à la couverture vieillesse des personnes les plus pauvres (chapitre XIV) et aux dispositifs fiscaux et sociaux propres aux retraités (chapitre XV).

Le Conseil d'orientation des retraites attache une importance particulière aux thèmes développés ici par la Cour, puisqu'ils renvoient à la question du niveau de vie relatif des retraités, dont le suivi et l'analyse font partie des missions du Conseil fixées par la loi.

Nous partageons pour l'essentiel les constats et analyses développés dans ces projets de chapitre. (...)

S'agissant de la notion de contributivité, la Cour affirme que le caractère contributif des minima de pension est affaibli par le fait que les régimes qui les financent sont déficitaires. Pour la Cour, le caractère contributif d'un dispositif serait donc lié à son mode de financement. Selon nous, la nature contributive d'un dispositif renvoie au lien existant, au niveau de l'assuré, entre les prestations reçues au titre du dispositif (conditions d'attribution et montant) et les cotisations antérieures de l'assuré (nombre de trimestres cotisés, montant des cotisations ou du salaire de référence...). Le mode de financement du dispositif apparaît plutôt comme une conséquence du caractère contributif, un dispositif contributif devant être financé par les régimes tandis qu'un dispositif non contributif devrait relever de la solidarité nationale. De ce point de vue, le « minimum contributif » est au moins en partie de nature contributive (puisque lié au nombre de trimestres validés ou cotisés) et, en toute cohérence, devrait être financé par les régimes au même titre que les pensions non portées au minimum. (...)

REPONSE DE LA CAISSE DES DEPOTS ET CONSIGNATIONS (CDC)

(...) Le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA), en l'absence de réponse à ses demandes d'informations ou de pièces constitutives de dossiers, ne peut pour sa part identifier les raisons qui conduisent les demandeurs à ne pas poursuivre leur démarche. Toutefois, il convient de souligner que l'instruction des demandes constitue un moment privilégié d'information du demandeur. Les échanges engagés à l'occasion de la constitution du dossier permettent d'attirer l'attention sur les conditions d'attribution. Certains demandeurs prennent manifestement conscience à ce stade qu'ils ne peuvent pas relever du SASPA. En outre pour améliorer, en amont, l'information des demandeurs potentiels, le SASPA développe une démarche de communication et de sensibilisation de différents intervenants locaux tels que les centres communaux d'action sociale et les autres services sociaux (lettre d'information dématérialisée et journées d'information). (...)

Le SASPA dispose d'un plan de contrôle triennal. Les contrôles, définis sur la base d'une cartographie des risques, sont déclinés en trois

grandes catégories : contrôles de masse (sur la base des déclarations des bénéficiaires), contrôles génériques effectués à l'occasion d'un acte de gestion (avec demande de production de justificatifs) et contrôles ciblés (comportant également une demande de production de justificatifs). En ce qui concerne la condition de ressources, des justificatifs (essentiellement les relevés de comptes) sont régulièrement demandés aux allocataires du SASPA. S'ajoutent à ces contrôles annuels des enquêtes ciblées (9000 en 2012 sur la seule condition de ressources).

Chapitre XVI

La fonction redistributive des prestations familiales conditionnées par les ressources

REponse DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

(...) Après avoir rappelé les objectifs très différenciés des différentes catégories de prestations liées à la famille, les rapporteurs s'attachent à analyser leur efficacité en termes de redistribution verticale. Ils mettent ainsi l'accent sur le caractère peu redistributif, voire contre-redistributif des aides à la garde des jeunes enfants, les parents les mobilisant étant des parents à revenu plutôt élevé. Cette conclusion porte à notre sens deux difficultés intrinsèques:

- elle est d'abord fortement endogène : si les choix des modes de garde varient suivant les revenus des familles, les revenus des familles varient également selon les possibilités de garde extérieure. Ainsi, les ménages comprenant des actifs occupés, et notamment les couples bi-actifs, ont des niveaux de vie en moyenne plus élevés que les autres ; or, les prestations d'aides à la garde sont adressées à des parents majoritairement en emploi, ou à la recherche d'un emploi, leur objectif étant de permettre la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. D'où il découle assez "naturellement" que les bénéficiaires de ces prestations ont des niveaux de vie plutôt plus élevés que les autres.
- la conclusion s'affranchit ensuite complètement de l'objectif premier qui a été assigné à ces prestations, et qui reste bien celui de la conciliation entre vie familiale et professionnelle, et non celui de la redistribution. Ce faisant, en portant l'attention sur ces prestations comme étant avant tout peu redistributives, le diagnostic peut conduire à des préconisations qui remettent en cause l'objectif de conciliation, avec tous les risques associés sur l'altération de l'activité, notamment féminine. (...)

REPONSE DU HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE

Il est dommage que, pour apprécier l'efficacité redistributive des prestations familiales, on ait exclu du champ de l'étude les aides au logement qui sont concentrées sur les ménages les plus modestes (elles comptent pour 13% dans le revenu des ménages du premier décile contre 2% pour la moyenne des ménages). Or l'allocation de logement est une prestation familiale et l'APL versée aux familles ayant des enfants à charge lui est semblable en tous points.

Les prestations retenues par la Cour dans son étude n'ont pas eu pour objet de « soutenir spécifiquement les familles modestes » comme l'indique le projet d'insertion page 4. Elles ont, depuis la réforme du salaire unique de 1972 et la création du Complément familial en 1978, eu pour vocation de couvrir très largement les classes moyennes. Le choix posé en 1978 de les indexer sur les salaires traduit bien le souci de ne pas en durcir la sélectivité. C'est la contrainte financière qui, en 1996, a amené les pouvoirs publics à abandonner cette règle d'indexation pour caler désormais l'évolution des prestations sur celle des prix entraînant un effet d'éviction significatif mais pas massif (même s'il est plus prononcé pour l'ARS).

S'agissant du complément du mode de garde, le choix de ses paramètres répond au souci de ne pas faire supporter aux ménages un taux d'effort élevé pour la garde de leurs enfants même si leur revenu est consistant, traduisant la priorité accordée à la fonction d'accueil des jeunes enfants.

Le choix des plafonds de la PAJE et du CF illustre bien la volonté d'aider largement les classes moyennes : leur progression avec la taille et l'existence d'un plafond majoré pour les couples où les deux parents travaillent en témoignent.

Il est logique que le complément de mode de garde « bénéficie principalement » aux familles aisées puisque par son objet même il touche très largement les déciles élevés où dans la majeure partie des cas, les deux parents travaillent, situation qui explique leur niveau de revenu relativement aisé.

Il n'est pas paradoxal que les prestations universelles « contribuent plus à la réduction des inégalités » que les prestations sous condition de revenu. Une bonne partie des prestations universelles est en effet concentrée sur des ménages de revenu modeste : c'est le cas des allocations familiales des familles nombreuses dont le revenu primaire par unité de consommation est faible en termes relatifs, de l'allocation de soutien familial puisque les familles monoparentales ont-elles aussi des revenus faibles ou du CLCA à taux plein servi aux familles où un seul des parents est inactif.

Encore faut-il souligner comme le fait le chapitre que l'indice de progressivité des prestations sous condition de ressources est plus élevé que celui des prestations universelles. (...)

CINQUIEME PARTIE – LES BESOINS D'AMELIORATION DE LA GESTION DE LA SECURITE SOCIALE

Chapitre XVII

Le pilotage et la gestion du système d'information de la branche famille du régime général

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
(CNAF)*

Organisation des ressources affectées

(...) La distribution géographique des compétences affectées au développement et au fonctionnement du système d'information, est présentée dans le rapport comme une source de difficulté. Il convient de rappeler que cette situation est la conséquence d'une organisation historiquement décentralisée et non le résultat de décisions de la CNAF.

Au contraire, pour dépasser les contraintes qui en résultent, la CNAF a engagé de manière constante des actions visant la rationalisation du fonctionnement de ces structures dans le sens d'un pilotage national rigoureux. (...) La CNAF a réalisé en 2011 un audit de l'organisation et du pilotage du système d'information et procédé à une actualisation de son schéma directeur du système d'information dont l'un des objets était précisément de définir les orientations pour l'évolution de l'organisation impliquant solidairement l'ensemble des structures impliquées : CNEDI, CERTI, PRM, et CAF.

S'agissant des développements locaux réalisés de façon autonome dans les Caf, l'actualisation du schéma directeur prévoit leur suppression au profit d'une intégration au sein d'une organisation nationale qui précise les règles du jeu pour éviter la dispersion et accroître le potentiel de développement en préservant les démarches d'innovation issues du terrain.

Globalement le projet défini par la CNAF vise des objectifs suivants :

- accroître la capacité de développement en opérant un redéploiement interne des compétences,

- améliorer la qualité des produits délivrés,
- accompagner les utilisateurs dans le fonctionnement quotidien,
- rationaliser et optimiser la gestion des moyens.

Un travail de recensement des compétences individuelles pour chaque collaborateur dans chacune des structures a été réalisé afin de pouvoir mettre en œuvre une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences telle que suggérée dans le rapport de la Cour. (...)

La Cour n'est donc pas fondée à déplorer un manque de vision d'ensemble de la part de la CNAF, alors même que la vision que semble préconiser le projet de rapport relève quant à elle d'une logique essentiellement juridique ou organique. L'alternative suggérée par le projet de rapport se focalise ainsi essentiellement sur des questions de modification de rattachement juridique ou de fusion ou création de structures, alors que, dans un domaine où la dimension de gestion des ressources humaines, que semble méconnaître le projet de rapport, est décisive, c'est surtout une logique d'optimisation fonctionnelle qui doit prévaloir. Et c'est bien dans cette logique que la CNAF a présenté sa démarche aux organisations syndicales lors d'une Instance nationale de concertation en novembre 2011 consacrée à l'organisation du système d'information.

Cette réunion a marqué une étape importante dans le processus engagé par la CNAF, et il est étonnant qu'elle ne soit pas mentionnée dans le projet de rapport. Par ailleurs, la CNAF convient tout à fait de la nécessité d'englober les PRM dans la démarche, ce qu'elle a commencé à faire dans le cadre de la préparation de la prochaine COG

Méthodes dans le pilotage des projets et les processus administratifs

Depuis 2009, des travaux ont été engagés pour modéliser le processus de fabrication des solutions informatiques et de leur mise en œuvre et pour décrire dans une charte les différentes étapes du cycle de vie des projets en précisant la nature des livrables et le rôle des acteurs.

Ceci a permis de consolider le positionnement respectif de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre.

Cette charte a été mise en œuvre sur les applications principales de la branche et devrait être généralisée dans quelques mois. D'ores et déjà, les résultats obtenus se traduisent par une réduction des défauts constatés après la mise en production des applications. C'est en particulier le cas pour l'adaptation de l'application Cristal aux évolutions de la réglementation.

Parallèlement les démarches sont conduites pour doter l'organisation des outils communs permettant d'assurer un pilotage resserré des projets. Ceci concerne particulièrement la gestion des projets et la gestion des

incidents. Après plusieurs mois d'instruction et de procédures, la phase de mise en œuvre opérationnelle de ces nouveaux outils est engagée.

Le travail du comité stratégique du SI piloté par le directeur général de la CNAF est effectivement organisé autour d'un portefeuille d'une centaine de projets (ce qui, même si la CNAF souscrit à la recommandation de la Cour de restreindre le nombre de projets, n'a rien de surprenant pour une institution de la taille de la branche famille) avec le souci d'assurer un pilotage prenant en considération les enjeux, les charges, les ressources, les risques et la préoccupation de prendre des engagements réalistes fondés sur la définition de priorités.

Enfin s'agissant des procédures des marchés et la stratégie d'achat, la Direction de la CNAF a pris la décision de centraliser toutes les procédures ayant une portée stratégique sous la responsabilité des services juridiques de l'établissement public.

Chapitre XVIII

Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

(...) Concernant l'analyse de la dépense, la CNAMTS souhaite rappeler :

- que le volume des IJ maladie a certes repris une pente ascendante à partir de 2007, mais de manière très ralentie par rapport à l'augmentation très rapide précédant 2004 et qu'au total le volume d'IJ est au total inférieur à celui atteint en 2003 ;
- que l'intensification des contrôles a été particulièrement massive en début de période, avec un doublement en deux ans ;
- qu'au-delà de cette période qui a permis de revenir à une situation plus encadrée par rapport au dérapage observé sur les années antérieures, un certain nombre de déterminants jouent structurellement à la hausse des IJ : la croissance de l'emploi salarié, qui a été soutenue jusqu'à mi 2008, et qui joue avec un fort effet retard d'après les modèles économétriques (pas uniquement ceux de la CNAMTS), et le vieillissement de la population active qui se poursuit, avec un effet très fort par exemple en 2009 (ceci joue notamment sur les arrêts longs).

Sur l'accompagnement des professionnels de santé

La CNAMTS estime prématurée au stade de leur développement actuel, l'intégration d'un objectif de respect du référentiel de prescription dans

la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins libéraux.

A l'inverse, la CNAMTS souscrit à la possibilité d'intégrer à terme un objectif chiffré de transmission d'arrêts de travail dématérialisés dans la rémunération sur objectifs des médecins, lorsque la montée en charge du service sera plus avancée. (...)

Sur la lutte contre la fraude

(...) La Cour s'étonne du faible taux de fraude détectée lors de l'enquête nationale d'évaluation du taux de fraude aux indemnités journalières, conduite par la CNAMTS en 2010. Il peut être rappelé que cette enquête a été réalisée en collaboration avec la délégation nationale de lutte contre la fraude (DNLF), en particulier pour la détermination de la méthodologie d'analyse et de l'échantillon représentatif.

Il est important de relever, que cet échantillon n'était pas ciblé, le taux de fraude constaté concernant les assurés peut donc être considéré comme un reflet de la réalité.

La CNAMTS tient tout d'abord à rappeler qu'en 2008 et 2009 a été diligenté un programme national de lutte contre la fraude aux indemnités journalières reposant notamment sur la recherche systématique des atypies via 7 requêtes sur les bases de données de l'assurance maladie.

Ce programme ayant produit des résultats limités, tant sur le nombre de fraudes détectées (562 fraudes détectées sur 37 532 dossiers contrôlés, soit 1,5 % de dossiers frauduleux) que sur les montants financiers en jeu (541 858 euros de préjudice subi et 73 130 euros de préjudice évité), la décision a été prise de ne pas le relancer et de réorienter l'action de l'assurance maladie vers des techniques de détection de profils ainsi que le propose la Cour. Ainsi une expérimentation de datamining a-t-elle été menée par la CNAMTS en partenariat avec la direction régionale du service médical de Nord-Picardie. Comparativement aux résultats obtenus via l'enquête d'évaluation du taux de fraude aux indemnités journalières, le modèle développé permet de multiplier par 4 le taux de fraude détectée sur les 10% d'arrêts présentant le plus haut risque de fraude. Malgré tout le taux de fraude détecté via l'utilisation de cette nouvelle méthode reste inférieur à 1%. (...)

Sur les simplifications réglementaires

La CNAMTS partage les constats de la Cour sur la complexité de la réglementation et la nécessité de poursuivre les efforts de simplification. A ce titre, elle ne peut qu'approuver la recommandation d'harmoniser l'assiette des différents types d'indemnités journalières, en tenant toutefois à préserver les droits des assurés.