

RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS ET DES ORGANISMES CONCERNÉS

SOMMAIRE DES RÉPONSES

Ministre de l'économie et des finances	561
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'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt	566
Chapitre III – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2012	570
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	570
Chapitre VII – Les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics	571
Hospices civils de Lyon	571
Centre hospitalier universitaire de Dijon	572
Centre hospitalier universitaire de Nantes	572
Centre hospitalier universitaire d'Amiens	573
Centre hospitalier de Saint-Affrique	573
Centre hospitalier intercommunal des Portes de l'Oise	574
Centre hospitalier de Bastia	575
Chapitre VIII – La chirurgie ambulatoire	576
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	576
Chapitre IX – L'hospitalisation à domicile	576
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	576
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)	577
Chapitre X – La place de l'hospitalisation privée à but non lucratif	577
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)	577
Groupe hospitalier spécialisé Le Creusot-Montceau	578
Chapitre XII – La permanence des soins	579
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	579
Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)	579
Union nationale des pharmacies de France (UNPF)	579
Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)	581
SOS médecins - France	582
Agence régionale de santé des Pays de la Loire	583
Agence régionale de santé de Poitou-Charentes	584

Chapitre XIII – Les dépenses de biologie médicale	586
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	586
Chapitre XIV – La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses	590
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	590
Comité économique des produits de santé (CEPS)	591
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	591
Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)	592
Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)	593
Chapitre XV – Les retraites des exploitants agricoles	595
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	595
Mutualité sociale agricole (MSA) du Languedoc	596
Chapitre XVI – Les retraites des professions libérales	597
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	597
Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)	597
Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV)	599
Caisse autonome de retraite des Médecins de France (CARMF)	600
Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP)	601
Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO).	602
Caisse d'assurance vieillesse des officiers ministériels, des officiers publics et des compagnies judiciaires (CAVOM)	602
Caisse autonome de retraites et de prévoyance des vétérinaires (CARPV)	603
Caisse d'assurance vieillesse des experts comptables et des commissaires aux comptes (CAVEC)	605

Chapitre XVII – La gestion par des mutuelles de l'assurance maladie obligatoire des agents publics	606
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	606
Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)	607
Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH)	609
Chapitre XVIII – La sécurité sociale des étudiants	610
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	610
La mutuelle des étudiants (LMDE)	611
Société mutualiste des étudiants de la région parisienne (SMEREP)	612
Le réseau national des mutuelles étudiantes de proximité (EMEVA)	614

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

Les travaux de la Cour sur la sécurité sociale constituent, comme les années précédentes, une contribution très importante aux réflexions qui président à l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2014. Ce projet de loi sera marqué, en particulier, par les mesures relatives à la politique familiale annoncées en juin et par la réforme des retraites, ainsi que par un resserrement du taux d'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

En 2012, le Gouvernement a tenu ses objectifs de réduction des déficits sociaux. Le solde 2012 de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse est même en amélioration de 0,4 Md€ par rapport à la prévision d'exécution adoptée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 malgré une progression de la masse salariale en 2012 un peu plus faible que prévu (avec un constat de 2,2 %, contre 2,5 % dans la prévision).

Ces bons résultats sont à mettre au compte d'une maîtrise résolue de la dépense. Ainsi, en 2012, les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM ont été inférieures de 0,9 Md€ à l'objectif fixé par la loi de financement initiale, avec un taux de progression de 2,4 % par rapport à l'année 2011. La bonne maîtrise des dépenses d'assurance maladie doit aussi être mise en relation avec les améliorations importantes qui ont été apportées au suivi infra-annuel de l'ONDAM, en application des recommandations du rapport présenté par M. Raoul Briet en avril 2010, notamment dans le cadre du comité de pilotage de l'ONDAM. Cet effort de maîtrise de la dépense sera poursuivi, en préservant l'objectif d'accès de tous les français à un système de soin de qualité.

Comme le souligne la Cour, la réduction du besoin de financement des régimes sociaux nécessite également la consolidation de ses ressources. Les mesures portées dans la loi de finances rectificative d'août 2012 (relèvement des taux du forfait social et du prélèvement social sur les revenus du capital, pour les deux plus importantes d'entre elles) et par la LFSS pour 2013 ont ainsi contribué de manière importante à l'effort de redressement des comptes sociaux.

*
* *

S'agissant de l'assurance maladie, les travaux et recommandations de la Cour sur les gisements d'efficience existant au sein du système de soins revêtent un fort intérêt pour le Gouvernement dont l'objectif est de poursuivre dans la voie de la réduction du déficit de l'assurance maladie.

Ainsi, le développement de la chirurgie ambulatoire reste un axe prioritaire qui est notamment soutenu par un programme de gestion du risque fixant des taux cibles d'activité de chirurgie ambulatoire. Ce développement doit être accompagné par d'autres outils organisationnels et tarifaires incitant aux réorganisations nécessaires permettant une meilleure qualité et sécurité de prise en charge. En ce sens, les travaux menés dans le cadre du comité de la réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) doivent notamment contribuer à l'élaboration de tarifs reflétant les coûts les plus efficaces.

De même, la biologie médicale est un secteur où les gains de productivité doivent être activement poursuivis. Ainsi, les baisses tarifaires permettent-elles de refléter la dynamique de modernisation du secteur, lequel s'est engagé dans une amélioration de la qualité, via l'accréditation, mais également l'optimisation de ses coûts. La maîtrise des dépenses de biologie médicale doit également se traduire par des actions sur les volumes des actes, en améliorant la pertinence des examens et en évitant des actes redondants et inutiles. C'est le cadre que nous avons fixé à l'UNCAM dans le cadre des discussions en cours avec les syndicats de biologistes.

L'ONDAM 2013 intègre des efforts d'économies cohérents avec ces orientations.

Les développements et préconisations de la Cour sur la permanence des soins, l'hospitalisation à domicile (HAD) et le positionnement des hôpitaux locaux sont précieux pour alimenter la stratégie nationale de santé dont l'ambition est d'aboutir à une réforme de fond de notre système de santé.

S'agissant de la permanence des soins ambulatoires, le Gouvernement ne peut que partager le constat de la Cour : tous les leviers, organisation de la présence médicale sur le terrain, information du public et surveillance du système, doivent être mobilisés pour améliorer l'efficacité d'un dispositif, qui a été profondément réformé par les agences régionales de santé (ARS) et dont les dépenses, y compris les dépenses relatives aux transports sanitaires, avaient quasiment triplé en une décennie. Il convient également de mieux articuler les urgences et la permanence des soins ambulatoires.

Nous considérons également que le bon positionnement des offreurs de soins, la pertinence des prises en charge et la détermination de leur juste coût sont un enjeu majeur. Ainsi, si l'hospitalisation à domicile constitue bien une alternative intéressante à l'hospitalisation avec hébergement, son développement ne doit pas se faire au détriment de prises en charge ambulatoires ou à des tarifs excédant les coûts réels. De même, la recomposition territoriale visant à développer des synergies entre activités ou assurer une offre de soins de proximité est une priorité forte qui doit tenir compte des objectifs d'efficacité de la dépense.

Ainsi, comme la Cour le souligne, des études médico-économiques sont nécessaires préalablement au lancement de programmes de développement capacitaire. De même, les préconisations de la Cour s'agissant

des compensations financières forfaitaires qui pourraient être allouées pour conforter l'implantation des établissements hospitaliers de proximité isolés, font l'objet de travaux dans le cadre du CORETAH afin de préciser le modèle économique de ce type d'établissements.

Ces évolutions, pour s'inscrire dans la durée, doivent s'accompagner d'une poursuite de l'effort de retour à l'équilibre financier des hôpitaux. La Cour insiste avec raison sur ce point en préconisant de recentrer l'action des ARS sur les hôpitaux à plus forts enjeux et d'inciter plus fortement à la réalisation d'efforts structurels. C'est dans cet objectif que le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) a été installé dès la fin de l'année 2012 et a fonctionné en 2013. Ce comité a pour objectifs prioritaires la validation des projets d'investissement, la coordination des programmes nationaux d'amélioration de la performance et le retour à l'équilibre financier des établissements les plus en difficulté ainsi que leur suivi.

Enfin, les réflexions de fond sur la tarification hospitalière dans le cadre du CORETAH ont pour objectifs de conforter le financement des établissements de santé en recherchant, outre la qualité et la pertinence, une plus grande lisibilité et stabilité des outils tarifaires pour les établissements.

*

* *

S'agissant des recettes sociales, nous tenons à souligner l'intérêt de l'analyse approfondie de la contribution sociale généralisée (CSG) conduite par la Cour et qui s'inscrit dans la ligne des précédents rapports sur les autres ressources, notamment fiscales, de la sécurité sociale. Ce prélèvement est devenu depuis sa création en 1991 un élément essentiel du financement de la sécurité sociale et, au-delà, de nos finances publiques. Il a permis, dans un contexte marqué par une croissance économique plus faible, de faire participer d'autres revenus que ceux du travail au financement de prestations non contributives. Au-delà de la question du niveau général de ce prélèvement, le gouvernement est sensible aux autres préconisations de la Cour, notamment celles liées à la clarification des schémas d'affectation de la CSG et de ses déclinaisons.

Parallèlement, les efforts de rationalisation, de simplification et de réduction des niches sociales, déjà engagés dans le cadre de la LFSS pour 2013, seront poursuivis conformément aux objectifs fixés par la loi de programmation des finances publiques 2012-2017.

Un effort important de maîtrise des niches a ainsi déjà été réalisé au cours de la période à laquelle se réfère la Cour. Depuis 2008, vingt-cinq dispositifs exonérateurs ont été supprimés. La LFSS pour 2013 a en particulier largement contribué à la mise en œuvre des recommandations formulées de manière répétée par la Cour. La rationalisation de certains dispositifs, qu'il s'agisse des prélèvements sociaux des travailleurs

indépendants ou de l'assiette de cotisation des particuliers employeurs, s'est accompagnée de la mise en place de certaines exonérations nouvelles, au profit des indépendants à faibles revenus ou des particuliers employeurs ne bénéficiant d'aucun dispositif d'exonération. Ces nouvelles exonérations ont toutefois été mises en place dans le cadre d'une forte réduction globale des niches sur ces secteurs. Ces mesures ont donc à la fois permis de rétablir une meilleure équité entre l'ensemble des cotisants, de tenir compte d'un objectif de baisse du coût du travail pour les faibles rémunérations et d'apporter de nouvelles ressources nettes à la sécurité sociale. Du point de vue des finances publiques, cet effort de réduction des niches sociales à hauteur de 12 Md€ sur trois ans participe pleinement de l'effort structurel, à un niveau tout à fait substantiel.

Par ailleurs, nous partageons pleinement l'objectif d'évaluation progressive, dans le cadre d'un travail collectif, de l'ensemble des niches sociales, recommandé par la Cour.

*
* *

S'agissant de l'assurance vieillesse, nous partageons en grande partie les constats réalisés par la Cour des comptes concernant les retraites des non salariés agricoles et des professions libérales, qui font l'objet d'une analyse attentive dans le cadre des réformes en cours.

*
* *

S'agissant enfin de la gestion et de l'organisation des organismes de sécurité sociale, la Cour souligne les limites du fonctionnement actuel des délégations de gestion de l'assurance maladie, en termes d'efficacité et de qualité de service.

Nous rappelons notre volonté de renforcer l'efficacité de la gestion des prestations maladie qui doit concerner l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie. A cette fin, le Gouvernement a initié, dans le cadre de la modernisation de l'action publique, une mission d'évaluation sur les dépenses de gestion de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Ces travaux aboutiront d'ici la fin de l'année à un plan d'ensemble visant à mobiliser les marges d'efficacité qui subsistent dans l'organisation et la gestion de l'assurance maladie.

L'évolution des modes d'intervention des mutuelles délégataires - dont la pertinence doit être réexaminée à l'aune, notamment, des préconisations de la Cour - a vocation à être examinée dans ce cadre. Comme le souligne la Cour, les modalités opérationnelles de gestion de l'assurance maladie et notamment les coûts de développement des systèmes d'information représentent un enjeu tout à fait significatif.

La Cour analyse par ailleurs plus spécifiquement la situation des mutuelles étudiantes, et notamment celle de la mutuelle des étudiants (LMDE). L'évolution profonde de l'organisation engagée depuis février 2013, dans le cadre d'un rapprochement avec la mutuelle générale de l'éducation nationale, a d'ores et déjà permis des avancées en matière de qualité de service (traitement des stocks de courriers) et des gains significatifs d'efficacité. Le suivi assuré par l'autorité de contrôle prudentiel permet de mesurer les avancées déjà recueillies. Le rapport de la Cour permet toutefois de mesurer l'importance des écarts de performance par rapport au niveau d'efficacité atteint dans le régime général et des efforts à mettre en œuvre pour les résorber.

*

* *

Le Gouvernement ne peut donc que souscrire au constat de la Cour lorsque celle-ci considère que le déséquilibre des comptes sociaux est une anomalie qu'il convient de corriger au plus vite. C'est cet objectif que poursuivront les mesures, tant en dépenses qu'en recettes, qui seront présentées prochainement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et de la réforme des retraites.

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

Par courrier en date du 26 juillet 2013, vous m'avez adressé un extrait du projet de rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2013.

Vous trouverez ci-joint, les observations du Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt aux recommandations de la Cour.

Abaisser le chiffre d'affaires au-delà duquel les déclarations doivent être réalisées au réel et remplacer le bénéfice agricole forfaitaire par un bénéfice agricole établi en proportion du chiffre d'affaires.

Abaisser le seuil du forfait qui est actuellement de 76 300 € pourrait être envisagé, mais dans ce cas il y aurait probablement une augmentation du coût de gestion pour la direction générale des finances publiques (DGFIP).

La seconde recommandation conduirait à remplacer le forfait collectif agricole par un régime micro-BA comme il existe déjà pour les BIC et les BNC.

L'instauration d'un micro-BA suppose que le bénéfice imposable soit déterminé par l'administration fiscale, en appliquant au chiffre d'affaires déclaré un abattement forfaitaire. Ce nouveau dispositif présenterait l'avantage de la simplification avec une forte diminution des coûts de gestion pour la DGFIP.

Cependant, un tel dispositif se heurterait à plusieurs difficultés :

- tout d'abord, se poserait la question du taux d'abattement à retenir : faudrait-il un taux spécifique à chaque production ou un taux unique et quel serait son niveau ;
- ensuite, certaines productions (notamment viticoles dans le Sud de la France) qui affichent des forfaits très faibles, verraient sans doute augmenter leurs prélèvements fiscaux et sociaux. A contrario, pour d'autres, pourrait apparaître une diminution du résultat imposable par rapport au forfait actuel (notamment pour les petites exploitations ou pour les exploitations situées au Nord de la France où les forfaits sont d'une manière générale beaucoup plus proches de la réalité économique).

Enfin, il convient de noter que le remplacement du forfait agricole par un micro-BA a déjà fait l'objet de plusieurs études - études restées sans suite compte tenu de la complexité d'une telle réforme.

Soumettre les revenus des associés non exploitants à une contribution sociale spécifique.

En ce qui concerne l'évasion sociale résultant de l'augmentation des exploitations sous forme sociétaire, la Cour préconise la mise en place d'une contribution sociale sur les revenus des associés non exploitants, ce qui permettrait de réduire les diminutions d'assiette.

Dans le régime des non salariés agricoles, il est vrai que l'importance de la perte d'assiette sociale due à des montages sociétaires nécessite de trouver des solutions pour freiner ce phénomène.

Aussi, compte tenu de l'évolution des textes dans le régime des indépendants, une réflexion est actuellement engagée et des propositions pourraient prochainement être faites afin de freiner l'évasion sociale dans le régime agricole induite par les montages sociétaires.

Majorer l'assiette sociale des exploitants n'adhérant pas à un organisme agréé, comme pour l'impôt sur le revenu.

La loi de finances pour 2006 a supprimé l'abattement fiscal de 20 % dont bénéficiait l'ensemble des non salariés (y compris les non salariés agricoles) adhérents des centres de gestion et associations agréées, cet abattement ayant été intégré directement dans le barème de l'impôt sur le revenu.

Afin d'assurer la neutralité fiscale de cette suppression, le revenu professionnel des non salariés n'adhérant pas à un centre de gestion doit faire l'objet d'une majoration de 25 %. Cette majoration de 25 % aboutit ainsi à ce que les non salariés non adhérents à un centre de gestion agréé ne bénéficient pas de l'intégration de l'abattement dans le barème fiscal.

En termes de traitement social, cet abattement fiscal n'était pas retenu dans l'assiette des cotisations sociales des non salariés, y compris donc des non salariés agricoles. Dans ces conditions, à revenu professionnel équivalent, l'assiette des cotisations sociales était identique que le non salarié soit ou non adhérent à un centre de gestion.

Avec la mise en place de la majoration de 25 % pour les non salariés n'adhérant pas à un centre de gestion, des mesures visant à maintenir cette neutralité sociale ont été prises. Il s'agissait en effet de ne pas procéder à un calcul de cotisations sociales sur la base d'un revenu professionnel majoré et donc de ne pas pénaliser les non salariés concernés par ces mesures de correction d'assiette fiscale.

L'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a ainsi neutralisé la hausse mécanique de l'assiette des cotisations et contributions sociales des non salariés afin que ne soit pas prise en compte la majoration de 25 % du revenu professionnel.

Ainsi, à l'instar de la situation existant avant la majoration de 25 % des revenus professionnels, l'assiette des cotisations sociales est identique que le non salarié soit ou non adhérent à un centre de gestion. Il ne semble pas opportun de remettre en cause cette neutralité de l'assiette sociale.

Modifier profondément l'organisation de l'établissement et du contrôle des cotisations personnelles des exploitants agricoles, notamment en développant la coopération et les échanges de données informatiques entre les services fiscaux et les caisses de mutualité sociale agricole.

Des études sont en cours visant à mettre en place un pré-remplissage des déclarations de revenus professionnels (DRP) par les caisses de MSA par l'intermédiaire d'éléments transmis par les services fiscaux. Ce dispositif permettra d'assurer l'exactitude des assiettes fiscale et sociale et limitera le recours à des contrôles d'assiette.

Toutefois, compte tenu des calendriers de recueil des éléments fiscaux et sociaux, ce dispositif de pré-remplissage ne peut pas être valablement envisagé pour les non salariés agricoles relevant d'un régime réel d'imposition. Pour autant, une réflexion pourra être menée afin d'apprécier les modalités d'échanges entre les MSA et les services fiscaux visant à procéder à des contrôles a posteriori.

Jusqu'en 2001, les personnes redevables de cotisations sociales auprès du régime de protection sociale des non salariés des professions agricoles devaient joindre, à leur déclaration de revenus professionnels, une copie de leur avis d'imposition et, le cas échéant, de leur déclaration de résultats (liasse fiscale).

L'envoi de ces documents par les non salariés agricoles permettait aux caisses de mutualité sociale agricole (MSA) de vérifier la cohérence entre les montants déclarés à l'administration fiscale (ou fixés par elle pour les personnes relevant d'un régime forfaitaire d'imposition) et ceux déclarés à leur caisse de MSA.

A effet du 1^{er} janvier 2001, cette obligation a été supprimée sans pour autant être compensée par la mise en place d'échanges automatiques entre les services fiscaux et les caisses de MSA.

Si les caisses de MSA peuvent avoir communication par les services fiscaux des informations relatives à la détermination de l'assiette et du montant des cotisations et contributions sur la base de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, de tels échanges s'avèrent ponctuels.

Or, à la suite des travaux menés par le régime social des indépendants (RSI) visant une simplification de la déclaration des revenus des travailleurs indépendants non agricoles, des échanges automatiques ont été mis en place entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (pour le compte du RSI) et la DGFIP. Ces échanges, dont les modalités sont prévues dans l'arrêté du 28 septembre 2010, ont pour finalité de contrôler les éléments de revenus

déclarés pour le calcul des cotisations et contributions sociales dont les intéressés sont redevables.

Afin de disposer des éléments fiscaux permettant de contrôler a posteriori les déclarations de revenus professionnels des non salariés agricoles et d'assurer ainsi un meilleur recouvrement des cotisations et contributions sociales dues, un groupe de travail associant la DGFIP, le ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt et la CCMSA a été mis en place afin d'examiner la faisabilité de la mise en œuvre d'échanges similaires entre la DGFIP et la CCMSA.

Assurer, sans attendre l'amélioration de son ratio démographique, l'équilibre du régime par des financements de solidarité suffisants et pérennes, pour partie en réexaminant les autres formes de concours au secteur agricole.

L'Etat a consenti ces dernières années d'importants efforts financiers pour résorber les déficits successifs du régime de protection sociale des non-salariés agricoles. 11 Md€ de dettes cumulées ont été pris en charge par l'État depuis 2005 dont près de 5 Md€ au titre des déficits vieillesse.

L'Etat a apporté, par ailleurs, des ressources supplémentaires au régime vieillesse des non-salariés agricoles, en renchérissant en 2012 et 2013 les taxes sur les alcools qui lui sont affectées. Le relèvement de la fiscalité sur les alcools permet d'apporter près de 550 M€ d'impôts et taxes affectés supplémentaires au régime et de réduire son déficit structurel annuel de 40 %, passant de 1,2 Md€ en 2011 à 0,6 Md€ en 2013 selon les dernières prévisions de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Certes, la question du déficit structurel demeure et d'autres mesures de financement sont nécessaires pour résorber le passif de financement qui se reconstitue, et assurer un équilibre financier pérenne.

Des mesures visant à limiter les phénomènes d'optimisation et d'évasion sociale doivent être examinées, mais aussi d'autres pistes de financement.

Sur la préconisation de la Cour de mobiliser une partie des financements des concours publics à l'agriculture, notamment les financements par impôts et taxes affectés (ITAF), au profit du régime de retraite, le ministère de l'agriculture considère que ces ITAF ont une utilité en matière de politique agricole.

Il convient de signaler à cet égard que les deux tiers du produit de ces ITAF sont destinés aux chambres d'agriculture qui jouent un rôle important de représentation des intérêts de l'agriculture auprès des pouvoirs publics et qui contribuent de manière essentielle au développement durable des territoires ruraux et des entreprises agricoles, ainsi qu'à la préservation et à la valorisation des ressources naturelles.

***PREMIÈRE PARTIE – LA RÉDUCTION DES
DÉFICITS ET LE FINANCEMENT DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE***

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

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

La Cour souligne, à juste titre, que la sous-exécution des dépenses de soins de ville en 2012 a bénéficié d'un important effet de base. Elle indique également que la sous-exécution augmente d'année en année, et en donne comme seule explication le fait que la base de construction n'a pas été redéfinie.

Or, le premier facteur qui conduit à une sous-exécution augmentant d'année en année, et qui n'est pas mentionné par la Cour, est que depuis trois ans le taux d'évolution des dépenses est, chaque année, inférieur au taux d'évolution ONDAM. C'est d'ailleurs ce qui apparaît dans le tableau récapitulatif et c'est bien, par construction, la raison pour laquelle la sous-exécution augmente.

Le fait que l'ONDAM soins de ville ait été respecté en 2009 et sous-exécuté en 2010, 2011 et 2012, en montant mais aussi en taux d'évolution, constitue un réel succès qui témoigne d'une rigueur accrue dans la gestion des dépenses d'assurance maladie. Après une longue période de dépassements des objectifs, ce résultat premier pourrait être souligné avant de mentionner la question de l'absence de rebasage. Il participe pleinement à la crédibilité de la France à tenir ses engagements à l'égard de nos partenaires européens.

On peut d'ailleurs rappeler que la sous-exécution est particulièrement importante en 2012, car les dépenses constatées intègrent une provision pour rémunérations sur objectifs des professionnels à hauteur de 400 M€.

DEUXIÈME PARTIE – LA MAÎTRISE DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES

Chapitre VII Les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics

RÉPONSE DES HOSPICES CIVILS DE LYON

Les HCL ont engagé, au vu de leur situation financière très dégradée et en concertation avec l'ARS Rhône-Alpes, une démarche de redressement dès 2008/2009. Au même moment démarrait le nouveau projet d'établissement. Les engagements de l'établissement ont été consignés dans le projet d'établissement lui-même, approuvé par l'ARS en juillet 2009. Un PGFP, lui aussi approuvé, était annexé au projet d'établissement. Alors qu'il lui incombait de le faire, la directeur général de l'ARS ayant compétence liée en la matière (décret du 27 juin 2008 et circulaire du 16 juillet 2008), l'ARS Rhône-Alpes n'a pas jugé nécessaire de formaliser ces engagements sous la forme d'un CREF.

Toutefois, malgré cette absence de contractualisation, je tiens à souligner que les HCL ont tenu leurs engagements de redressement sur la période du projet d'établissement. Vous reconnaîtrez qu'au vu des résultats spectaculaires obtenus en 5 ans, notre établissement ne s'est en aucun cas abrité derrière l'absence de CREF pour ne pas agir. Je rappelle que le résultat comptable du budget principal est passé de -94 M€ à -22 M€ entre 2008 et 2012, que la CAF est passée de 9 M€ à 72 M€ et que la marge brute est passée de 2,5 % à 6,2 % des produits, et même de -1,5 % à 4,4 % retraitée des aides financières versées par l'ARS, soit une progression d'environ 6 points

En outre, je note que la signature d'un CREF contraint également fortement l'ARS, qui prend par ce biais des engagements pluriannuels en matière d'aides financières. Au contraire, l'absence de CREF lui permet de baisser fortement ces aides, ce que l'ARS Rhône Alpes a en effet pratiqué avec les Hospices civils de Lyon puisque les crédits AC ont décliné de 34,5 M€, passant de 56,5 M€ en 2008 à 22 M€ en 2012. La non-conclusion d'un CREF ne saurait donc être imputée exclusivement aux établissements de santé de la région et encore moins aux Hospices civils de Lyon.

(...)

Par ailleurs, j'ajoute qu'un CREF est actuellement en cours de discussion à la demande du ministère. Il sera finalisé dans les prochaines semaines (...).

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DIJON

Les aides apportées par la tutelle n'ont pas d'effet sur l'importance de la dette du CHU. L'aide apportée dans le cadre fixé par le plan « Hôpital 2007 » consiste dans une compensation annuelle d'une partie des emprunts réalisés par l'établissement pour couvrir ses investissements. C'est donc une aide en exploitation qui au contraire des aides ou des subventions en investissement n'a aucun effet sur la réduction de la dette de l'établissement (...).

Quant à la différence entre le montant autorisé pour cette opération et le montant réel, il provient d'abord de l'évolution forte du coût de la construction en 2005/2007 puis de l'évolution du contenu du programme dont une stérilisation public/privé demandée par l'ARH.

Cette hausse des coûts a engendré automatiquement la progression de la dette.

Le choix de l'amortissement progressif a été adopté en concertation avec l'ARH, étant le seul moyen de rendre compatible l'aide accordée avec les montants avérés des opérations d'investissement. Le CHU étudie en ce moment le retour à un amortissement linéaire et a fait des propositions en ce sens à l'ARS fin juin 2013.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

En préalable il convient de rappeler que le CHU a connu en 2007 une situation financière difficile qui l'a amené à réduire drastiquement ses provisions ; depuis lors il a pu, grâce aux efforts accomplis de redressement de son activité et de maîtrise de ses dépenses, procéder à une reconstitution progressive de ses provisions, gage d'un assainissement financier significatif.

Par ailleurs l'établissement s'est engagé dans une démarche de longue haleine de fiabilisation des comptes, dans la perspective de la certification des comptes des établissements de santé, se traduisant par une meilleure approche des principes de provisionnement. Ainsi en 2011 la constitution de provisions a fait l'objet d'ajustements importants, sur les recommandations de la direction régionale des finances publiques et de la chambre régionale des Comptes, ce qui a permis de commencer la réduction du report à nouveau déficitaire tout en reprenant les provisions jugées non justifiées.

Toutefois il ne peut être soutenu que la constitution irrégulière de provisions a occulté un excédent.

(...).

La méthode consistant à évaluer des résultats comptables retraités par diminution de provisions jugées non justifiées ou pertinentes, aurait dû tenir également compte, inversement, des provisions insuffisamment constituées. Le niveau global des provisions n'étant pas en cause, il est donc inexact de soutenir que le CHU a minoré artificiellement un résultat positif.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'AMIENS

La situation financière du CHUA est effectivement fragile compte tenu d'un déficit structurel d'exploitation et d'un niveau d'endettement important. Un autodiagnostic réalisé au sein de l'établissement (...) a cependant permis, sur la base de l'analyse des causes du déficit cumulé, de mettre en place un plan d'actions validé par le comité des risques financiers et destiné notamment à conforter le CHU dans son rôle de recours territorial et surtout régional et à atteindre l'équilibre financier sur la période 2012-2016.

(...) Le regroupement de l'ensemble des activités du CHUA sur un site unique est un élément très structurant de cette stratégie de repositionnement stratégique de l'établissement au sein de la région sanitaire. Ce projet constitue donc une opportunité pour le CHUA dans la confortation de son rôle de recours et de référence mais il est conditionné par un impératif retour à l'équilibre du cycle d'exploitation.

Le plan de retour à l'équilibre reposant pour l'essentiel sur une gestion maîtrisée des dépenses, a permis au CHUA, dès l'année 2012, de limiter la progression de ses charges d'exploitation.

(...)

Le CHUA a également réduit de façon drastique le montant de son plan d'investissement courant sur 5 ans afin, là encore, de limiter le recours à l'endettement, compte tenu du niveau important de la dette générée par l'opération de restructuration de ses activités.

(...)

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-AFFRIQUE

Le bassin de santé du Saint-Affricain se situe dans une région de moyenne montagne, isolée des grands axes de communication, avec une faible densité de population (19 habitants au km²). Il est au centre d'un vaste territoire ayant un diamètre de 150 à 200 km soit 3 heures en temps de transport et est situé aux confins de 3 départements et de 2 régions

Il est identifié comme étant le CH de proximité de 25 000 habitants et son activité MCO a été jugé indispensable dans le SROSS 3 car desservant une population isolée significative (notion d'exception géographique).

Son activité chirurgicale, par nature limitée (actes pour lesquels l'hospitalisation ne peut pas excéder 48 heures et chirurgie ambulatoire) s'appuie sur 2 axes :

Coopération avec le CHU de Montpellier pour la chirurgie viscérale de 48 heures (...).

Ouverture du plateau technique chirurgical à des praticiens libéraux au travers d'un Groupement de Coopération Sanitaire dédié à cette activité, notamment dans les spécialités de : urologie, ophtalmologie, ORL, stomatologie. (...)

Les caractéristiques de l'activité chirurgicale du CH de Saint-Affrique, tant en termes d'aménagement du territoire que d'attractivité, (...) est fondamentale pour le bassin de santé de l'établissement dans le cadre de la lutte contre les déserts médicaux.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES PORTES DE L'OISE

Je tiens à porter à votre connaissance qu'un changement de direction a eu lieu au sein du CHI des Portes de l'Oise.

En effet, j'ai pris la direction de cet établissement en mars 2010.

Des discussions avec l'ARS ont été entamées dès mon arrivée pour mettre en place un nouveau plan de retour à l'équilibre d'urgence (...).

Dès l'automne 2010, un suivi plus étroit et régulier a donc été institué par l'ARSIF avec la mise en place d'un « comité de suivi » instituant des réunions de suivi financier tous les 2 mois à compter de fin 2010 directement avec le siège de l'ARS IF. (...)

Le « 2 e CREF » n'a pas été formalisé en tant que tel par un nouvel avenant à l'annexe 4-4 du CPOM mais par un courrier du directeur général de l'ARS donnant son accord au CHI pour mettre en place des propositions d'économies de charges. (...)

Le plan de redressement (officieusement CREF) s'est donc basé sur :

Des actions restructurantes au sein du CHI (restructuration de services, une réduction drastique des charges notamment des postes de dépenses, le plus important : la masse salariale. (...)- 7 457 818 € sur 3 exercices budgétaires, soit une diminution des dépenses de personnels de 13,66 %.

La mise en place d'une stratégie de coopération en lien avec l'hôpital pivot (CH de Pontoise) : (...)

- Un travail de fonds sur le déficit structurel et la fiabilisation des comptes (optimisation du bilan, remise à niveau des provisions

réglementées, purge de la Réserve de trésorerie en cours)

Force est de constater qu'avec peut-être moins de formalisme (2e CREF non signé) et plus de pragmatisme et de réunions avec l'ARS IF, les efforts ont portés leurs fruits, même si je regrette qu'aucun avenant financier n'ait été signé au CPOM 2007/2012 du CHI pour officialiser ce redressement financier.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA

La situation financière du centre hospitalier de Bastia reste fragile mais s'améliore régulièrement depuis quelques années ; en 2012, le déficit du compte de résultat principal s'établit à 1 025 K€, soit 0,86 % des produits. Le déficit structurel avoisine les 5 M€.

En raison d'une situation de trésorerie tendue (absence de ressources externes d'investissement et difficultés à souscrire un emprunt), l'établissement a bénéficié d'un soutien de 4 M€ de l'Etat en 2012.

Sous l'égide de l'ARS, un projet de modernisation et de développement a été déposé dans le cadre de la procédure COPERMO ; il sera soumis le 16 juillet 2013, à la commission éponyme qui jugera de son éligibilité.

Ce document définit les objectifs de retour à l'équilibre en 2016 à la faveur d'un plan d'efficience (réduction des charges de personnel et gains de productivité sur les autres titres) et d'une optimisation des recettes induite par des nouvelles activités répondant à un besoin de la population (SSR, Dialyse, UCA, UNV, UHCD).

Il s'accompagne d'un plan de modernisation et de développement de la structure autour d'un programme de 68 M€ en 6 ans, comprenant plusieurs opérations structurantes (...).

La mise aux normes de l'établissement en matière de sécurité incendie et électrique et de préparation et distribution des produits pharmaceutiques font partie également de ce programme en adéquation avec les axes du projet régional de santé de la région Corse.

Le centre hospitalier sollicite une aide de 29,5 M€ pour le financement de ce projet qui, à plus d'un titre, revêt une importance capitale pour le territoire de santé.

Chapitre VIII

La chirurgie ambulatoire

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

Concernant la chirurgie ambulatoire, la CNAMTS rejoint le constat de la Cour : cette pratique a pris un véritable essor ces dernières années - l'assurance maladie y a d'ailleurs largement contribué avec la mise en œuvre depuis 2008 du programme de mise sous accord préalable (MSAP) des établissements - mais des marges de manœuvre subsistent encore pour rejoindre les taux observés dans d'autres pays ; c'est notamment le cas de la chirurgie de la cataracte.

Comme la Cour, la CNAMTS estime que la logique tarifaire devant prévaloir consiste en l'alignement des tarifs d'hospitalisation complète sur les coûts observés en chirurgie ambulatoire les plus performants dès lors que les recommandations HAS favorisent une prise en charge ambulatoire.

La CNAMTS partage également les recommandations de la Cour sur la définition de seuils d'activité minimale en chirurgie complète et ambulatoire afin de garantir aux patients un niveau de sécurité adéquate sur la fixation d'objectifs d'économie associés au développement de la chirurgie ambulatoire ou sur la révision des capacités des établissements en chirurgie conventionnelle.

En conséquence, ces propositions ont été incluses dans le rapport susmentionné et seront transmises en application de l'article L-111-11 du code de la sécurité sociale, au Gouvernement et au Parlement pour la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Chapitre IX

L'hospitalisation à domicile

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

Concernant l'hospitalisation à domicile, la CNAMTS rejoint l'analyse de la Cour sur l'intérêt de développer de façon efficiente ce mode de prise en charge et de mieux l'intégrer dans le parcours des patients.

Elle partage la recommandation de la Cour sur la nécessité de disposer de référentiels qui permettraient de préciser la place de l'HAD au sein du système de soins en alternative à l'hospitalisation complète. A cet effet, la CNAMTS estime indispensable de procéder à des évaluations médico-économiques comparatives par rapport aux autres modes de prise en charge.

*RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS
ET D'AIDE À LA PERSONNE (FEHAP)*

(...)

Dans le même esprit et au regard de la référence à l'avenant n°8, le rapport pourrait faire état d'une difficulté récurrente des trois fédérations hospitalières sur ce sujet, puisque la CNAMTS et les syndicats de professionnels libéraux négocient et concluent des dispositions qui ont un impact immédiat sur les établissements et services, sans que ces derniers ne soient associés au processus d'examen de l'opportunité des mesures conventionnelles projetées, d'évaluation coût/bénéfice comme d'étude d'impact budgétaire ou organisationnel des mesures. La FEHAP, la FHF et la FHP ont demandé ensemble et à plusieurs reprises à être associées en amont du processus conventionnel, sans pour autant être parties prenantes des négociations, et à émettre un avis avant l'agrément ministériel.

Concernant l'absence de référentiel sur le recours à l'HAD, la FEHAP partage entièrement ce constat et a écrit l'an dernier à la Haute Autorité de santé pour que cette dynamique soit engagée. Sur un autre registre, car les bonnes indications médicales pour des interventions de SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) s'avèrent très différentes de celles de l'HAD (et sont donc très complémentaires), la FEHAP a également proposé cette dynamique de référentiel à l'HAS, conjointement avec l'ANESM. Il en va de même pour l'identification des indications opportunes et inopportunes de recours à des prestataires à domicile. (...)

La FEHAP tient beaucoup à ce que la notion de taille critique, soit inscrite dans la vision d'ensemble des activités complémentaires et des excellentes synergies qui peuvent résulter de l'association par un même organisme gestionnaire de l'HAD à des activités de SSIAD, par exemple, ou encore de soins de suite et de réadaptation. La FEHAP estime important que la notion de « taille critique » ne soit pas envisagée de manière cloisonnée, mais inscrite dans la vision d'ensemble des dimensions tant économiques que qualitatives, pour les parcours de soins et d'accompagnement. (...)

Chapitre X

La place de l'hospitalisation privée à but non lucratif

*RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS
ET D'AIDE À LA PERSONNE (FEHAP)*

(...) La FEHAP estime que la présentation de la situation des 11 établissements de santé privés non lucratifs (sur 700 établissements et services sanitaires), relevant de l'échelle publique des tarifs et collaborant avec des médecins libéraux disposant d'un droit à dépassement, mériterait

d'être contextualisée : la comparaison avec l'activité libérale des praticiens hospitaliers (PH) dans les EPS apporterait une nuance nécessaire. Il serait utile de souligner que les honoraires des praticiens libéraux sont toujours pris en compte par les services administratifs de ces 11 établissements de santé, puisque ces derniers acquittent les honoraires pour la part en secteur 1.

Ces honoraires et les dépassements sont donc contrôlables et maîtrisés, encadrés déjà par une logique de « zéro reste à charge après intervention des organismes complémentaires », à la différence de l'activité libérale de nombre de PH dans des EPS, lesquels encaissent souvent directement leurs honoraires et dépassements. (...) Plus globalement, la FEHAP souhaite que l'évolution de ces situations historiques puissent s'inscrire dans un échelonnement raisonnable, et non s'inscrire dans la date butoir du 11 août 2013 potentiellement très déstabilisante, et aussi très injuste au regard de l'indulgence relative dont bénéficie l'activité libérale dans les EPS.

RÉPONSE DU GROUPE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ LE CREUSOT-MONTCEAU

La fondation Hôtel-Dieu a bénéficié d'un plan de continuation d'activité validé par le TGI de DIJON le 26 juin 2012 caractérisé par :

- un PSE de 75,2 ETP a mis en œuvre à compter du 17 septembre 2012 ;
- au 31.12.2012, l'opération a été conduite, sans mouvement social important ;
- au 31.12.2012, une des 4 unités de chirurgie a été fermée et l'activité ambulatoire lancée.

Ce plan de continuation des activités s'accompagne d'autres opérations de refonte des organisations sur 2013.

La fusion des deux structures n'ayant pas été retenue, l'autonomie de stratégie doit être retrouvée pour chacun des partenaires dans le cadre d'un projet médical de territoire aménagé en ce sens.

TROISIÈME PARTIE – L’EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SOINS

Chapitre XII La permanence des soins

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

L'assurance maladie partage la recommandation de la Cour sur la nécessité de poursuivre la restructuration des secteurs de garde. Elle estime également que les maisons médicales de garde ont un rôle à jouer dans ce domaine et que l'articulation avec les urgences hospitalières est nécessaire.

Concernant le financement de la PDSA, la CNAMTS estime que la répartition des enveloppes régionales devrait évoluer en fonction de l'évaluation des besoins et elle s'interroge notamment sur le relèvement des forfaits d'astreintes dans certaines régions pouvant parfois atteindre 300 euros. Dans ce contexte, l'assurance maladie n'est pas favorable à une régionalisation des majorations régulées des actes médicaux. Ceci pourrait déboucher sur des écarts entre territoires ou un relèvement excessif de leurs valeurs dans certaines régions à l'instar de ce qui a été constaté pour les forfaits d'astreinte.

RÉPONSE DU CONSEIL NATIONAL DE L’ORDRE DES MÉDECINS (CNOM)

Le Conseil national de l'ordre des médecins partage un certain nombre de constats faits par la Cour des Comptes qui rejoignent nos analyses.

Il regrette que le rôle des conseils départementaux ait été de façon générale minimisé, en décalage avec les réalités du terrain, ou encore qu'il ait été mal compris comme dans le cas du conseil départemental de l'Yonne.

Il insiste sur la distinction à opérer entre permanence des soins et aide médicale urgente et souhaite que les pouvoirs publics précisent clairement au plan national ce que tout usager du système de santé, en tout point du territoire, est en droit d'attendre de l'organisation de la permanence des soins

RÉPONSE DE L’UNION NATIONALE DES PHARMACIES DE FRANCE (UNPF)

Sur les montants des astreintes des pharmaciens, il convient de rappeler que bien que les forfaits d'astreintes des pharmaciens ont été revalorisés lors de la signature de la dernière convention nationale, les

montants de ces forfaits sont toujours inférieurs à ceux des ambulanciers et des médecins.

Sur l'élargissement des compétences des ARS : la volonté de vouloir «aligner» l'organisation des gardes pharmaceutiques sur celle des gardes des transporteurs sanitaires est illusoire. En effet, un transport sanitaire sera nécessaire commandé par un prescripteur tel qu'il soit (urgentiste, SAMU...) et ce même lors des jours de garde.

Or les pharmaciens de garde, accessibles la plupart du temps sur prescription médicale, se doivent cependant d'assurer une veille sanitaire. A ce titre, le service au patient, sans passage par le médecin, doit être assuré.

Ainsi, il n'est pas souhaitable que l'organisation des gardes pharmaceutiques soit assurée par les agences régionales de santé.

Il faut noter de plus que cette gestion des gardes a toujours été prise en charge par les organisations syndicales et que cela fonctionne très bien.

Enfin, il est important de souligner que tous les pharmaciens, sans exception, sont tenus de participer aux gardes pharmaceutiques. Aucun pharmacien ne peut s'y soustraire, ce qui participe à la réussite de cette organisation.

Sur le coût du système de garde, l'UNPF tient à rappeler que le montant des astreintes pharmaceutiques, bien que négocié directement entre les syndicats représentatifs de la profession et l'assurance maladie, a été validé par le ministre de la santé au moment de la publication au journal officiel de la convention nationale. L'organisation de la garde pharmaceutique se fait dans un strict respect des conditions légales. Le coût de ce service ne peut donc être imputé à la profession.

En conclusion, l'UNPF estime que l'organisation des gardes pharmaceutiques par les agences régionales de santé n'est pas une option à envisager.

Sur le coût des gardes, la réduction de l'indemnisation forfaitaire entrain ait de fait une diminution du nombre de pharmaciens participant aux services de garde, voire une suppression du service de garde lui-même. Les pouvoirs publics pourraient envisager une réduction encore plus drue du nombre de secteurs de gardes. Ils devraient alors faire face au mécontentement des patients face à une inaccessibilité croissante des soins, et ce notamment en campagne.

*RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION DES SYNDICATS PHARMACEUTIQUES
DE FRANCE (FSPF)*

(...)

Sur ce point, nous relevons que dans le cadre de l'enquête effectuée par la Cour des comptes sur la permanence des soins, le caractère satisfaisant de l'organisation de la permanence pharmaceutique (...).

Par ailleurs, nous appelons votre attention sur le fait que, dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) est chargé (...) de « veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional (...) ». Dans un certain nombre de départements, ce comité, qui comprend plusieurs représentants des pharmaciens d'officine, ne se réunit que de façon irrégulière, voire insuffisante au regard des missions qui sont les siennes. Même si le CODAMUPS n'est pas en charge de l'organisation de la permanence pharmaceutique, la participation de représentants des pharmaciens d'officine à cette instance est de nature à favoriser la concertation entre les diverses parties prenantes, ARS notamment, aux fins de coordination des dispositifs de permanence des soins ambulatoires et de garde pharmaceutique.

Sur le fond, la proposition tendant à élargir les compétences de l'ARS à l'organisation de la permanence pharmaceutique afin de l'articuler avec la permanence des soins ambulatoires conduit *de facto* à ce que la garde pharmaceutique soit tributaire d'une permanence des soins ambulatoires dont il convient de constater qu'elle suscite régulièrement, et récemment, encore de vives inquiétudes.

En février dernier, le Conseil national de l'ordre des médecins a en effet rendu publiques les conclusions d'une enquête circonstanciée relative à l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale⁶⁵⁸ montrant que la situation « s'est globalement dégradée », compte tenu notamment d'une pénurie de médecins volontaires et d'un déclin du volontariat.

(...)

Ce constat opéré, il nous sera permis de douter, dans l'intérêt des patients, de l'opportunité d'établir une « correspondance entre les territoires de garde des différents secteurs » et une « coordination entre les lieux de

658. Enquête du Conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2013, consultable sur le site internet du Conseil national de l'ordre des médecins par le lien suivant : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/etat-des-lieux-de-la-permanence-des-soins-en-janvier-2013-1301>

mise en œuvre des moyens d'intervention ». Compte tenu du report sur les services d'urgences hospitaliers d'une partie des demandes gérées dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires, avec pour corollaire un éloignement géographique plus important pour les patients du point de prise en charge, les évolutions observées en matière de permanence des soins ambulatoires ne conduisent, à notre sens, ni à une amélioration du service rendu aux populations, ni à une réduction du coût de son financement par la collectivité.

(...) Nous ne pouvons que réfuter l'affirmation selon laquelle « l'étanchéité des circuits de financement des trois systèmes nuit enfin à la définition par l'ARS d'une stratégie globale et cohérente sur son territoire de compétence ». Ce n'est pas en donnant compétence à l'ARS pour fixer le niveau des astreintes, voire des honoraires de garde et d'urgence versés aux pharmaciens d'officine, alors que le législateur a fait le choix, dans l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, de confier cette prérogative à l'assurance maladie et aux organisations syndicales représentatives de la profession, que l'efficacité du système global de permanence des soins ambulatoires sera améliorée.

En effet, le transfert du financement de la permanence pharmaceutique aux ARS est présenté comme l'un des moyens d'améliorer la garde pharmaceutique, avec pour objectif, son alignement sur l'organisation de la permanence des soins ambulatoires. Certes, la permanence pharmaceutique a un coût mais ce coût est le gage de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients en situation d'urgence. Force est de constater que la Cour des comptes n'a pas mis en évidence de dysfonctionnements ou de retards dans l'accès aux médicaments, pendant les périodes de garde et d'urgence.

Dans ces conditions, nous contestons l'opportunité des propositions formulées dans le projet d'insertion soumis à observations. Nous estimons en effet que l'organisation de la garde pharmaceutique (...) n'a pas à être alignée sur l'organisation de la permanence des soins ambulatoires dont les insuffisances font l'objet de sévères critiques.

L'approche proposée nous paraît relever d'une inversion de logique ayant pour conséquence indirecte, et sans doute involontaire, de conforter le transfert vers le secteur hospitalier de situations qui pourraient être prises en charge en secteur ambulatoire, à moindre coût, sous réserve toutefois d'une amélioration du dispositif de permanence de soins ambulatoires, au plus près des patients.

RÉPONSE DE SOS MÉDECINS – FRANCE

SOS Médecins a mis en place un dispositif de régulation médicale protocolisée qui optimise le couple régulation/effection. Un, ou plusieurs médecins, occupent en permanence la fonction de régulateurs dédiés responsables de toutes les décisions de régulation suite aux appels

téléphoniques parvenant aux centres d'appels médicaux. Ils sont soit postés régulant exclusivement, soit toujours accessibles et toujours en mesure de répondre sur le plan médical aux appels reçus en un colloque singulier avec le patient.

Ce dispositif fonctionne dans de très bonnes conditions d'efficience médicale et d'allocation de moyens.

Les conventions d'interconnexion qui ont été toutes été renouvelées et intégrées aux cahiers des charges de PDS établis par les ARS prennent en compte ce mode de régulation médicale. Ainsi, même si la loi de 2009 n'a pas été suivie d'une traduction réglementaire de la notion de régulation médicale des appels, le fait que le dispositif de régulation mis en œuvre par SOS Médecins fasse partie intégrante des conventions établies par les ARS en application de cette loi, lui confère une consistance réglementaire incontestable.

Quant à l'évaluation des coûts de la PDS et de l'effet de l'existence d'associations de permanences de soins sur ces coûts, SOS Médecins France tient à rappeler que conclusions de la Cour sont à la fois partielles, eu égard à l'exiguïté de l'échantillon de villes observées et incomplètes dans la mesure où tous les facteurs n'ont pas été pris en compte.

SOS Médecins loin d'augmenter ces coûts contribue à les réduire, ses interventions étant beaucoup moins coûteuses pour la plupart des pathologies, en raison notamment de l'atténuation des hospitalisations ou des transports médicalisés pour les patients traités par ses médecins. Il faut rappeler, par ailleurs, que la régulation médicale de SOS Médecins n'est pas rémunérée.

Enfin, SOS Médecins tient à souligner qu'il met à la disposition des pouvoirs publics et des acteurs concernés un modèle d'évaluation de l'optimum médico économique de la PDS, le modèle NRM, grâce auquel chaque région pourrait optimiser les modes d'intervention existant en améliorant l'allocation des ressources budgétaires. Le modèle NRM, qui a été présenté à la Cour, est le seul aujourd'hui capable de soutenir une action en ce sens.

RÉPONSE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DES PAYS DE LA LOIRE

(...) [La Cour des comptes] note que les forfaits « effecton » lorsqu'il y a mise en place de médecins mobiles comme dans le département de la Loire Atlantique sont beaucoup plus onéreux qu'une formule plus classique en nuit profonde ; un montant de 828 € est mentionné. Je vous précise que le coût d'intervention de ces médecins est composé de 450 € d'astreinte sur 12 heures (triplement d'astreinte autorisé par les textes) et d'une moyenne de 3 à 4 actes par nuit. Il ne s'agit donc pas d'un forfait de 828 €, même si j'ai

souhaité soutenir le lancement de ce dispositif en garantissant de façon transitoire ce niveau de rémunération aux professionnels.

En moins d'un an l'amélioration du service rendu par ce dispositif me semble notable. L'intervention de ces médecins a permis de réduire spécifiquement les hospitalisations de personnes âgées et d'apporter une réponse structurée à la problématique des actes médico-légaux. A cet égard je souligne votre intérêt quant à la mise en place de l'expérimentation dans la région des Pays de la Loire qui a eu des effets positifs sur la mobilisation des médecins libéraux et au changement de comportement induits par ces expérimentations.

*RÉPONSE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE POITOU-
CHARENTES*

(...) Il me paraît important de préciser que les secteurs de PDSA des 2 régions comparées [Basse-Normandie et Poitou-Charentes] n'offrent pas le même service médical rendu en termes d'amplitude horaire couverte par semaine. En Poitou-Charentes, la plupart des secteurs (plus de 80 %) couvrent toute la semaine de 20h à 24 h, alors qu'en Basse-Normandie, près de la moitié des secteurs ne font pas de PDSA les soirs de semaine. Or, c'est en combinant le nombre de secteurs couverts par la PDSA avec le service médical rendu en termes de permanence assurée qu'il pourrait être intéressant d'apprécier l'efficacité du dispositif.

Enfin, si l'on comparait les superficies de la Basse-Normandie et du Poitou-Charentes, l'analogie de l'approche conduirait à 46 secteurs de permanences des soins ambulatoires (PDSA) en Poitou-Charentes, contre 28 en Basse-Normandie, soit 4 secteurs de moins, en cible, que les 51 actuels, ce qui sera prochainement notre situation, compte tenu de l'évolution en cours.

De manière plus générale, s'il est vrai que le nombre de secteurs conditionne le nombre d'effecteurs (un effecteur par secteur, en général) et par là même le nombre de forfaits d'astreinte versés (50 € pour 4 heures), il pourrait être utile, pour compléter l'analyse, de noter que les astreintes d'effectif pèsent pour 40 % dans le coût total de la PDSA hors actes. C'est, en effet, la régulation, pivot du dispositif, qui représente la part majoritaire des dépenses. Rémunérée 70 € de l'heure dans notre région, soit le tarif minimum observable sur le territoire national, elle couvre des plages horaires bien plus étendues que l'effectif libérale.

Cette régulation libérale depuis le centre 15, forfaitisée et découplée du paiement à l'acte, est un moyen efficace pour garantir la pertinence des effectifs. La conséquence est une véritable maîtrise médicalisée des actes en PDSA. Les régulateurs ont, en effet, toute une palette d'actions à leur disposition, parmi lesquelles l'effectif tend à diminuer en fréquence, au profit du conseil médical et de la télé prescription, ce qui est très précisément la situation en Poitou-Charentes.

Et nous avons calculé que la diminution à venir de notre nombre de secteurs n'a pas un impact financier décisif comparable au coût des dispositifs moins régulés puisque chaque secteur supprimé pèse pour moins de 1% dans le coût de la PDSA hors actes.

C'est pourquoi la permanence des soins ambulatoire est appréhendée, en région Poitou-Charentes, en tenant compte de l'ensemble des dispositifs existants tels la permanence des soins en établissements de santé (PDSSES), les urgences ou SOS médecins, dispositifs dont les activités ne sont pas régulées de manière exclusive par le 15. Ainsi, c'est en examinant les coûts globaux (PDSA et PDSSES) per capita que l'évaluation du dispositif s'effectue dans notre dispositif de suivi.

Pour autant, la sectorisation reste un enjeu important, notamment en termes d'attractivité du dispositif de PDSA et d'adhésion des médecins libéraux. En effet, dans les secteurs de petite taille, un trop faible nombre de médecins volontaires et une population couverte peu nombreuse peuvent conduire à une activité quasi-inexistante en PDSA et à des conditions d'exercice qui sont désincitatives pour les professionnels de santé candidats à l'installation.

À ce stade, la région Poitou-Charentes a réalisé des efforts importants pour optimiser le dispositif de PDS. Ainsi, pour la PDSA, la région est passée, avec 51 secteurs, sous l'objectif cible de 56 secteurs qui avait été fixée en 2008 par la Ministre de la santé⁶⁵⁹. Plus encourageant encore, l'optimisation du dispositif de PDSA, par la réduction du nombre de secteurs, se poursuit grâce aux réflexions et actions menées par l'Agence régionale de santé (ARS) et ses partenaires, notamment dans le cadre du comité régional de suivi de la PDSA qui se réunit tous les trimestres.

Toutefois, il importe de souligner que l'exercice de la resectorisation a ses limites. Agrandir le périmètre géographique d'intervention des médecins effecteurs conduit à aménager, au sein du secteur élargi, une maison médicale de garde (MMG) en son point le plus central. À titre d'illustration, la région Poitou-Charentes compte actuellement 12 MMG, bientôt 15. Dans un objectif d'accès de tous à des soins de qualité, l'agrandissement des secteurs ne doit pas engendrer des déplacements trop longs qui réduiraient, de facto, l'accessibilité géographique des patients aux soins proposés dans le cadre de la PDSA.

Pour conclure, je tiens à rappeler que le dispositif de permanence des soins ambulatoires et en établissements de santé est financièrement totalement maîtrisé en Poitou-Charentes, grâce à la concertation engagée et à la qualité de la relation entre l'ARS et les acteurs concernés. Ainsi, la région Poitou-Charentes a pu rester strictement dans l'enveloppe financière

659. Lettre ministérielle du 8 février 2008 relative à la mise en œuvre de l'avenant n° 27 à la convention médicale du 12 janvier 2005.

préétablie, avec un dispositif partagé avec les médecins et adopté à l'unanimité par les instances de démocratie sanitaire lors des consultations obligatoires.

Chapitre XIII

Les dépenses de biologie médicale

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

A titre liminaire et aux fins d'éclairer les observations de la Cour sur les dépenses de biologie médicale, il me semble nécessaire de rappeler que les dépenses du régime général d'assurance maladie au titre des analyses de biologie ont progressé de 20 % entre 2004 et 2012, soit une croissance de 4,6 % en euros constants sur une période de huit ans. Par comparaison, la croissance des dépenses entre 2000 et 2004 s'est élevée à 37 %, soit une progression de 27 % en euros constants. Je regrette que cette division par dix du rythme de la croissance des dépenses de biologie en euros constants ne ressorte pas des analyses de la Cour (6,2 % par an entre 2000 et 2004 ; 0,6 % par an entre 2004 et 2012).

La CNAMTS souhaite par ailleurs apporter les éléments complémentaires ci-dessous.

Sur la nécessité de repenser la politique de réduction des dépenses

Eu égard, d'une part, à l'importance croissante de la biologie médicale dans le diagnostic et le suivi des pathologies, et, d'autre part, au contexte économique de plus en plus contraint, la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses de biologie médicale est indéniable, tant pour assurer la soutenabilité de ces dépenses pour l'assurance maladie que pour garantir l'accès de tous les patients à une biologie médicale de qualité.

Pour poursuivre cet objectif, la CNAMTS partage le constat de la nécessité d'agir non seulement sur la tarification des actes mais aussi sur leur volume. C'est la raison pour laquelle elle a proposé aux représentants de la profession de s'engager dans un accord prix/volumes portant sur une période de trois ans et limitant la progression de la dépense à 0,5 %, évolution nettement inférieure à l'inflation.

1) La tarification des actes

Ainsi qu'il a été souligné précédemment, la politique de baisse de cotation des actes a permis de réaliser des économies substantielles depuis 2007, comprises entre 100 et 150 M€ chaque année conformément aux objectifs de l'ONDAM. La biologie médicale figure ainsi parmi les professions qui ont le plus fortement contribué aux efforts de réduction des dépenses.

La mise en œuvre de ces économies s'est accompagnée d'un reprofilage tarifaire, la tarification passant d'un modèle de rémunération de chaque analyse à un modèle mixte de rémunération, d'une part, de la collecte (phase pré-analytique indépendante du nombre d'analyses réalisées sur le prélèvement) et, d'autre part, des analyses. Ce reprofilage tarifaire, qui permet une meilleure adéquation des tarifs à la structure des coûts, a pour objectif de rapprocher les structures tarifaires de la France de celles des autres pays européens et de diminuer l'impact structurel lié à la multiplication des analyses pour un prélèvement donné.

Cette évolution de la rémunération apparaît cohérente avec l'évolution des coûts de fonctionnement des laboratoires, les coûts liés à la phase analytique diminuant alors que les coûts liés aux activités d'accueil du patient et de prélèvements, non déléguées à des machines, évoluant en fonction des charges de personnels correspondantes. A cet égard, la concentration juridique des laboratoires favorise la mise en commun des plates-formes techniques et l'industrialisation des analyses.

Toutefois, la CNAMTS partage le constat de la Cour sur la nécessité de mieux documenter les évolutions du secteur, afin d'avoir une meilleure visibilité sur les économies d'échelles encore réalisables et sur l'évolution de la rémunération de l'activité de biologie médicale.

C'est pourquoi, la CNAMTS s'est fixé l'objectif de réaliser en 2013 une analyse économique et financière des laboratoires de biologie médicale, à l'instar de ce qui a été fait pour d'autres prestations de santé, et les biologistes ont été sollicités pour y participer.

Par ailleurs, le projet de facturation directe à l'hôpital (FIDES) en cours de développement permettra de connaître le détail des actes de biologie réalisés en consultations externes dans les établissements.

Une baisse unilatérale significative de la valeur de la lettre-clé B, telle que proposée par la Cour, pourrait certes assurer un rendement d'économies immédiat non négligeable. Mais il convient d'en peser les conséquences sur les relations avec la profession qui, comme le souligne la Cour, sont déjà particulièrement tendues, ainsi que sur les personnels employés par les laboratoires.

De plus, sur la faisabilité d'une baisse de la lettre-clé, si la fixation des cotations relève du directeur de l'UNCAM, en revanche les tarifs sont fixés par la voie conventionnelle. Dans l'état actuel de la législation (article L. 162-14-1-2), une baisse de tarif relève de la rédaction d'un avenant à la convention qui doit être signé d'une part par l'UNCAM, et d'autre part par au moins un syndicat de biologistes.

2) La maîtrise du volume des actes

Elle serait rendue plus aisée par la conclusion d'un accord prix/volume. La CNAMTS souhaite développer des actions de maîtrise des

volumes des actes de biologie médicale en 2013 et 2014. Quatre actions d'accompagnement sont actuellement prévues.

Une action sur la juste prescription des « actes d'immunohématologie » (groupes sanguins) est cours de finalisation. Un référentiel proposé par la CNAMTS est d'ores et déjà validé par la HAS et fera l'objet d'une communication prochaine auprès des professionnels de santé et des établissements de santé. Une action relative à l'exploration biologique de la thyroïde est par ailleurs en cours d'élaboration⁶⁶⁰.

Enfin, deux autres actions devraient être développées dans les mois à venir sur la prescription raisonnée des examens explorant le métabolisme du fer et l'utilité clinique du dosage de la vitamine D.

Ce dernier thème - pour lequel la HAS a rédigé des recommandations en cours de validation par le Collège - représente un potentiel d'économies très important puisque le dosage de la vitamine D est toujours en 2012 le 5^{ème} acte en montant remboursable (soit 104 M€ pour le régime général France métropolitaine hors sections locales mutualistes) et celui contribuant le plus à la croissance des dépenses. La CNAMTS a en outre mis en évidence dans son rapport « *Améliorer la qualité du système de soins et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2014* » une fréquence plus élevée du codage des co-morbidités dans le cadre de la T2A, faisant passer les séjours hospitaliers dans des niveaux de sévérité supérieurs. C'est notamment le cas pour la carence en vitamine D. Cet impact de la T2A sur le codage des séjours peut ainsi peser sur les volumes hospitaliers des actes de biologie.

Comme la Cour l'évoque, le volume des actes de biologie est concerné par la mise en place de la ROSP. Les indicateurs de rémunération sur objectifs de santé publique relatifs à la biologie médicale ont consisté dans leur première vague, à des incitations à la prescription (hémoglobine glyquée Hb1c) dans le cadre de la prévention des complications du diabète, un enjeu majeur de santé publique. Mais dans le futur, la mise en place d'indicateurs de juste prescription des actes de biologie médicale apparaît tout à fait adaptée à certains thèmes comme celui de l'exploration biologique de la thyroïde. Ces indicateurs pourront concerner les prescripteurs, mais également les biologistes.

Sur la nécessité de renouveler le cadre des relations conventionnelles avec la profession des biologistes médicaux

Les baisses tarifaires récurrentes de ces dernières années ont indéniablement contribué à tendre les relations avec la profession. En témoignent les boycotts successifs de la commission de hiérarchisation des

660. Un référentiel relatif à la prescription du dosage de la thyroïdostimuline et des hormones thyroïdiennes sera également transmis par la CNAMTS à la HAS, dans le cadre de la procédure prévue à l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale.

actes de biologie médicale (CHAB) par l'ensemble des syndicats de biologistes libéraux. Cette situation bloque de fait les évolutions nécessaires du secteur, telles que - par exemple - la révision de la nomenclature des actes (cf. *infra*).

Dans ce contexte, la dénonciation de la convention dans l'objectif affiché d'aboutir à une baisse du tarif de la lettre-clé B ne correspond pas à une volonté d'aboutir à des accords équilibrés entre les parties, mais au souhait d'imposer unilatéralement des baisses de tarifaires. Il paraît contraire aux recommandations du rapport visant à favoriser la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Sur la révision de la nomenclature des actes de biologie médicale et le fonctionnement de la commission de hiérarchisation des actes de biologie médicale (CHAB)

La Cour souligne à juste titre qu'une révision importante de la nomenclature des actes de biologie médicale est nécessaire et que son actualisation est un processus actuellement beaucoup trop lent. Cette révision est à mettre en œuvre pour permettre à la fois l'inscription d'actes innovants⁶⁶¹ et la radiation d'actes obsolètes. Plusieurs freins existent actuellement pour une actualisation plus rapide : les délais d'évaluation des actes par la Haute Autorité de santé⁶⁶² et le fonctionnement de la commission de hiérarchisation des actes de biologie médicale (CHAB).

La fixation de nouvelles règles de quorum permettant à la CHAR de se réunir, même en l'absence de quorum, à l'issue d'une deuxième convocation comme le propose la Cour implique de modifier le règlement intérieur de la commission, lui-même voté et approuvé en commission.

En conclusion, il semble souhaitable de réinstaurer un dialogue constructif avec la profession tout en garantissant de façon pluriannuelle le respect de l'objectif de dépenses d'assurance-maladie déterminé par le Parlement. Il s'agit de substituer à la logique de décision tarifaire unilatérale un accord liant l'évolution des volumes à la maîtrise tarifaire, dans le respect d'un objectif quantifié de dépenses. Ce faisant, une dynamique vertueuse pourrait être engagée, dans laquelle la maîtrise - par la profession et les prescripteurs - des volumes d'actes réalisés conforterait une évolution raisonnée des dépenses de l'assurance maladie.

661. Le chiffre de 300 nouveaux actes annoncé par le ministère correspond cependant à une prévision « maximale » car le référentiel des actes hors nomenclature comprend de nombreux actes dont le service médical attendu n'est pas démontré.

662. L'article R. 162-52 du code de la sécurité sociale prévoit un délai de réponse de six mois prolongé éventuellement par une seconde période de six mois. En pratique les demandes doivent s'intégrer dans les programmes annuels de travail de la HAS et le délai de réponse est supérieur à un an.

La conclusion de cet accord, toujours en concertation, permettrait de garantir un montant d'économie au moins équivalent à celui des années 2007-2012 et, par conséquent, une évolution maîtrisée des dépenses de biologie pour les années à venir, compatible avec la construction d'ONDAM contraints. A défaut d'accord, la CNAMTS se verrait toutefois dans l'obligation de réviser ses objectifs conventionnels, dans le cadre de l'échéance à venir de la convention en cours.

Chapitre XIV

La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses

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

La CNAMTS partage l'essentiel des constats de la Cour. En outre, elle s'associe en particulier à la nécessité d'agir sur l'ensemble des leviers disponibles afin d'améliorer l'offre en matière de dispositifs médicaux au bénéfice des assurés. Dans ce cadre, la CNAMTS souscrit aux trois propositions de la Cour :

- rendre les contrats responsables plus exigeants et plus sélectifs, notamment en fixant des plafonds aux dépenses prises en charge aussi bien dans le secteur de l'optique correctrice que celui des audioprothèses ;
- encadrer plus strictement les réseaux de soins par un cahier des charges commun à tous, afin de renforcer la maîtrise de la gestion du risque par les assurances maladie complémentaires ;
- encourager de nouveaux modes de distribution pour ouvrir le marché à une concurrence plus efficiente.

Au-delà de ces propositions, la CNAMTS estime qu'il convient d'agir plus largement sur les pratiques du secteur, via :

- l'amélioration de l'information du consommateur sur la décomposition des coûts (ex : traitements appliqués au verre) ;
- le développement d'une offre adaptée aux besoins de la population, en particulier de la partie précaire.

Les dispositions législatives intervenues depuis 2008 permettent aux assureurs complémentaires, représentés par l'UNOCAM, de participer pleinement à cette régulation contractualisée avec les professionnels.

A l'appui de cette position, la CNAMTS étudie d'ores et déjà sur un label qualité concernant l'accès des bénéficiaires de la CMU-C aux équipements d'optique afin de mettre en place un dispositif généralisable sur

tout le territoire national, approuvé par l'ensemble des acteurs et qui faciliterait l'accès aux soins des populations en situation de précarité.

La mise en place de telles mesures nécessite la préservation du cadre d'intervention de l'assurance maladie. Par les engagements conventionnels qu'elle négocie avec les professionnels de santé, y compris en l'occurrence avec les opticiens, l'assurance maladie joue en effet un rôle de régulation reconnu par le législateur (art. L. 165-6 du code de la sécurité sociale). Ce rôle passe notamment par :

- la détermination de critères de bonnes pratiques ;
- la définition d'un environnement sécurisant lors de l'accueil du patient ;
- la valorisation de l'information des patients ;
- la modération des pratiques de prix.

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

S'agissant des propositions de révision des descriptions génériques relatives à l'optique et aux audioprothèses, il est exact que le travail sur ces projets n'a pas encore abouti. Les ressources très limitées du comité économique des produits de santé impliquent en effet d'établir des priorités.

Ainsi les priorités (rappelée dans la lettre d'orientations du 2 avril 2013 adressée au président du comité) ont toujours été données :

- aux inscriptions des produits en nom de marque ou nom commercial, pour lesquelles les textes imposent une instruction dans un délai de 180 jours ;
- aux révisions de descriptions génériques permettant la réalisation d'économies substantielles pour l'assurance maladie ;
- enfin, aux réexamens des tarifs qui peuvent faire l'objet d'une baisse.

La révision des descriptions génériques de l'optique et des audioprothèses ne répond à aucune de ces priorités.

Néanmoins, le comité, qui a accumulé du retard dans le traitement des avis de révision de descriptions génériques de la CEPP ou de la CNEDIMTS, espère désormais pouvoir le réduire de manière très significative avant fin 2014.

*RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR
L'AUTONOMIE (CNSA)*

La CNSA, dans le cadre des travaux de son observatoire du marché des aides techniques, avait contribué aux travaux préparatoires à la sortie de l'arrêté entre les professionnels, les administrations et les associations.

Une étude a été entreprise par l'INC en 2010 et 2011 en partenariat avec la CNSA, à partir d'un examen des devis fournis par des audioprothésistes à leurs clients dans le cadre d'enquêtes mystères. Cette étude a montré de grosses lacunes dans le respect de la réglementation et donc dans l'information délivrée aux consommateurs. L'INC concluait que la faiblesse des sanctions n'encourageait pas les audioprothésistes à se conformer à leurs obligations.

Les résultats de l'étude ont donné lieu à un article du magazine 60 millions de consommateurs en juin 2011.

*RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE
(FNMF)*

Je vous en remercie et constate que l'approche du marché est conforme à l'analyse qu'en fait la Mutualité française. L'expérience que possède la Mutualité française en termes d'offre d'équipements optique par son réseau Les opticiens mutualistes nous permet d'apporter à la Cour des éléments complémentaires.

De même pour le constat sur la répartition actuelle de la prise en charge, l'analyse de la Cour est conforme à celle qu'en fait la Mutualité française.

La Mutualité française partage la conclusion de la Cour concernant la « nécessité de nouveaux modes de régulation ». Les propositions faites vont dans le sens de propositions de la FNMF : transparence et encadrement des pratiques notamment à travers une gestion du risque par l'assurance maladie complémentaire (AMC). (...)

La Cour propose dans son projet des recommandations qui appellent de notre part plusieurs observations.

Rendre les contrats responsables plus exigeants et sélectifs est une recommandation partagée par la Mutualité française. Dans cet objectif, elle a élaboré des orientations pour mettre en place des mesures sur l'optique qui privilégient le respect d'un plafond de prise en charge et le respect d'un minima dans les cas où le contrat prévoit des suppléments en optique (l'orientation ne vise donc pas à imposer ce poste de prise en charge pour ne pas alourdir systématiquement le coût du contrat responsable).

(...)

La recommandation d'ouvrir l'accès aux données pour les OCAM sur les domaines étudiés est particulièrement opportune. La Mutualité française soutient l'exigence de visibilité sur les pratiques tarifaires à travers le SNIIR-AM, condition de l'efficacité de la gestion du risque. Il conviendrait notamment que le datamart sur la LPP en cours de construction soit ouvert à tous les financeurs. Il en va de même pour le DCIR (datamart comprenant

des données exhaustives anonymisées, présentant un appariement avec les données hospitalières PMSI).

Encourager de nouveaux modes de distribution (internet ou grande surface) est une proposition intéressante qui mérite cependant d'être modulée : (...)

Concernant la vente de verres correcteurs en grande surface, elle est envisageable en optique sous réserve de la présence d'un nombre d'opticiens suffisant pour garantir cette même prestation. (...)

Enfin, l'hypothèse de la fin de la prise en charge de l'optique par l'assurance maladie obligatoire compte tenu de son niveau devenu très faible, supposerait à tout le moins une anticipation et une pesée de toutes les conséquences emportées.

*RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS
D'ASSURANCE (FFSA)*

Ce chapitre du rapport annuel de la Cour des comptes sur la sécurité sociale effectue une analyse fine de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires de l'optique et des audioprothèses.

La FFSA estime cependant que cette analyse concernant l'intervention des organismes complémentaires et les propositions formulées, est effectuée en utilisant une grille de lecture très « système public » qui mériterait pour le moins d'être discutée.

La FFSA souhaite formuler les observations suivantes :

Les garanties contractuelles

(...)

Au-delà du socle de base offrant à tous les Français une couverture sociale basée sur un principe de solidarité, il faudrait selon la Cour un second étage construit sur des bases semblables. On pourrait ajouter : « à condition d'éviter les déficits ». C'est important à la lumière de ce que l'on constate depuis 1989 pour l'assurance maladie obligatoire et des évolutions qui restent à conduire en matière d'assurance vieillesse de base et complémentaire.

Le postulat de la Cour est qu'il faut, en particulier dans le domaine de l'optique et des audioprothèses, que tous les Français aient une couverture complémentaire minimale et que l'on n'autorise pas certains, sauf à les pénaliser fiscalement, à avoir la couverture élevée qu'ils souhaitent, quand bien même les cotisations qu'ils payent alimentent, via une taxe au taux de 6,27 %, le fonds CMU qui contribue à la couverture complémentaire des plus démunis.

Dans ce contexte, la Cour souligne que l'on pourrait envisager « la fin de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de l'optique correctrice au bénéfice d'autres priorités de santé publique et notamment les audioprothèses ».

Si l'assurance maladie obligatoire n'était pas déficitaire la Cour ferait-elle le même raisonnement ? Ne faudrait-il pas plutôt se préoccuper de définir le champ de ce qui relève de la solidarité nationale et de ce qui relève de la responsabilité individuelle, les plus démunis devant bénéficier de dispositifs du type CMUC et ACS ?

C'est, du point de vue de la FFSA, la seule approche possible, un système assurantiel n'ayant pas vocation à jouer, en matière de solidarité, le même rôle qu'un système public.

En d'autres termes, il faut éviter de tendre vers la confusion de la base et de la complémentaire et accroître la couverture de base (en particulier en matière d'optique) si on estime que c'est nécessaire et que la solidarité nationale doit jouer.

Faute de le décider, il convient d'avoir une approche avant tout basée sur une plus grande efficacité des organismes complémentaires dont les contrats sont déjà très encadrés (garanties viagères immédiates pour les contrats individuels, pas de tarification tenant compte de la consommation individuelle de soins ou de produits, pas de sélection médicale, respect d'obligations et d'interdictions de prise en charge).

En d'autres termes, ce qui est important ce n'est pas le niveau de la couverture, qui peut générer des effets pervers, comme la Cour d'ailleurs le souligne, les professionnels alignant le prix de leurs prestations sur celle-ci, mais la capacité de l'organisme complémentaire à améliorer le rapport qualité/prix de ses garanties, en limitant le reste à charge de l'assuré.

Plutôt que de freiner les organismes complémentaires dans la mise en place de réseaux de soins ou dans l'accès à certaines données indispensables pour pouvoir proposer une offre d'assurance plus proche des besoins et réguler la dépense, les pouvoirs publics feraient bien de favoriser ces démarches. La Cour d'ailleurs abonde dans ce sens.

(...)

L'accès aux données

Il faut noter que ces obligations et interdictions ont pour objectif essentiel d'inciter l'assuré à respecter le parcours de soins en passant par le médecin-traitant et non pas à fixer un niveau de couverture).

Pour la FFSA la question n'est pas tant celle de l'accès aux données anonymisées de l'assurance maladie que celle de l'accès aux données détaillées des soins dispensés aux assurés dans certains domaines, dont celui de l'optique avec le niveau de correction des verres, par la voie du

consentement exprès de l'assuré ou celle de l'anonymisation, avec l'utilisation d'un tiers de confiance.

L'accès aux données du SNIIRAM, dans le respect du cadre défini au sein de l'Institut des Données de Santé (IDS), est cependant indispensable.

QUATRIÈME PARTIE – LA SOUTENABILITÉ DE CERTAINES RÉFORMES DE RETRAITE

Chapitre XV Les retraites des exploitants agricoles

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

(...)

La MSA, la DGFIP et le ministère de l'agriculture ont engagé un chantier relatif à la dématérialisation des échanges concernant le parcellaire et les bénéficiaires agricoles forfaitaires (BAF) qui permettra de procéder au pré remplissage des déclarations de revenus professionnels des cotisants concernés et in fine de diminuer le coût de gestion lié à ce forfait.

Tout en maintenant le principe d'une procédure déclarative effectuée par les non-salariés agricoles relevant du forfait, la MSA a engagé en lien avec la direction générale des finances publiques (DGFIP) et le ministère de l'agriculture (MAAF) un chantier sur la mise en place d'échanges dématérialisés liés au parcellaire et aux (BAF) entre les caisses de MSA et les Directions départementales des finances publiques (DDFIP).

Ces transmissions dématérialisées ont pour finalité de permettre le pré remplissage des déclarations de revenus professionnels pour y renseigner le montant des BAF. Ce projet s'est appuyé sur une expérimentation menée dans le département des Charentes.

Suite au bilan globalement satisfaisant de cette expérimentation, le MAAF, la DGFIP et la MSA ont acté ensemble le principe d'une généralisation à l'ensemble du territoire des échanges dématérialisés (parcellaire et BAF) qui entrerait en vigueur en 2014.

(...)

Chaque année, la CCMSA établit un bilan du contrôle externe sur la base d'éléments produits par chaque MSA. Ce bilan fait apparaître les résultats des contrôles de toute nature et notamment des contrôles d'assiette.

Sont ainsi produits pour chacune des caisses de MSA : le nombre de contrôles, le nombre de redressements en distinguant selon les différents profils d'assiette : employeurs, entreprises individuelles, revenus professionnels des non-salariés.

Concernant les instructions données aux caisses de MSA, une lettre CCMSA avait, en 2007, diffusé au réseau des instructions relatives aux priorités en matière de contrôle externe applicables sur l'ensemble de la période de la COG 2006-2010. Les instructions ainsi diffusées visaient à répondre aux orientations prioritaires portées par les pouvoirs publics (lutte contre l'évasion sociale, la fraude et le travail illégal). Elles visaient également à répondre aux priorités d'équité dans l'accès aux droits et d'homogénéité d'action sur l'ensemble du territoire.

Pour la COG 2011-2015, en complément du pilotage des engagements pris, la CCMSA a revu son organisation en créant une direction de l'audit et de la maîtrise des risques pour notamment renforcer la synergie entre contrôle externe, lutte contre la fraude et le travail illégal. Dans ce cadre, un bilan est réalisé en 2013 en vue d'enrichir et préciser les instructions données aux caisses afin de mieux servir la politique institutionnelle de contrôle.

(...)

*RÉPONSE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (MSA)
DU LANGUEDOC*

(...)

La MSA du Languedoc tient toutefois à préciser que son plan de contrôle vise l'assiette des cotisations sociales des exploitants agricoles y compris pour ceux imposés fiscalement au forfait. Elle s'attache outre les critères définis au niveau national, à quantifier et définir des ciblage perfectibles (gérants de société de prestation de service sans comptabilité ou gérant de société ...).

En 2014, La MSA du Languedoc s'attachera à mesurer les effets de la coordination qu'elle a mis en place avec les DGFIP de l'Hérault et du Gard pour disposer des situations fiscales ayant fait l'objet d'un redressement, des situations ayant des bénéfices agricoles forfaitaires et déclarant des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) et bénéfices non commerciaux (BNC), ces derniers non connus de notre organisme, ou des situations fiscales ayant enregistré un recalcul du forfait.

Chapitre XVI

Les retraites des professions libérales

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

La Cour constate dans ce rapport que l'organisation des retraites des professions de santé libérales a su prendre des mesures pour trouver le financement nécessaire et estime que le pilotage commun des régimes de prestations complémentaires vieillesse a été renforcé depuis 2006. La CNAMTS partage cette analyse et rappelle que cette coordination entre le ministère de la santé et l'assurance maladie a été assurée pour l'ensemble des réformes engagées depuis 2007 et a permis d'adapter très substantiellement les rendements historiquement élevés des régimes ASV.

Pour autant le rapport juge que la pérennité des régimes n'est pas assurée et que la prise en charge des cotisations sociales n'est pas soutenable pour l'assurance maladie.

(...)

Il convient de rappeler que la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé conventionnés est la contrepartie de leur engagement à respecter les tarifs opposables, gage d'une garantie de l'accès aux soins de tous les assurés sociaux. Ainsi dans le cadre du contrat d'accès aux soins la prise en charge des cotisations n'intervient que sur la part d'activité réalisée à tarif strictement opposable.

A cet égard, la proposition de la Cour consistant à gager une augmentation éventuelle de la contribution de l'assurance maladie aux régimes de prestations complémentaires vieillesse par une diminution équivalente de prise en charge de cotisations maladie ou famille pour les mêmes professions remettrait en cause les équilibres conventionnels négociés avec les professionnels de santé lors de la convention médicale et de ses avenants.

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES PROFESSIONS LIBÉRALES (CNAVPL)

L'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales qui regroupe les régimes d'assurance vieillesse des libéraux a su s'adapter par le passé aux contraintes économiques et sociales. C'est avec un certain courage que la plupart de ses régimes ont su ne pas s'aligner sur la retraite à 60 ans au début des années 80 et s'engager, à la même période, dans une politique volontariste de baisse des rendements et de constitution de réserves pour lisser les divers chocs démographiques.

(...)

La gouvernance de l'organisation a su se montrer efficace, aujourd'hui la situation de ses régimes paraît particulièrement clémente par rapport aux autres régimes.

(...)

Le rapport de la Cour laisse à penser que ce mode de gouvernance est à réformer pour faire face aux défis de l'avenir. Le modèle de gestion autonome défendu par le conseil d'administration de la CNAVPL est un modèle qui met en responsabilité les équipes de gestion de chaque section professionnelle. L'objectif de la CNAVPL est de renforcer les échanges avec les sections ainsi qu'avec l'Etat.

(...)

Pour le régime de base, les efforts de financement pour passer le cap des vingt prochaines années restent mesurés, puisqu'ils ne devraient pas dépasser 200 M€. Ils sont en partie indépendants du pilotage prudent du régime car ils résultent notamment de l'augmentation des charges de solidarité avec les autres régimes qui prennent aujourd'hui une importance accrue. Le conseil d'administration de la CNAVPL s'est positionné pour une réforme qui relève le plafond de la première tranche de cotisation de 85 % du PASS à 100 % du PASS, comme le préconise la Cour.

La Cour note que le régime de base des professions libérales ne peut être piloté comme un véritable régime de retraite en points en raison des mesures d'alignement prises en 2003 (notamment, l'introduction dans le calcul de la pension d'une durée d'assurance qui comprend de nombreux éléments de solidarité).

Dans l'état actuel des choses, les seuls leviers qui peuvent être actionnés sont le nombre maximum de points attribués sur chacune des deux tranches de revenus (effet à long terme sur la situation financière du régime) et les taux de cotisation (effet immédiat et durable sur la situation financière du régime en raison d'un mode d'acquisition des droits spécifiques). Ainsi, pour couvrir un besoin de financement à court terme, le seul levier disponible est la hausse des cotisations. Des réflexions sont menées pour élargir le pilotage du régime dans le respect des choix de l'organisation tout en améliorant l'articulation entre le régime de base et les régimes complémentaires. Pour l'avenir, la question de la prise en compte de la durée d'assurance devra être étudiée afin notamment d'améliorer l'articulation entre le régime de base et les régimes.

Cette articulation doit également être étudiée au regard des taux de remplacement. La proposition de la Cour visant à augmenter fortement les taux de cotisation du régime de base au motif que les taux de remplacement sont trop faibles ne semble pas fondée. En effet, les sections pour lesquelles le taux de remplacement est faible sont celles dans lesquelles beaucoup de

professionnels sont poly-actifs et acquièrent donc des droits à retraite dans d'autres régimes. Un relèvement important des droits dans le régime de base concernerait l'ensemble des groupes professionnels, y compris ceux pour lesquels le taux de remplacement est satisfaisant, et mettrait en péril l'articulation solide qui existe entre le régime de base et les régimes complémentaires, particulièrement à la CARMF.

Les régimes complémentaires devront pour certains d'entre eux ajuster leurs paramètres pour équilibrer durablement leur régime, à l'horizon 2040 pour ceux qui arrivent aujourd'hui à maturité, et s'assurer qu'ils ne s'inscrivent pas dans une création d'engagements difficilement gérables au-delà de 2040 pour les régimes plus « jeunes ». Le pilotage à long terme des régimes est efficace à l'échelle de chaque groupe professionnel qui a su s'adapter à ses propres contraintes. Cette démarche, la seule crédible et envisageable a été faite sur la base d'une solidarité professionnelle au sein de leur propre régime de retraite, aucun n'envisage de « saborder » ce modèle au profit d'un modèle de mutualisation qui constituerait alors une spoliation des professions les plus prévoyantes au bénéfice de celles qui n'auraient pas effectué les ajustements techniques nécessaires.

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

Comme le note la Cour, le régime bénéficie encore d'un taux de rendement élevé. Il faut noter que celui-ci diminue de façon substantielle chaque année depuis le milieu des années 90. Le passage à un taux de rendement à 7,9 % en 2013 a permis d'augmenter la durée de viabilité du régime. Avec un taux de rendement net des placements financiers de 2 % par an, la période des déficits techniques commencerait à l'horizon 2028 et l'extinction des réserves pourrait intervenir à l'horizon 2051. Un rendement cible de 7 % en 2020 reculerait cette échéance à 2056.

Les engagements de la caisse au 31 décembre 2011 étaient de 8,6 Md€ (calcul en groupe fermé, avec un taux d'actualisation de 2 %). Les réserves constituées à la même date, environ 2 Md€, représentaient 23 % des engagements du régime. La question du pilotage du régime porte aujourd'hui sur la capacité du régime à faire face à ses engagements au-delà de 2040.

(...)

Elle ne conçoit pas, comme le préconise la Cour, une mutualisation des réserves avec les autres régimes complémentaires de libéraux, encore moins avec l'ensemble des régimes complémentaires, ce qui n'est pas proposé par la Cour, mais qui serait plus juste sur le plan plus théorique. Les réserves accumulées sur la période 2020-2040 permettront d'assurer des conditions de départ à la retraite sur la période 2040-2060 dans des conditions pas très éloignées de celles que connaîtront les libéraux de la CIPAV dans les 20 prochaines années. Elles doivent aussi permettre de faire

face aux modifications règlementaires qui viendront modifier l'économie de nos professions, et donc de notre régime, dans les prochaines années.

Sur ce point, la CIPAV a su par le passé s'adapter à l'arrivée de nouvelles professions, parfois contre son gré, comme ce fut le cas des moniteurs de ski, et a su intégrer de nouvelles caisses comme la CARGE (géomètres experts) et la CREA (enseignement artistique). Elle est aujourd'hui prête à discuter les conditions d'une intégration de caisses en difficulté démographique, dès lors que les conditions de neutralité actuarielles sont respectées.

*RÉPONSE DE LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MÉDECINS
DE FRANCE (CARMF)*

Les régimes de retraite complémentaires des professions libérales ont été depuis l'origine établis sur une base professionnelle et gérés par des professionnels.

Ces derniers ont jusqu'à présent la preuve de leur responsabilité avec des excédents techniques importants et des réserves conséquentes. Les régimes complémentaires des professions libérables sont parmi les rares régimes de retraite français qui sont aujourd'hui en excédent technique.

Les paramètres de chaque régime sont fixés pour atteindre l'équilibre à long terme, nonobstant des mesures d'ajustement. Pour la CARMF, avec une évolution modérée de trois paramètres (taux de cotisation, valeur du point de retraite, âge de la retraite), les réserves restent constamment positives jusqu'en 2040 et au-delà.

L'introduction d'une « solidarité » entre sections remettrait en cause le principe de responsabilité qui a prévalu jusqu'à présent. Ceux qui ont fait davantage d'efforts que d'autres seraient pénalisés et plus aucun régime ne serait incité à poursuivre ses efforts.

Par ailleurs, le plafonnement de la participation financière de l'assurance maladie au financement des prestations complémentaires de vieillesse ne ferait que renforcer les difficultés de ces régimes, en nécessitant des hausses supplémentaires de cotisations pour les médecins du secteur 1, alors que la Cour préconise de rechercher « d'autres leviers » que les hausses de cotisation pour équilibrer les régimes. Ces « autres leviers » ne pourraient porter que sur une baisse supplémentaire des prestations déjà fortement réduites par les décrets actuels.

Le pilotage des PCV « comme des régimes de retraite » souhaité par la Cour suppose au contraire que soient bien distinguées, d'une part la fixation des paramètres des régimes en vue de leur équilibre, qui relève en dernier ressort de l'Etat, et d'autre part la participation des caisses maladie au financement, qui relève des négociations conventionnelles.

*RÉPONSE DE LA CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES
PHARMACIENS (CAVP)*

Avant d'entrer dans le détail des remarques de la CAVP nous souhaitons faire état d'appréciations générales sur ce projet de rapport.

Nous ne contestons pas les problèmes de financement que pourraient rencontrer, à terme, et sous réserve des ajustements paramétriques qui pourraient être entrepris par les sections professionnelles concernées, certains régimes de l'OAAVPL. Il nous semble néanmoins important de relativiser le diagnostic de la Cour sur les perspectives financières de ces régimes en n'oubliant pas de rappeler que les principaux régimes de retraite Français sont confrontés à des difficultés tellement plus importantes.

De plus, il conviendrait de rappeler que les régimes des libéraux (à l'exception des régimes PCV pour lesquelles il ne s'agit que de compensation par l'Etat d'efforts demandés aux professions concernées) ne bénéficient d'aucune autre ressource que le produit des cotisations de leurs propres affiliés et qu'ils contribuent massivement au financement de la compensation démographique nationale, phénomène aggravé depuis la création du régime de l'auto entrepreneur qui a généré une forte progression du nombre de « cotisants » inscrits à la CIPAV et participant à la compensation.

De la même manière, les caisses de retraite des professions libérales n'ont jamais transféré de passif à l'Etat ou à une quelconque structure publique destinée à l'amortissement de la dette sociale.

Le jugement porté par la Cour sur la stratégie de constitution de réserves par la diminution progressive du rendement est négatif alors que cette politique a permis d'améliorer considérablement les perspectives financières des différents régimes complémentaires. Les choix opérés par les sections professionnelles ont été courageux et ne peuvent en aucun cas être considérés comme une solution de facilité qu'il serait aisé de mettre en œuvre. C'est au demeurant parce que ces régimes sont adaptés aux spécificités de chaque métier et qu'ils sont gérés par des institutions dotées d'une véritable légitimité professionnelle que ces ajustements parfois terriblement exigeants (multiplication par 4 de cotisations, division par deux de retraites liquidées) ont pu être appliqués sans provoquer de contestation majeure de la part de leurs affiliés. Notre pays a connu des manifestations de rue pour des mesures incontestablement moins pénalisantes...

Enfin, si la perspective de mutualiser les ressources des différents régimes peut sembler séduisante au regard des problèmes démographiques posés à certaines professions, il ne faudrait pas sous-estimer la légitime réaction de rejet que susciterait chez l'immense majorité des 800 000 libéraux, la mise en place de mécanismes par lesquelles certaines professions viendraient directement en aide à d'autres caisses jugées moins prévoyantes.

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

Les perspectives financières de notre régime, seront un déficit technique de 100 M€ par an, dès 2040 et croissant jusqu'en 2050 avant stabilisation, à réglementation constante. Cependant, les réserves accumulées par le régime devraient lui permettre d'assurer le paiement des prestations bien au-delà de 2060.

Concernant l'ASV, nous tenons à rappeler que celui-ci a été créé il y a cinquante ans pour inciter les professionnels de santé à se conventionner et à respecter les tarifs fixés par l'État. En contrepartie de cet engagement, l'assurance maladie intervient partiellement dans le financement de cet avantage, la participation versée pour les auxiliaires médicaux étant très modeste au regard de celle dont bénéficient les médecins et les chirurgiens-dentistes.

Pour les auxiliaires médicaux, dont les tarifs n'ont pas été revalorisés depuis plusieurs années, l'ASV représente un revenu différé destiné à compenser les contraintes qui leur sont imposées dans le cadre de leur exercice conventionnel. Ils considèrent de ce fait que cet avantage, compte tenu de ses spécificités, ne peut pas être piloté comme un régime de retraite.

*RÉPONSE DE LA CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES OFFICIERS
MINISTÉRIELS, DES OFFICIERS PUBLICS ET DES COMPAGNIES
JUDICIAIRES (CAVOM)*

La première revendication des professionnels libéraux, et donc de la CAVOM, est de conserver l'autonomie de gestion et de pilotage de leurs régimes de retraite, dont la complexité et la diversité reflètent celles de leurs professions et de leurs besoins.

Nous partageons la volonté de la Cour de pérenniser notre caisse mais nos actes antérieurs démontrent notre volonté et notre capacité à atteindre ce même but de manière autonome.

L'architecture actuelle de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales est le reflet de l'histoire et d'options collectives exprimant le choix d'un régime de base assurant un premier filet de sécurité complété par des régimes complémentaires pilotés et gérés en fonction des attentes de chaque groupe professionnel.

Les modifications des règles des régimes ne peuvent être effectives sans l'accord de la tutelle (publication de décrets ou arrêtés). Elle dispose ainsi de tous les moyens qui lui sont nécessaires pour exercer son rôle de

pilotage, sans pour autant que cela se traduise par une perte d'autonomie de l'organisation, ce qu'elle ne pourrait accepter.

Nous assumons notre responsabilité dans la pérennisation du régime de retraite complémentaire et aspirons à la conserver.

Dans ce cadre, je me permets de vous rappeler que je revendique, au nom de l'ensemble du conseil d'administration et des professionnels que nous représentons, la liberté de choix qui est la nôtre et que nous refusons toute mutualisation forcée de nos réserves.

*RÉPONSE DE LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITES ET DE
PRÉVOYANCE DES VÉTÉRINAIRES (CARPV)*

Sur le pilotage du régime

Les administrateurs de la caisse, élus par leurs pairs, ont su prendre dans les années 90, les décisions courageuses en vue de conforter le régime complémentaire des vétérinaires, d'assurer son autonomie et sa longévité pour les générations futures.

(...)

Les vétérinaires libéraux forment une profession homogène dont les évolutions démographiques sont faciles à appréhender et sont relativement fiables.

La CARPV s'appuie pour le pilotage de son régime complémentaire sur la connaissance d'un environnement professionnel, sur des études et des expertises, notamment en matière financière et actuarielle, de façon à faire évoluer les différents leviers de la retraite, paramètres d'âge, valeur d'achat et de service du point.

Différentes hypothèses démographiques sont étudiées et ajustées en continu, permettant ainsi un pilotage fin du régime.

Après la réforme de 1997 qui a ramené le rendement technique de 16,12 % à 12,49 %, le conseil d'administration a poursuivi une politique équilibrée de faible revalorisation du prix de service du point et de hausse régulière du prix d'achat du point pour parvenir en 2013 à un rendement de 8,08 %.

La Cour considère de façon générale que le levier de la baisse du rendement du point a été « abondamment actionné » par les régimes de retraite complémentaire des professions libérales comme outil de rééquilibrage et doit être limité à l'avenir.

Concernant la CARPV, si cette politique a pu paraître offensive et douloureuse sur certaines périodes, notamment lors de la réforme de 1997, ou lors de revalorisations négatives du prix de service du point, le rendement du point reste encore suffisamment haut pour laisser au conseil d'administration

les marges de manœuvres nécessaires au pilotage du régime, d'autant que la CARPV utilise ce levier en ayant le souci de la meilleure répartition de l'effort entre cotisants et allocataires et de l'équité intergénérationnelle.

Les nombreux scénarios alternatifs étudiés par l'actuaire aident à la décision dans ce sens.

Sur la mutualisation des réserves

Les derniers scénarii du régime complémentaire, réalisés en 2013, démontrent que la CARPV pourra atteindre l'objectif qu'elle s'est fixée, à savoir son équilibre financier à l'horizon 2050.

(...)

La Cour se base sur les projections du COR pour analyser les besoins de financement des régimes d'ici à 2040.

Les scénarii du COR ont été réalisés dans un cadre de projections identiques pour tous les régimes complémentaires et s'inscrivent dans une définition d'un besoin global de financement au niveau de la Nation.

Adaptés pour des visées globales, ils ne sont pas pertinents dans le cadre du pilotage d'un régime qui évolue chaque année.

Tout en admettant le caractère théorique et macro-économique de ces projections, qui agrègent les soldes des régimes, la Cour n'envisage toutefois qu'une approche en termes d'équilibre global pour proposer la seule solution de mutualisation des réserves.

Elle ne tient pas compte de la forte tradition d'autonomie des régimes, qu'elle reconnaît pourtant, ni des choix historiques et des attentes de chaque catégorie professionnelle.

(...)

La Cour doit prendre en compte les efforts de redressement réalisés par les affiliés de chaque régime, des efforts qui ont été expliqués et acceptés parce qu'ils permettaient de préserver leur retraite. Il n'en serait pas de même s'il s'agissait de faire les mêmes efforts dans le cadre d'une mutualisation.

Aussi un scénario théorique de mutualisation des réserves, à partir de projections de déficits cumulés et agrégés, n'est pas concevable pour des professionnels libéraux attachés à l'autonomie de leur régime et qui les pilote de façon responsable depuis leur création.

Concernant plus particulièrement les vétérinaires, les conclusions de la Cour sur l'agrégation des réserves des sections professionnelles, ne pourront qu'inquiéter dans leur finalité, alors que dans le même temps des projections fines et réalistes à long terme du régime complémentaire de la CARPV mettent en évidence sa pérennité.

*RÉPONSE DE LA CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES EXPERTS
COMPTABLES ET DES COMMISSAIRES AUX COMPTES (CAVEC)*

La Cour mentionne la difficulté contributive au régime complémentaire de par les besoins de financement au régime de base. En réalité, le régime de base serait équilibré si la décision de l'Etat de faire supporter par les régimes de retraite, au travers de la compensation démographique généralisée, des phénomènes globaux d'évolutions de la société et non spécifiquement liés stricto sensu aux régimes de retraite. Ce déséquilibre est particulièrement mal vécu car cette compensation bénéficie à certains régimes qui n'ont pas eu la sagesse d'être gérés comme ceux des professionnels libéraux. A cet effet, le récent rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale est parfaitement édifiant quant aux financements croisés et à l'opacité des ressources de certains régimes de retraites.

De manière générale, nous pouvons constater, dans les propos de la Cour, qu'il est fait état d'un ratio démographique très favorable des professions libérales et un passé qui a permis de trouver « les ressources nécessaires au financement des retraites dans le cadre de solidarités professionnelles sectorielles et étroites ».

(...)

Plus largement, le principe de la COG est globalement rejeté par les administrateurs :

- ces derniers estiment que contrairement à certains régimes, il n'est pas nécessaire que l'Etat soit en position d'arbitre dans la mesure où il n'y a pas de gestion paritaire de nos régimes ;
- nos sections mettent en place des batteries d'indicateurs de contrôle interne et externe qui, de ce fait dans cette culture de l'autogestion et de la responsabilité, n'appellent pas la nécessité d'une telle démarche de « contractualisation » avec l'Etat.

Enfin la logique de regroupement et de fusion prônée n'a pas démontré d'intérêt ou de résultat managérial.

Nous considérons que l'acceptation des réformes nécessaires à tout régime social est mieux perçue quand elle s'exerce dans un cadre approprié à la culture de ses ressortissants.

CINQUIÈME PARTIE – LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE DÉLÉGUÉE À DES TIERS

Chapitre XVII La gestion de l'assurance maladie obligatoire des agents publics par les mutuelles

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

La CNAMTS prend acte des conclusions de la Cour sur la nécessité d'actualiser les modalités et les bases de calcul des remises de gestion. Sans remettre en cause les constats de la Cour, elle rappelle toutefois par ailleurs, l'attachement de ces mutuelles à la gestion de l'assurance maladie obligatoire.

Par ailleurs, il me semble important de vous faire part des observations suivantes :

- S'agissant de la qualité de gestion du régime obligatoire par ces mutuelles, la CNAMTS souligne les efforts d'appropriation des objectifs de performance et de maîtrise des coûts de gestion de l'assurance maladie réalisés par ces mutuelles ; la MCV PAP constitue à cet égard une exception relevée également par la Cour.
- Au-delà de ces efforts d'appropriation, l'exercice de négociation et de suivi d'objectifs de qualité de service se heurte effectivement à l'hétérogénéité des mutuelles elles-mêmes et à leur capacité à restituer ou non des données comparables à celles des CPAM. Les plans de maîtrise socle constituant un référentiel partagé, la mesure de leur respect a progressivement remplacé un système purement déclaratif de performance de gestion.

Les contrats pluriannuels de gestion des mutuelles de fonctionnaires prévoient des objectifs moins nombreux que ceux des CPAM, le champ d'activité des mutuelles étant plus restreint que celui des organismes d'assurance maladie. Ils comportent toutefois des engagements spécifiques à la nature de leur articulation avec le régime général notamment sur la qualité des informations statistiques et comptables transmises (qualité des sous-produits de liquidation, pourcentage de régularisations).

- Sur le niveau d'ambition de certains indicateurs, la CNAMTS rappelle que l'obtention des majorations maximales de quelques indicateurs est conditionnée à la réalisation par les mutuelles d'une

performance au moins supérieure de 5% à celle atteinte par la moyenne des CPAM.

(...)

- Sur la gestion des pièces justificatives, la Cour relève les difficultés des mutuelles à obtenir les prescriptions concernant leurs assurés. Pour les prescriptions de médicaments et d'analyses de biologie, un dispositif de scannérisation des prescriptions et d'envoi totalement dématérialisée est en cours de déploiement.

Ce dispositif permettra aux mutuelles d'accéder automatiquement aux pièces justificatives les concernant. Un développement informatique particulier sera toutefois nécessaire pour les mutuelles n'ayant pas choisi le système d'information de la CNAMTS.

- La CNAMTS intégrera les contrôles de PJ souhaités par la Cour dans le prochain contrat pluriannuel avec les mutuelles.

*RÉPONSE DE LA FÉDÉRATION DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE
(FNMF)*

La Fédération nationale de la Mutualité française a pris connaissance de ce projet d'insertion et souhaite vous faire part de ses observations (...)

Sur les constats, plusieurs affirmations doivent être sérieusement nuancées

Ainsi, la qualité de gestion que la Cour estime insuffisante a été mesurée, et ses résultats ont été reconnus, pour la plupart des mutuelles, comme conformes voire supérieurs aux objectifs qui leur sont assignés dans le cadre des contrats pluriannuels de gestion entre l'assurance maladie obligatoire et les mutuelles.

La démarche de contrôle interne est jugée « inaboutie » avec « des exigences non satisfaites », alors même que les résultats objectifs de la plupart des mutuelles en la matière montrent que les obligations sont respectées et s'inscrivent en outre dans une démarche de progrès substantiel depuis le démarrage de la certification des comptes de la branche maladie du régime général.

La Cour passe également sous silence une partie des réformes engagées par les mutuelles pour rendre plus efficiente leur gestion et optimiser son coût. Ainsi, des démarches de rationalisation des réseaux ont été engagées par la quasi-totalité des mutuelles ; elles sont très rapidement évoquées par la Cour.

La mutualisation des systèmes d'information est un chantier avancé pour les mutuelles, un même système est partagé par le plus grand nombre, et ces évolutions s'effectuent en lien avec l'assurance maladie obligatoire. Les évolutions en matière de gestion, notamment de systèmes

d'information, déjà en place (infogérance) ou en projet sont présentées comme n'apportant pas satisfaction, sans que cette appréciation soit clairement documentée par une analyse fine et comparée au système existant de l'assurance maladie obligatoire.

Les mutuelles sont conscientes que la rémunération de leur gestion doit être établie en cohérence avec les critères établis pour les caisses d'assurance maladie, et bien évidemment à périmètre comparable tant les missions des caisses primaires et celles des mutuelles gestionnaires du régime comparable ne sont pas identiques.

Cela exige des référentiels partagés, comparables, définis de manière objective et auditable, exigences qu'on ne retrouve cependant pas dans l'analyse de la Cour.

Sur les propositions de la Cour

La Cour recommande de « reconsidérer le maintien de la gestion déléguée à des mutuelles de l'assurance maladie des agents publics ». Une telle recommandation, dont les conséquences devraient être complètement analysées et mesurées, ne peut être avancée sans être appuyée sur une enquête exhaustive, une procédure claire et des constats solidement étayés.

La Cour recommande de mettre en concurrence les mutuelles et les caisses primaires d'assurance maladie en laissant aux fonctionnaires d'Etat l'option de leur structure de rattachement. La FNMF s'interroge sur la légitimité de la Cour à prôner ainsi un système ouvertement concurrentiel, sans précédent dans notre organisation de sécurité sociale, et qui partout où il a été mis en œuvre a fait la preuve de son inefficience.

La Cour recommande un alignement des remises de gestion versées aux mutuelles sur les coûts de revient des caisses d'assurance maladie « en confiant à une commission indépendante la détermination du niveau de réalisation et celui du coût du bénéficiaire actif ». Cette recommandation a le mérite de reconnaître que le niveau des remises de gestion, décidé par l'assurance maladie avec l'accord de ses autorités de tutelle, n'est pas aujourd'hui fixé à partir de critères objectifs et indiscutables.

La Cour insiste, à juste titre, sur les exigences d'efficience qui doivent animer les mutuelles dans leur responsabilité d'acteurs de la protection sociale des agents publics. A ce titre, les démarches d'efficience et de rationalisation, résolument engagées par les mutuelles depuis plusieurs années, et qui connaissent aujourd'hui une accélération décisive avec la prochaine mise en place d'une union de gestion du régime obligatoire commune aux mutuelles des trois fonctions publiques, auraient mérité d'être abordées de manière un peu moins discrète par la Cour.

RÉPONSE DE LA MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL (MNH)

Les conclusions de l'enquête indiquent les efforts attendus des mutuelles pour améliorer la qualité de service rendue, la productivité et la maîtrise des coûts de gestion.

Depuis avril 2012, la MNH a fait le choix d'utiliser le système d'information de la CNAMTS au travers du dispositif d'infogérance.

Cette mise en œuvre technique s'est accompagnée d'une réorganisation des activités de gestion. Il s'agissait là, d'une première étape laquelle, comme indiquée à la Cour des comptes, est suivie d'une seconde phase d'optimisation de nos processus : étude en cours pour un déploiement prévu en 2014.

La MNH ne bénéficie pas de remises de gestion « généreuses » et se situe parmi les organismes les plus faiblement rémunérés

Ainsi, le dispositif d'infogérance permet à la MNH de s'aligner sur les coûts de l'assurance maladie pour la gestion du système d'information.

Par ailleurs, cette solution technique est :

- synonyme d'étanchéité parfaite entre les outils de gestion du régime obligatoire et régime complémentaire ;
- et participe à la connaissance exacte du coût du régime obligatoire à la MNH au travers d'une comptabilité analytique détaillée.

Ces restructurations importantes affirment les objectifs et volontés de la MNH de constituer un gestionnaire de la sécurité sociale, au bénéfice des agents hospitaliers, compétent et responsable, dans un cadre d'efficience en correspondance avec le cahier des charges de l'assurance maladie.

Chapitre XVIII

La sécurité sociale des étudiants

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

(...)

Comme le relève la Cour, confronté à des coûts de gestion élevés et à une qualité de service à tout le moins hétérogène et perfectible, le « régime » étudiant de sécurité sociale a fait l'objet, ces dernières années, d'un nombre important de rapports publics préconisant diverses évolutions et, pour la plupart, s'interrogeant sur l'opportunité de mettre fin à cette spécificité française.

La CNAMTS prend acte des conclusions de la Cour qui s'inscrivent dans cette continuité.

(...)

- La CNAMTS tient à souligner l'écart existant entre les contrats des mutuelles de fonctionnaires qui peuvent comporter des objectifs de performance dont l'atteinte conditionne le montant final de la remise de gestion et les contrats des mutuelles d'étudiants qui ne disposent d'aucun levier sur la valorisation de la qualité du service rendu. En effet, pour les mutuelles d'étudiants, le montant des remises de gestion doit être le même quel que soit l'organisme gestionnaire en application de l'article L. 381-8, 1^o§3 du code de la sécurité sociale. Un dispositif de majorations-pénalités a été envisagé lors des dernières négociations avec les mutuelles d'étudiants. Cette mesure a finalement été écartée en l'absence de l'évolution législative nécessaire.

La CNAMTS ne dispose donc que de peu de leviers d'actions sur les orientations organisationnelles des mutuelles d'étudiants et sur le pilotage de leur qualité de services. Néanmoins, les plans de maîtrise socle constituent un référentiel partagé permettant de suivre l'activité interne des mutuelles et dans une moindre mesure leur performance dans leur relation avec les assurés.

- La Cour relève les liens étroits entre la MGEN et la LMDE et met en évidence une offre de services spécifique dédiée aux étudiants anciens ayant-droit d'affiliés MGEN. Dans ce cadre, des règles de gestion et des services plus favorables seraient mis en œuvre par la LMDE pour ces assurés en particulier. La CNAMTS tient bien évidemment à rappeler son attachement à la nécessaire égalité de traitement entre tous les assurés au titre de la gestion du régime obligatoire d'assurance maladie.

RÉPONSE DE LA MUTUELLE DES ÉTUDIANTS (LMDE)

La situation sanitaire et sociale des jeunes est aujourd'hui une préoccupation de l'ensemble des pouvoirs publics, à chaque échelon, grâce notamment à la sensibilisation faite par les mutuelles étudiantes et à leurs nombreuses enquêtes sur l'état de santé des étudiants.

Renverser la vapeur concernant l'accès aux soins des jeunes nécessite la mobilisation de nombreux acteurs : enseignement supérieur, assurance maladie, collectivités locales et Etat. Cette action concertée ne saurait être efficace sans l'appui des mutuelles étudiantes, gestionnaires du régime étudiant de sécurité sociale, qui sont les actrices incontournables de la santé des jeunes. Par leur proximité avec les assurés et leurs actions quotidiennes, les mutuelles interpellent, proposent et mettent en œuvre des solutions concrètes pour répondre à l'enjeu de l'amélioration de l'état de santé des jeunes. Une meilleure gestion de la protection sociale oblige à s'interroger sur la complexité des procédures (mutations inter-régimes, affiliations, production des cartes vitales, affiliation des étudiants étrangers...) et la coordination de l'ensemble des acteurs parties prenantes au processus d'affiliation, en particulier les établissements d'enseignement supérieur.

Le seul prisme de la recherche d'économies est insuffisant à répondre à cet enjeu, particulièrement dans une période de crise économique et sociale qui fragilise les jeunes et freine l'accès à l'autonomie d'une génération. Or, sacrifier la santé des jeunes en réduisant le périmètre d'action des mutuelles étudiantes, c'est prendre le risque de dégrader l'état de santé de toute une génération aujourd'hui et de l'ensemble de la population demain, induisant par la même des coûts bien plus importants pour l'assurance maladie.

Une fragilisation du régime étudiant de sécurité sociale constituerait donc à la fois la perte d'un levier majeur pour améliorer la situation sanitaire des jeunes mais aussi un retour en arrière dans la prise d'autonomie des jeunes, en les privant de leur seul outil d'accompagnement de compréhension du système de santé.

A contrario, et dans le respect des orientations définies par les pouvoirs publics, la situation de la jeunesse nécessite un renforcement des solidarités et des dispositifs favorisant l'autonomie. C'est pourquoi la LMDE est disposée à faire évoluer le régime étudiant de sécurité sociale, si ces

évolutions se font en concertations avec les étudiants, et notamment les organisations étudiantes représentatives et les mutuelles étudiantes, mais aussi l'ensemble des acteurs de la vie étudiante.

*RÉPONSE DE LA SOCIÉTÉ MUTUALISTE DES ÉTUDIANTS DE LA
RÉGION PARISIENNE (SMEREP)*

La SMEREP souhaite rappeler certaines spécificités de son activité :

- une population nécessitant une protection et une prévention adaptée ;
- une population renouvelée par tiers chaque année ;
- une population peu portée à la démarche administrative.

Le régime étudiant présente donc des particularités et ne peut être comparé aisément avec le modèle du régime général.

Ainsi une comparaison en termes de qualité de service ne peut se baser que sur des critères simples : la SMEREP considère que l'un des indicateurs majeurs est celui du délai de remboursement. Cet indicateur fait partie du référentiel CNAMTS et est accessible pour tout délégué du régime obligatoire. Il est plus pertinent pour caractériser directement la satisfaction du service que des indicateurs indirects de dématérialisation ou liés à l'utilisation de la carte Vitale (création, mutation inter-régime et mise à disposition).

Par ailleurs, la SMEREP constate que pour les indicateurs « objectifs » énoncés dans le rapport : téléphone, productivité, etc., elle se situe au-dessus des performances des autres intervenants : LMDE ou CPAM.

Sur les critères « subjectifs » en particulier de satisfaction, l'ensemble du rapport s'appuie sur le sondage effectué par la Cour. La SMEREP regrette sur cet aspect trois points :

- le caractère quantitativement limité du sondage,
- au regard du premier point, un échantillonnage non représentatif,
- enfin l'absence de comparaison avec des sondages similaires sur les autres organismes : CPAM, mutuelles de fonctionnaires.

En outre, la SMEREP rappelle qu'en termes de qualité de service, elle a basé l'ensemble de son activité sur le référentiel de la CNAMTS comportant plus de 600 indicateurs. Dans ce cadre, la SMEREP a obtenu cette année la meilleure note tout délégué du régime obligatoire confondu.

En terme économique, la SMEREP réaffirme que la remise de gestion du régime étudiant correspond à un coût marginal par rapport au déficit de la couverture maladie des étudiants. En effet, au regard du montant actuel de la cotisation (207 €) et du nombre important des cotisations non perçues (exonération et non inscrit) par rapport aux prestations versées, la couverture

maladie des étudiants est déficitaire de 500 M€ indépendamment de son gestionnaire : mutuelles étudiantes, CPAM ou autre.

Sur le montant de la remise de gestion, la SMEREP souhaiterait :

- que les calculs du BAM et du taux de réfaction soient transparents et fassent l'objet d'une procédure contradictoire ;
- que la CNAMTS, juge et partie, ne soit pas le seul référent ;
- s'inscrire dans le système de bonus / malus tel que mis en place pour les mutuelles de fonctionnaires.

La SMEREP rappelle que lorsqu'il est annoncé que l'étudiant doit être au cœur des préoccupations, cela s'entend d'un point de vue global. Si la qualité de la gestion est fondamentale pour la satisfaction des étudiants, l'approche doit aussi être caractérisée par ce que peuvent apporter les mutuelles étudiantes dans le domaine de l'amélioration de l'état de santé des populations gérées (prévention par les pairs) avec en particulier l'impact que cette amélioration aura sur les dépenses futures de santé.

Elle regrette que la Cour des comptes n'ait pas abordé au fond ces problématiques liées à la gestion du risque et à la prévention qui sont au cœur de la spécificité de la délégation de gestion du régime obligatoire aux mutuelles étudiantes.

(...)

La SMEREP propose :

1. que tous les étudiants de 16 à 28 ans soient affiliés au régime étudiant quel que soit leur statut et notamment lorsqu'ils exercent une activité salariée et ce quelle que soit les conditions,
2. de reprendre l'intégralité du processus de délivrance de la carte vitale,
3. qu'une COG soit conclue entre les mutuelles étudiantes et l'État afin d'instaurer des objectifs permettant d'améliorer la qualité du service rendu à l'assuré,
4. que l'État, et non la CNAMTS, fixe le montant des remises de gestion,
5. que la détermination du coût de gestion (BAM et taux de réalisation), soit transparente et puisse faire l'objet d'un débat contradictoire avec les mutuelles gérant le régime étudiant de sécurité sociale, sans doute par le biais d'une commission indépendante.

*RÉPONSE DU RESEAU NATIONAL DES MUTUELLES ETUDIANTES DE
PROXIMITE (EME VIA)*

Une analyse à charge menée à partir d'un sondage biaisé.

En ce qui concerne le « sondage » réalisé par la Cour, nous remettons en cause son approche méthodologique non scientifique à savoir : un échantillon non représentatif, des questions orientées et des réponses incohérentes.

Les chiffres tirés de ce sondage n'ont été qu'un moyen d'orienter le rapport dans le sens souhaité par le rapporteur.

(...)

La loi de 1948 qui instaure le régime de sécurité sociale spécifique pour les étudiants est basé sur les mêmes principes qui régissent le régime général d'assurance maladie qui confie aux salariés la gestion de leur Sécurité sociale.

Ainsi, cette loi reconnaît dans ses principes mêmes, que la population étudiante est spécifique, et que de ce fait, elle doit avoir une gestion toute particulière de sa santé. Même si depuis 1948, la population étudiante a fortement évolué, elle continue à être spécifique, avec des besoins en prévention particuliers, un renouvellement de ses effectifs par tiers chaque année, une forte mobilité et une part importante d'étudiants étrangers.

Enfin, la gestion du régime obligatoire des étudiants par des organismes complémentaires permet une gestion responsable et solidaire des dépenses de santé de l'assurance maladie.

Son organisation en duopole, qui n'est d'ailleurs pas spécifique aux mutuelles étudiantes (mutuelles des fonctionnaires : police, éducation nationale...) permet à l'étudiant de choisir chaque année son centre payeur, ce qui implique la recherche permanente d'une meilleure qualité de services et d'innovation de la part des gestionnaires.

Cette délégation confie également des missions particulières aux mutuelles étudiantes : l'information sur le fonctionnement de l'Assurance maladie, le développement d'une conscience citoyenne, l'accompagnement des étudiants vers l'autonomie et l'éducation à la santé.

Cette délégation de service public se fait aussi dans un cadre contraint, puisque qu'au même titre que n'importe quelle Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), les mutuelles étudiantes sont auditées chaque année sur un référentiel commun (PMS : plan maîtrise socle).

(...)

Les mutuelles de proximité du réseau emeVia sont des acteurs majeurs en matière de prévention auprès des étudiants et des lycéens pour les amener à réduire les comportements à risques. La prévention par les pairs, initiée par

les mutuelles régionales, est très sollicitée par les universités. Elle fait l'objet d'une formation par des professionnels, d'une coordination avec les pouvoirs publics, et les services de Santé Universitaire, et d'une évaluation régulière. Elle permet de mettre en place un dialogue de qualité entre l'étudiant et l'intervenant, avec une disponibilité en termes d'horaires et de localisations que ne sauraient fournir d'autres structures. Il est reconnu que les pairs sont perçus comme une source plus crédible d'information et ont un meilleur taux de réussite en termes de véhicule d'information que les professionnels⁶⁶³.

(...)

Nous rejetons les conclusions de ce rapport qui comprend de trop nombreuses contradictions et qui s'appuie sur des arguments avancés dans le seul but de justifier une conclusion préétablie. Le rapport reconnaît la spécificité du régime obligatoire des étudiants en admettant la réalité d'une population particulière qui a des besoins de santé et de prévention propres ; mais dès lors que la Cour compare les activités des mutuelles étudiantes à celles des CPAM, elle oublie totalement cette spécificité.

En retenant des hypothèses biaisées, notamment la remise en cause des principes de la comptabilité analytique, la Cour cherche à tirer des conclusions lapidaires dénonçant une surévaluation des remises de gestion accordées aux mutuelles étudiantes.

Nous croyons à la Sécurité sociale des étudiants et à sa gestion par des mutuelles étudiantes, une avancée sociale majeure, voulue par le législateur, car celle-ci a du sens.

Nous refusons sa remise en cause sur le seul fondement de la défaillance d'un de ses acteurs. Comme elles le font depuis 60 ans, les mutuelles étudiantes régionales, en qualité d'acteurs responsables, continueront à s'adapter aux évolutions du monde étudiant et de l'Assurance maladie, tout en veillant à l'efficacité qualitative et économique de leur gestion.

663. *A method in search of a theory : peer education and health promotion, Health Education Research*, vol.14 n°2, 1999. P.235-247