



Situation de la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre et Miquelon et de l'offre de soins territoriale



Rapport

Jean DEBEAUPUIS

Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

Etabli avec l'appui de

Olivier de CADEVILLE

Caisse nationale d'assurance maladie

2019-075R
Février 2020

SYNTHÈSE

[1] A la demande de la ministre des solidarités et de la santé, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a réalisé « un diagnostic de la gestion [du] régime » de sécurité sociale géré par la Caisse de prévoyance sociale (CPS) de Saint-Pierre et Miquelon, et formulé « des propositions visant à l'amélioration de la maîtrise des dépenses » de santé, sur la « gestion des opérations d'évacuation sanitaire, (...) et plus généralement sur le contrôle des dépenses du centre hospitalier François Dunan ». Des propositions portent également sur « les modalités d'évolution du rééquilibrage financier du régime, ainsi que son organisation et sa gouvernance ». Le rapport traite d'abord du régime de sécurité sociale et de la caisse, puis de l'offre de soins et son pilotage.

[2] La mission formule vingt recommandations dans un esprit pragmatique, en ayant mesuré les fortes spécificités du territoire : quatre d'évolution juridique et quatre d'organisation et accompagnement de la caisse, six propositions relatives aux acteurs de soins et six au pilotage de l'offre de soins. Elles reposent, après entretiens et analyses, sur la conviction qu'une application très large du droit commun de la protection sociale, avec d'éventuelles adaptations limitées, protégera davantage assurés et professionnels et leur ouvrira des opportunités rapidement, celles dont ils n'ont pu bénéficier par défaut depuis deux décennies : médecin traitant, continuité des droits, carte vitale, protection universelle maladie, et celles en développement : complémentaire santé solidaire, reste à charge zéro, pour ne citer ici que les exemples les plus parlants.

[3] Territoire isolé, Saint-Pierre et Miquelon, est une collectivité relevant de l'article 74 de la constitution, dont la population est stable depuis deux décennies à 6.300 habitants. La protection sociale relève du droit commun, sauf dérogations ou adaptations. L'ordonnance de 1977 modifiée en constitue le cadre juridique spécifique, hors assurance vieillesse définie par une loi de 1987. Il prévoit que le régime bénéficie d'une subvention d'équilibre versée par la CNAM, dont le montant a doublé entre 2008 et 2018, passant de 20 M€ à 41,6 M€, soit 60 % des 71 M€ de dépenses toutes branches.

[4] Les dépenses relatives aux accidents du travail, à la famille et à la vieillesse progressent le plus vite, mais les dépenses maladie croissent à un rythme deux fois supérieur à celui de l'ONDAM, tant pour les prestations en espèces qu'en nature, et pour les dotations versées à l'hôpital et quelques établissements ou services. Sur cinq ans, l'augmentation des dépenses maladie, retraitées de la gestion administrative et de l'action sanitaire et sociale, s'élève à +38 % ou +13,2 M€, dont environ 80 % relèvent des décisions des pouvoirs publics relatives à l'hôpital.

[5] Les cotisations ne représentent en 2018 que 26 M€ et 37 % des dépenses ; les taux sont très spécifiques, relativement peu élevés et l'assiette est toujours plafonnée. La cotisation AT-MP est forfaitaire et indépendante de la sinistralité. Il n'y a ni application de la CSG, ni de la CRDS. Seules les cotisations vieillesse montent en charge pour rejoindre d'ici 2030 le droit commun des taux. Une exonération spécifique au territoire porte sur 100 % des cotisations des employeurs privés pour les salaires inférieurs à 1,3 ou 1,5 SMIC selon les cas, compensée par des crédits du ministère des outre-mer (5,7 M€).

[6] La caisse de prévoyance sociale est atypique par sa taille modeste, par son organisation multi-branches spécifique et ses coûts de gestion élevés, liés à la population servie, la complexité et la diversité juridiques, et une faible informatisation. Elle n'est pas intégrée au réseau du régime général, ni à sa trésorerie : un début d'adossement a cependant été initié, pour moderniser ses outils et méthodes et introduire une véritable gestion du risque.

[7] Les pouvoirs publics doivent clarifier le régime juridique de la caisse, rénover ses statuts et la rapprocher des cadres nationaux, la doter d'un contrat pluriannuel de gestion, se conformer à l'applicabilité directe du droit commun, et des conventions nationales (recommandations 1 à 4). La caisse doit donc poursuivre sa mutation, moderniser son organisation (avec en particulier une véritable direction santé, recommandation 5) et ses méthodes, en faisant évoluer de façon pragmatique un outil informatique local pour faciliter l'acquisition de données, le service à l'assuré et les relations avec les professionnels (avec l'aide de la mission inter-branches pour l'outre-mer, développement immédiat de la télétransmission et à défaut de la lecture automatique des feuilles de soins, puis déploiement progressif de la carte vitale, du DMP et autres outils de service, et des différents outils de pilotage, recommandations 6 à 8).

[8] Dans un territoire aussi isolé, l'offre de soins reste fragile, par manque d'attractivité, forte rotation des acteurs, complexité des parcours de soins hors territoire, malgré une offre équilibrée entre secteurs et des partenariats prometteurs avec les établissements de recours rennais, plus délicats avec les établissements du Canada Atlantique.

[9] La CPS a fait le choix depuis 2005 de gérer un centre de santé pluri-professionnel, efficace et devenu incontournable, car apprécié de la population, attractif pour les professionnels, et désormais proche des cibles de l'accord national conclu par l'assurance maladie avec les centres de santé. L'offre libérale reste limitée malgré des installations récentes mais montre une faible appétence pour la coordination.

[10] Le centre hospitalier François Dunan (CHFD), inauguré en 2014, bien équipé, doit gagner en attractivité et en efficience, car son organisation date déjà et répond imparfaitement aux besoins en soins spécialisés, par défaut de secteur ambulatoire, de rééducation et de psychiatrie. L'offre médico-sociale pour personnes âgées, dans la maison de retraite Eglantine, demeure pour sa part sans cadrage stratégique, juridique et financier avec la collectivité territoriale, avec laquelle un accord doit être trouvé pour conforter l'avenir de cet EHPAD et du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les évacuations sanitaires (EVASAN) sont fréquentes compte tenu de la proximité des établissements canadiens, à Saint-Jean de Terre neuve et Halifax et de la qualité de leur plateau technique. Le parcours de soins avec la métropole est mieux structuré depuis les partenariats récents avec le centre anti-cancéreux et le CHU de Rennes et le développement de la télé-médecine. La progression de la dépense d'EVASAN, soins, transports et frais d'accompagnants, reste ainsi maîtrisée avec un montant d'environ 8 M€ annuels ; mais les parcours sont encore trop dispersés, mal évalués et gagneraient en qualité avec l'instauration de nouvelles filières de soins avec quelques autres établissements et avec un recours plus systématique à la télé-expertise et à des conventions de partenariat correctement suivies et évaluées.

[11] La feuille de route territoriale santé prévoit un observatoire à développer sur les soins de ville, pour mieux réguler les installations, le CHFD et sa nouvelle gouvernance début 2020 devra reprendre ses maquettes organisationnelles, et réorganiser dans le cadre de son futur projet d'établissement son offre de court séjour et pour personnes âgées, en lien avec la collectivité, et en développant ambulatoire, rééducation et psychiatrie (recommandations 9 à 12).

[12] Le pilotage de l'offre de soins appelle un renforcement de l'agence territoriale de santé (ATS), qui bénéficie par convention de l'appui de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. La caisse doit pour sa part, poursuivre l'évolution du centre de santé, développer la gestion du risque, contractualiser avec l'ATS, et participer à ses côtés à la contractualisation et au dialogue de gestion avec le CHFD, notamment autour de la question complexe, encore trop artisanale, des évacuations sanitaires et des parcours de soins en métropole et au Canada. La mise en œuvre de la réforme du médecin traitant à SPM, qu'il soit libéral, salarié du centre de santé ou hospitalier, doit y concourir (propositions 13 à 20).

[13] En conclusion, la mission estime qu'il n'y a pas de fatalité de la dérive financière du régime de sécurité sociale de Saint-Pierre et Miquelon, telle qu'elle peut être constatée sur cinq ou dix ans, et qui semble se poursuivre en 2019 après une pause fragile en 2018 : des marges de simplification et d'efficacité nombreuses restent à mobiliser. Il reste à convaincre les acteurs nationaux et locaux. Poursuivre dans la durée une meilleure maîtrise des dépenses et une protection sociale de haut niveau dans ce territoire aux parcours de soins et de vie très spécifiques suppose cependant des changements profonds et coordonnés : en particulier, chaque acteur principal, caisse, agence territoriale de santé, centre hospitalier, doit revoir son organisation dans le sens de la qualité et l'efficacité du service à la population, accéder aux outils et dispositifs éprouvés comme simples et efficaces en métropole et dans les autres outre-mer. Il doit bénéficier enfin d'un cadre d'action juridique et contractuel plus clair et stable, et d'un appui renforcé par des institutions de terrain métropolitaines, tel qu'il est engagé depuis 2014 pour ces trois acteurs. La rédaction de la récente feuille de route santé territoriale, l'ouverture des premiers chantiers en découlant produisent des premiers résultats, qui restent à amplifier rapidement dans le cadre de la réforme « ma santé 2022 ». Les gouvernances et directions des trois acteurs rencontrés partagent une prise de conscience et une volonté de renouvellement seules à même de répondre, dans le champ de la protection sociale et particulièrement de la santé, aux enjeux d'attractivité durable du territoire et d'une nécessaire maîtrise des dépenses, contribuant sur la durée à l'équilibre du régime de sécurité sociale, financé par les cotisations et la solidarité nationale.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Thème 1 : cadre juridique et gouvernance de la CPS				
1.	Préciser les statuts de la caisse de prévoyance sociale (CPS) de Saint-Pierre et Miquelon (SPM) pour lever toutes les ambiguïtés sur les rôles de chacun au sein de la gouvernance de la caisse en s'inspirant de ceux des caisses générales de sécurité sociale ultramarines (CGSS).	1	DSS, CPS	2020
2.	Engager avec la caisse, la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale des outre-mer (DGOM) et les caisses nationales des travaux pour construire le cadre de la contractualisation entre la CPS et le niveau national (caisses nationales), et son vecteur juridique (contrat pluriannuel de gestion CPG).	2	DSS, CNAM, CPS	2020
3.	Faire clarifier par les deux ministères santé et outre-mer, auprès du préfet, de l'agence territoriale de santé (ATS) et la CPS, le principe d'applicabilité directe du droit commun au territoire, sauf dérogations ou adaptations spécifiques explicites.	1	DSS, DGOM	2020
4.	Etendre les conventions nationales aux professionnels de santé libéraux de Saint-Pierre et Miquelon, en supprimant la dérogation obsolète de l'ordonnance de 1977 (article 9-9).	2	DSS	2020
Thème 2 : organisation et accompagnement de la CPS				
5.	Réorganiser la CPS avec une direction santé ayant en responsabilité l'intégralité du champ de la santé, une direction des autres risques et du recouvrement, une direction supports et une agence comptable, en renforçant un service médical aux missions rééquilibrées.	1	CPS	2019
6.	Poursuivre en lien avec la mission outre-mer de la CNAMM (MICOR) et les directions systèmes d'information les évolutions et sécurisations indispensables à court, moyen et long terme dans l'intérêt des assurés et des professionnels : dès 2020 la lecture automatique de documents (LAD) et/ou les flux dématérialisés (norme B2) doivent faciliter des gains de productivité et la gestion des risques ; à court terme, une sécurisation du système d'information local est indispensable,	1	CPS, CNAM	2020

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
7.	Assurer également le déploiement par étapes de la carte vitale, du dossier médical partagé (DMP) et d'autres outils ou services.	1	CPS, CNAM	2020-22
8.	Développer les outils de pilotage pour mettre en routine le suivi de l'activité y compris sur le volet qualité, formaliser davantage les procédures et concourir ainsi à limiter les doublons et autres répétitions de contacts, permettant de réaffecter des ressources sur les nouveaux objectifs stratégiques.	1	CPS, CNAM	2020-22
Thème 3 : management des offreurs de soins				
9.	Faire vivre l'observatoire de la santé piloté par l'ATS pour suivre régulièrement l'adéquation besoins/offre de soins et ainsi être en mesure d'accompagner les installations utiles pour le territoire et d'éviter des installations en surnuméraire.	2	ATS, CPS	2020-22
10.	Faire retravailler la nouvelle direction du Centre Hospitalier (Directeur, directeur des soins et président de commission médicale) sur les maquettes organisationnelles dans l'ensemble des secteurs et proposer leur adaptation avec l'appui éventuel de pairs et d'experts de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP).	1	ATS, CHFD	2020
11.	Réorganiser l'offre de soins spécialisés du centre hospitalier François Dunan (CHFD) en cohérence avec la feuille de route santé du territoire et le futur projet d'établissement 2020 du CHFD.	1	ATS, CHFD	2020
12.	Réorganiser l'offre médico-sociale pour personnes âgées du CHFD en recherchant une clarification du cadre juridique, stratégique et financier avec la collectivité territoriale (CT), matérialisée par une convention tripartite, s'accordant sur la répartition pérenne de la prise en charge globale (forfait soins, dépendance...).	1	ATS, CT, CHFD	2020-22
Thème 4 : pilotage de l'offre de soins				
13.	Renforcer la capacité de pilotage de l'ATS par l'appui du secrétariat général des ministères sociaux et des directions d'administration centrale et de l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de la convention du 20/6/2014 avec l'ATS.	2	SGMAS, ARSNA	2020-22
14.	Conforter la CPS dans sa gestion du centre de santé et intégrer à son financement à terme les rémunérations et financements prévus dans le cadre de l'accord national des centres de santé	2	CPS	2020-22

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	de 2015 et ses avenants, diminuant d'autant l'actuelle subvention d'équilibre de la gestion technique maladie.			
15.	Développer une démarche progressive de gestion du risque auprès des offreurs de soins en ambulatoire et des assurés en commençant par les prestations en espèce pour s'intéresser ensuite aux autres prescriptions et gagner ainsi en efficacité et pertinence. Se doter en parallèle des compétences indispensables par redéploiement des gains de productivité liés aux outils et aux réorganisations	1	CPS, MICOR	2020-22
16.	Déployer le processus de contractualisation entre l'établissement et l'ATS pour valider une démarche de progrès au bénéfice des assurés de l'archipel et des personnels qui cadre avec les grands objectifs du plan « ma Santé 2022 » et de sa déclinaison territoriale et une nécessaire modération des dépenses conformément aux orientations nationales.	1	ATS, CHFD	2020-22
17.	Faire vivre cette contractualisation au moyen d'un dialogue de gestion annuel réunissant la direction de l'hôpital et le président de la commission médicale avec les directions de l'ATS et de la caisse, comme dans les autres régions.	2	ATS, CHFD, CPS	2020-22
18.	Renforcer le partenariat par convention entre l'ATS et la CPS dans leurs missions respectives, en adaptant le modèle de partenariat ARS-Assurance Maladie.	1	ATS, CPS	2020-22
19.	En cohérence avec le retour adapté et rapide au droit commun applicable au territoire, mettre en œuvre la réforme du médecin traitant garant du parcours de soins.	1	CPS, DSS	2020-22
20.	En cohérence avec les objectifs 13 parcours de soins et 14 EVASAN de la feuille de route santé territoriale, renforcer toutes les actions de coopération, de suivi et d'évaluation facilitant les parcours de soins avec le Canada et la métropole.	1	ATS, CPS, CHFD	2020-22

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	7
SOMMAIRE	11
RAPPORT	13
1 SITUATION ET PERSPECTIVES DE LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE	14
1.1 SITUATION DE SAINT-PIERRE ET MIQUELON ET DE SON REGIME DE SECURITE SOCIALE	14
1.1.1 <i>Un territoire isolé doté d'un régime de sécurité sociale au cadre juridique spécifique</i>	14
1.1.2 <i>Un régime de sécurité sociale au déséquilibre croissant</i>	17
1.2 UNE CAISSE ATYPIQUE	21
1.2.1 <i>Par sa taille modeste</i>	21
1.2.2 <i>Par son organisation</i>	21
1.2.3 <i>Par ses coûts de gestion</i>	22
1.3 UNE CAISSE QUI DOIT POURSUIVRE SA MUTATION	22
1.3.1 <i>Clarifier et simplifier les cadres juridiques</i>	23
1.3.2 <i>Moderniser organisations et méthodes</i>	26
1.3.3 <i>Faire évoluer de façon pragmatique l'outil informatique pour faciliter l'acquisition des données et renforcer le service à l'assuré</i>	28
2 SITUATION ET PERSPECTIVES D'UNE OFFRE DE SOINS TERRITORIALE FRAGILE	30
2.1 LES ACTEURS ET ENJEUX POUR CONFORTER UNE OFFRE DE SOINS FRAGILE	30
2.1.1 <i>Le centre de santé, efficace et incontournable depuis 2005, doit continuer à s'adapter</i>	30
2.1.2 <i>L'offre libérale reste limitée</i>	31
2.1.3 <i>Le nouveau centre hospitalier François Dunan (CHFD) doit gagner en attractivité et efficience</i>	32
2.1.4 <i>Une offre médico-sociale sans cadrage juridique et stratégique</i>	35
2.1.5 <i>Des évacuations sanitaires avec des parcours de soins à mieux organiser tant avec la métropole que le Canada</i>	36
2.2 UNE OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS ET POUR PERSONNES AGEES A REORGANISER	37
2.2.1 <i>Une coordination des acteurs et des capacités de pilotage et management à renforcer</i>	37
2.2.2 <i>Une offre de soins et services fragile à conforter et réorganiser</i>	38
2.3 RENFORCER LE PILOTAGE ET LA GOUVERNANCE DE L'OFFRE DE SOINS ET REEQUILIBRER LE REGIME	40
2.3.1 <i>Renforcer la capacité de pilotage de l'ATS</i>	40
2.3.2 <i>Maintenir une offre mixte de soins de proximité avec un pivot, le médecin traitant</i>	41
2.3.3 <i>Construire progressivement une politique de gestion du risque</i>	41
2.3.4 <i>Développer une contractualisation entre l'ATS et le CH</i>	43
2.3.5 <i>Développer les parcours de soins pour mieux coordonner les prises en charge</i>	44
LETRE DE MISSION	47
ANNEXE 1 : RAPPORT MICOR 2018	49
ANNEXE 2 : ARRET DE 2015 DE LA COUR DE CASSATION	65
ANNEXE 3 : COURRIERS PREFET ET DG CNAM	71
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	77
SIGLES UTILISES	79

RAPPORT

Introduction

[14] Par lettre de mission en date du 19 juin 2019, le directeur de cabinet de la ministre des solidarités et de la santé a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) « *un diagnostic de la gestion [du] régime* » de sécurité sociale géré par la Caisse de prévoyance sociale (CPS) de Saint-Pierre et Miquelon, « *afin de documenter les raisons sous-jacentes du creusement des déficits, ainsi que les leviers susceptibles d'être mobilisés pour les contenir, tout en prenant en compte les particularités géographiques et socio-économiques de l'archipel.* » En particulier, « *la mission s'attachera à formuler des propositions visant à l'amélioration de la maîtrise des dépenses* » de santé, sur la « *gestion des opérations d'évacuation sanitaire, l'organisation des achats de produits de santé et plus généralement sur le contrôle des dépenses du centre hospitalier François Dunan* ». Des propositions sont également attendues concernant « *les modalités d'évolution du rééquilibrage financier du régime, ainsi que son organisation et sa gouvernance* », en documentant « *les possibilités d'intégration en gestion de la caisse au réseau du régime général.* » Un projet d'ordonnance a en effet été élaboré en 2016, présenté en Conseil d'Etat et abandonné au dernier moment, devant l'opposition du conseil d'administration et des élus à l'évolution alors proposée de la gouvernance et des taux de cotisations.

[15] La mission a été confiée à Jean DEBEAUPUIS avec l'appui d'Olivier de CADEVILLE, désigné par le directeur général de la CNAM. Elle ne constitue pas une mission d'audit au sens méthodologique, mais une mission d'évaluation de la situation de la caisse. Le relecteur IGAS est Louis-Charles VIOSSAT. La mission a pris connaissance des travaux menés par les administrations centrales concernées, principalement la direction de la sécurité sociale (DSS), mais également la direction générale des outre-mer (DGOM), le secrétariat général des ministères sociaux (SG), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction du budget (DB), ainsi que la caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM). Puis, elle s'est rendue sur le territoire la semaine du 30 septembre pour s'entretenir avec les acteurs locaux, le conseil d'administration et la direction de la CPS, la présidente du conseil de surveillance de l'hôpital, l'équipe de direction, le président et la vice-présidente de la CME. A son retour, elle a de nouveau rencontré DSS, DGOM et DGOS. Elle a pu échanger à Paris au préalable avec le préfet de Saint-Pierre et Miquelon et la directrice de la CPS, puis revoir à Paris fin novembre la directrice, le président et la vice-présidente du conseil d'administration (CA) de la CPS. Un déplacement en janvier a permis de rencontrer parlementaires, le président de la collectivité territoriale, la vice-présidente et la directrice du pôle développement solidaire, la nouvelle direction du CHFD.

[16] Le présent rapport rappelle les spécificités et le contexte socio-économique du territoire, ainsi que les bases juridiques du régime (1.1) et décrit l'organisation actuelle de la caisse (1.2) avant de préconiser leur évolution dans une gouvernance clarifiée, renforçant résolument le mouvement esquissé vers une gestion des risques adaptée (1.3). Il présente ensuite l'offre de soins territoriale (2.1), dont l'acteur principal est le centre hospitalier François Dunan (CHFD), et formule des recommandations d'amélioration de l'offre de soins (2.2) et de son pilotage afin de mieux maîtriser les dépenses de santé et de rééquilibrer le régime (2.3).

[17] La mission formule vingt recommandations dans un esprit pragmatique, en ayant mesuré les fortes spécificités du territoire : quatre d'évolution juridique et quatre d'organisation et accompagnement de la caisse, six propositions relatives aux acteurs de soins et six au pilotage de l'offre de soins. Elles reposent, après entretiens et analyses, sur la conviction qu'une application très

large du droit commun de la protection sociale, avec d'éventuelles adaptations limitées, protégera davantage assurés et professionnels et leur ouvrira des opportunités rapidement, celles dont ils n'ont pu bénéficier par défaut depuis deux décennies : médecin traitant, continuité des droits, carte vitale, protection universelle maladie, et celles en développement : complémentaire santé solidaire, reste à charge zéro, pour ne citer ici que les exemples les plus parlants.

1 Situation et perspectives de la caisse de prévoyance sociale

1.1 Situation de Saint-Pierre et Miquelon et de son régime de sécurité sociale

1.1.1 Un territoire isolé doté d'un régime de sécurité sociale au cadre juridique spécifique

[18] Saint-Pierre et Miquelon (SPM) est un petit archipel de 6.300 habitants et 242 km² situé à l'embouchure du fleuve Saint-Laurent, à 20 km des côtes de Terre-Neuve, province du Canada. C'est un territoire d'outre-mer avec une collectivité territoriale unique relevant de l'article 74 de la constitution. Sa population est stabilisée depuis les années 1990, et l'arrêt de la grande pêche en raison des mesures de protection de la ressource halieutique et du litige avec le Canada sur la zone d'exclusivité économique, tranché par un tribunal arbitral en 1992. 90 % de la population réside dans l'île de Saint-Pierre, 26 km², siège de la préfecture et du conseil territorial.

[19] La loi organique n°2007-223 du 21 février 2007 portant dispositions statutaires et institutionnelles relatives à l'outre-mer a introduit dans le code général des collectivités territoriales (CGCT) l'article LO6413-1 selon lequel, à compter du 1^{er} janvier 2008, « *les dispositions législatives et réglementaires sont applicables de plein droit à SPM, à l'exception de celles qui interviennent dans les matières relevant de la loi organique en application de l'article 74 de la constitution ou dans l'une des matières relevant de la compétence de la collectivité en application de l'article LO 6414-1. L'applicabilité de plein droit des lois et règlements ne fait pas obstacle à leur adaptation à l'organisation particulière de la collectivité. A compter [du 1^{er} janvier 2008], les lois et règlements déjà intervenus dans les matières qui ne sont pas exclues du régime de l'application de plein droit deviennent applicables à SPM, sous réserve qu'ils n'en disposent pas autrement.* »

[20] Département d'outre-mer depuis 1976, collectivité depuis 1985, relevant depuis la révision constitutionnelle de 2003 de l'article 74 de la constitution, SPM bénéficie dans la durée du principe d'identité législative, en dehors des compétences de la collectivité territoriale. Ce principe s'applique aux départements et régions d'outre-mer, département de Mayotte compris depuis 2011, et dans trois collectivités de l'article 74 seulement : Saint-pierre et Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin. L'applicabilité des dispositions législatives et réglementaires est directe et de plein droit, contrairement aux autres collectivités relevant de l'article 74 et du principe de spécialité législative, qui suppose des dispositions expresses entraînant l'applicabilité du droit. Les collectivités de Saint-Barthélemy et Saint-Martin n'ont cependant été créées qu'en 2007 et relèvent en matière de protection sociale du régime général géré par la CGSS de Guadeloupe.

[21] Cependant, le choix du législateur à ce jour, de maintenir dans l'ordonnance de 1977 (ou la loi de 1987 modifiée pour l'assurance-vieillesse) de nombreux renvois au code de la sécurité sociale, listant les dispositions applicables, et le cas échéant les dispositions non applicables ou leurs adaptations, continue de faire obstacle à l'applicabilité directe. De même, la rédaction toute récente de l'article L111-2¹ indique que « le présent code » (de la sécurité sociale) est applicable en France

¹ Elle résulte de la LFSS pour 2017.

métropolitaine, et sous les réserves qu'il prévoit en Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin », et donc qu'il n'est pas applicable directement à Mayotte et Saint-Pierre et Miquelon. Comme le montre l'exemple du code de la santé publique, directement applicable à SPM avec les adaptations prévues dans des chapitres ou articles codifiés, une autre approche juridique est possible, si le législateur en décide ainsi. Un arrêt de 2015 de la Cour de cassation² a confirmé l'applicabilité directe de dispositions réglementaires et législatives du code de la sécurité sociale relatives à la contrainte, en application de la loi organique et à défaut d'adaptation existante. La mission estime hautement souhaitable que, tirant toutes les conséquences de la loi organique, cette simplification soit opérée concernant le droit de la protection sociale à SPM et applicable à la caisse gestionnaire, et elle considère que ses conditions peuvent être rapidement réunies.

[22] Territoire à compétence fiscale autonome, la collectivité n'a pas créé à ce jour de CSG-RDS. Le barème de l'impôt sur le revenu est spécifique, avec un abattement pour les salariés de 28 % (au lieu de 10 %) et un barème de taux par tranche de 5 %, la plus élevée se situant à 55 % au-delà de 68.000 € imposables.

[23] Concernant la protection sociale, les résidents du territoire bénéficient d'un régime de sécurité sociale, défini par l'ordonnance n°77-1102 du 26 septembre 1977 modifiée, et d'une législation vieillesse définie par la loi 87-563 du 17 juillet 1987, modifiée par l'ordonnance 2015-896 du 23 juillet 2015³.

[24] L'architecture juridique définissant le régime est complexe et ancienne, sans que toutes les conséquences de la réforme constitutionnelle de 2003 et de la loi organique de 2007 aient été tirées : même l'administration centrale et a fortiori les services de la CPS n'ont jusqu'à ce jour, pas pleinement intégré que les lois et règlements, anciens ou nouveaux, et en particulier le code de la santé publique et en principe celui de la sécurité sociale, sont de plein droit applicables à SPM, sauf disposition antérieure contraire explicite et sauf adaptation voulue par le législateur. Ce principe est pourtant porteur de simplicité et de garantie des droits pour les assurés et professionnels. La DSS, la nouvelle direction de la CPS, en sont désormais conscientes, et prêtes à revisiter l'enchevêtrement actuel des textes pour identifier et réduire les dispositions dérogeant au droit commun et permettre sa plus large application, gage de modernisation du droit et des outils de gestion, sans lesquels la population de SPM est destinée à rester en marge de tous les principes et outils de modernisation et de simplification⁴.

[25] Parmi les exemples qui peuvent être donnés, l'absence de carte vitale dans le régime ne facilite pas la continuité territoriale et de la prise en charge : le ressortissant du régime général qui s'installe à SPM doit confier sa carte vitale à la CPS pendant sa résidence à SPM et reçoit en échange une carte

² Voir en annexe 2 l'arrêt de la deuxième chambre civile du 17 décembre 2015.

³ Les principaux textes d'application, sont : décret n°80-241 du 3 avril 1980 relatif au CA et à l'organisation administrative et financière de la CPS de SPM, en application duquel ont été pris les statuts de la CPS de SPM, décret n°91-306 du 25 mars 1991 relatif à l'assurance-maladie maternité et décès dans la CT de SPM, modifié par le décret n° 2004-792 du 29 juillet 2004, décret n°2006-984 du 1er août 2006 pris pour l'application de l'article 9-3 de l'ordonnance, concernant les agents publics, décret n°2015-876 du 30 décembre 2015 relatif aux taux de cotisations de droit commun dus au titre de l'assurance vieillesse-veuvage applicable à SPM, arrêté du 12 septembre 1983 fixant le taux des cotisations au régime de protection sociale de SPM.

⁴ Les fiches d'évaluation préalables des PLFSS (annexe 9 ou 10 selon les années) détaillent par mesure l'applicabilité aux collectivités d'outre-mer. L'annexe 9 du PLFSS 2020 est significative à cet égard : sur 56 mesures, seules 3 ont été considérées comme « directement applicables » à SPM (articles 33, 53 et 55), qualification souvent réservée aux DROM hors Mayotte, une moitié des mesures a été considérée comme applicable, l'autre moitié non applicable, de façon le plus souvent obscure ou aléatoire. Ainsi, par exemple, les articles 24 sur les hôpitaux de proximité, 26 sur la réforme du ticket modérateur hospitalier, 37 sur l'accès aux maternités à plus de 45 mn, 42 sur les financements à la qualité sont indiqués applicables, les articles 25 sur la psychiatrie et le SSR, 27 sur la refonte des nomenclatures de ville non applicables. Aucun traitement homogène ne se dégage pour Mayotte, SPM, St-Martin et St-Barthélemy. La compétence territoriale à SPM n'est citée que pour l'article 11 simplifiant le recouvrement fiscal et social, considéré « non applicable » pour ce motif.

locale qui lui permet plus difficilement de faire valoir ses droits en métropole ; le résident saint-pierrais ressortissant du régime des marins (ENIM) bénéficie de sa carte vitale mais aucun offreur de soins local ne s'en sert véritablement. Pour l'ensemble des saint-pierrais, l'absence de carte vitale liée à un fichier des assurés aux normes nationales ne permet ni télétransmission, ni sécurisation des droits, ni continuité des droits avec la métropole.

[26] Surtout, la non-application des différentes réformes, couverture maladie universelle (CMU) depuis 2000, médecin traitant depuis 2004, participation forfaitaire depuis 2005, franchise médicale depuis 2008, protection maladie universelle (PUMA) depuis 2016, complémentaire santé solidaire (CSS) depuis le 1^{er} novembre 2019, maintient les saint-pierrais dans une survivance juridique : les situations d'assurance personnelle et d'ayant droits demeurent, et le parcours de soins reste virtuel. Cette dérive croissante n'est dans l'intérêt de personne, résidents ou professionnels à SPM, ni de l'équilibre d'un régime dépourvu de tout outil de gestion des risques (GDR), donc de la métropole appelée à verser une subvention d'équilibre non maîtrisée, alors que des solutions adaptées sont identifiées et disponibles.

[27] La caisse de prévoyance sociale (CPS) créée par l'ordonnance de 1977 exerce les compétences dévolues aux caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les collectivités relevant de l'article 73 (les révisions constitutionnelles de 2003 et 2008 ont conservé la dénomination de départements et régions d'outremer), soit celles des branches recouvrement, vieillesse et assurances sociales maladie-maternité-invalidité et AT-MP, et celles dévolues aux CAF dans les mêmes territoires. La caisse n'est pas considérée comme appartenant au réseau du régime général, auquel elle n'est que partiellement intégrée, par le biais d'une subvention d'équilibre, mais aussi grâce à une pratique de coopération initiée à la fin des années 2000 qui l'a associée aux travaux de la MICOR. Sa gouvernance n'est guère spécifique.

[28] En application de la loi égalité réelle outre-mer (loi n°2017-256 du 28 février 2017, l'élection du collège des salariés a été supprimée, avant le renouvellement du conseil d'administration en juin 2017. Le préfet a nommé sur désignation des organisations salariales et d'employeurs les 6 représentants des employeurs (dont 1 indépendant) et de salariés, ainsi que les deux personnes qualifiées.

[29] Si l'ordonnance de 1977 est muette sur la gouvernance de la CPS, se bornant à indiquer que « cette caisse est administrée par un conseil d'administration » (article 4-1), le décret n°80-241 contient dans son article 6 des dispositions strictement identiques au droit commun des organismes de sécurité sociale (OSS, voir L. 121-1 et R.121-1 du CSS) : « *le CA règle par ses délibérations les affaires de l'organisme. Il a notamment pour rôle : 1. D'établir les statuts et le règlement intérieur de l'organisme ; 2. De voter le budget de gestion administrative et le budget de l'action sociale publique qui sont soumis à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ; 3. De contrôler l'application par le directeur et l'agent comptable de dispositions législatives et réglementaires ainsi que l'exécution de ses propres délibérations ; 4. De nommer le directeur et l'agent comptable, sous réserve de l'agrément ministériel.* »

[30] De même l'article 10 du décret, relatif aux attributions du directeur et de l'agent comptable, est strictement aligné sur le droit commun des OSS (L122-1 et R122-1 du CSS). Tout au plus peut-on noter que l'article R. 121-1 est plus complet en ce qu'il précise : « *le pouvoir de contrôle dont dispose le CA d'un OSS sur le fonctionnement général de cet organisme ne l'autorise pas à se substituer ou à donner des injonctions au directeur (...) dans l'exercice des pouvoirs propres de décision qui lui sont reconnus par les dispositions réglementaires applicables, ni à annuler ou à réformer les décisions prises à ce titre.* » C'est donc la posture des acteurs et leur pratique qui peuvent conduire à des empiètements de compétences entre conseil d'administration et directeur de la CPS, et non les textes applicables à la CPS, incompréhensions qu'il convient de lever désormais dans le respect du droit.

[31] La caisse gère le régime de sécurité sociale toutes branches pour tous les résidents de SPM, à l'exclusion de ceux relevant du régime social des marins, et du régime des pensions civiles et militaires. L'Établissement national des invalides de la marine ou ENIM gère tous les risques sauf la famille et recense à SPM 70 marins actifs, 207 affiliés maladie, assurés et ayants-droits, 308 pensionnés, selon son rapport d'activité 2018. Il n'y a donc ainsi que deux régimes maladie à SPM, le régime local et l'ENIM qui représente moins de 10 % des assurés maladie.

[32] La caisse gère deux gestions administratives : l'une assure le fonctionnement de l'organisme, et présente des coûts de gestion rapportés à la population de SPM qui sont en ratio les plus élevés de France et sans comparaison possible, compte tenu de la faiblesse de la population servie et aussi de charges habituellement mutualisées par les caisses nationales (veille législative, développement informatique et RH) ; l'autre est spécifique à la gestion d'un centre de santé, qui a été créé en 2005 pour pallier tant les problèmes d'organisation et d'attractivité du seul hôpital du territoire que l'inexistence alors de l'offre de soins libérale, médecine de ville notamment, qui reste encore peu développée. Elle gère également quatre gestions techniques : maladie, AT-MP, vieillesse et famille, sur lesquelles est imputée la répartition de la gestion administrative générale, recouvrement compris, ainsi qu'un fonds d'action sanitaire et sociale. Seule la branche maladie subventionne l'équilibre du centre de santé.

[33] L'ordonnance de 1977 prévoit dans son article 7 que le régime reçoit une subvention d'équilibre de la CNAM : « *En cas d'insuffisance des ressources, celles-ci sont complétées par une contribution versée par les divers régimes de base obligatoire métropolitains de sécurité sociale selon un mode de répartition fixé par voie réglementaire.* » Le décret 85-1113 du 15 octobre 1985 précise que : « *Pour chaque risque, la contribution des différents régimes de base obligatoires métropolitains (...) est calculée proportionnellement sur la base de l'origine professionnelle des effectifs affiliés à la CPS de SPM. (...) ne sont pris en compte que les régimes correspondant à un nombre d'affiliés de la CPS au moins égal à 10 % des effectifs du risque concerné de ladite caisse* ». La seule ligne figurant dans les comptes de la CPS pour répondre à cet objectif apparaît sous l'intitulé « *subvention CNAM* » dans la gestion technique maladie, qui pèse 50 M€ soit 70 % de l'ensemble des dépenses de la CPS. Le seuil de 10 % explique que seul le régime général soit concerné, mais pas que seule la CNAM intervienne au titre du régime général. La CNAM soutient par ailleurs la modernisation du régime et de la CPS gestionnaire, notamment de ses outils de gestion peu développés.

1.1.2 Un régime de sécurité sociale au déséquilibre croissant

[34] En dix ans, entre 2008 et 2018, le déficit du régime, ou plus exactement la subvention d'équilibre de la CNAM, a doublé, passant de 20 M€ à 41,6 M€, soit un peu moins de 60 % des dépenses du régime. Les cotisations des employeurs et salariés, 26 M€ en 2018, ne représentent que 37 % des dépenses ; encore sont-elles partiellement compensées, pour les employeurs, par le ministère des outre-mer au titre de la loi d'orientation pour l'outre-mer (LOPOM), à hauteur de 5,7 M€ en 2018. Il convient de relever deux particularités de poids dans le financement, l'absence de CSG et de CRDS et des taux de cotisations sociales différents de ceux de métropole.

[35] En dix ans toujours, les dépenses des branches autres que la maladie, soit AT-MP, famille et vieillesse ont doublé, passant de 10,4 M€ à 21 M€, et de 25,4 % à 29,4 % des dépenses. Les dépenses maladie ont pour leur part cru de 70 % en dix ans, soit plus de 5 % par an en moyenne avec une légère accélération à partir de 2013, rythme très supérieur (plus de deux fois) à celui de la progression de l'ONDAM exécuté sur la même période.

[36] En cinq ans, de 2013 à 2018, l'évolution des dépenses toutes branches hors gestion administrative et action sanitaire et sociale est de +18,85 M€ et celle des cotisations de 7,2 M€, avec une dégradation du résultat ou de la subvention CNAM de 11,6 M€. Par branche l'évolution est de +51 % et +0,6 M€ en AT-MP, +39 % et +3,3 M€ en vieillesse et +38 % ou +13,2 M€ en maladie, enfin +1,65 M€ ou +26 % en famille. La répartition entre branches des dépenses de gestion administrative et d'action sanitaire et sociale a changé sur la période, passant du prorata des dépenses au prorata des recettes, allégeant la charge de la branche maladie (-1 M€ et -30 % entre 2013 et 2018).

Tableau 1 : Evolution comparée des dépenses par branche avec et sans GA+ASS

dépenses en k€	2013			2018			évolution 2013-18			évolutions sur 4 ans en %		
	GA+ASS	dép totales	hors GA-ASS	GA+ASS	dép totales	hors GA-ASS	GA-ASS	dép.totales	hors GA+ASS	GA-ASS	dép.totales	hors GA+ASS
AM	3375	37835	34460	2359	50046	47687	-1016	12211	13227	-30%	32%	38%
AT	242	1506	1264	408	2314	1906	166	808	642	69%	54%	51%
AF	1038	7342	6304	2472	10422	7950	1434	3080	1646	138%	42%	26%
AV	1571	10042	8471	2320	14129	11809	749	4087	3338	48%	41%	39%
Total CPS	6226	56725	50499	7559	76911	69352	1333	20186	18853	21%	36%	37%

Source : Comptes CPS, GA pour gestion administrative et ASS pour action sanitaire et sociale

[37] Les recettes de cotisations ont une dynamique plus faible, avec une progression de 12 % en 5 ans pour la période de 2008 à 2013, puis de 32 % pour la période de 2013 à 2018 qui voit la réforme des taux de cotisation vieillesse monter en charge à compter de 2016. La part des dépenses couverte par les cotisations passe donc de 50,3 % en 2008 à 42,6 % en 2013 puis à 36,6 % en 2018.

Tableau 2 : Résultats, dépenses et recettes 2018 de la CPS et ses branches en M€

Gestions techniques	Charges	Produits	dt cotisations	dt autres	dt Subv.CNAM	Résultat
Maladie	50,0	50,0	8,0	0,4	41,6	0
AT	2,3	1,3	1,3	0,0		-1,0
Famille	4,5	10,4	8,8	1,6		5,9
Vieillesse	14	9,1	7,9	1,2		-4,9
Ensemble	70,8	70,8	26,0	3,2	41,6	0

Source : Comptes CPS 2018 en M€, la gestion administrative et l'ASS sont financées par chacune des branches.

[38] Pour les derniers comptes clos, ceux de 2018, les dépenses des gestions techniques, qui contribuent chacune à la gestion administrative et à l'action sanitaire et sociale, représentent 71 M€, dont 50 M€ pour la maladie, 14 M€ pour la vieillesse, 4,5 M€ pour la famille, 2,3 M€ pour les AT-MP. Les résultats des gestions techniques sont contrastés : excédent de 5,9 M€ en famille, déficits de 4,9 M€ en vieillesse et 1 M€ en AT-MP, équilibre par construction en maladie avec la contribution CNAM de 41,6 M€.

[39] La mission note que les comptes provisoires 2019 et les prévisions 2020 marqueraient, par rapport aux réalisations 2017 et 2018, une reprise de la dégradation des quatre branches, plus marquée en famille (-1,35 M€) compte tenu de la disparition en 2019 d'une recette exceptionnelle de 1,5 M€, plus modérée en vieillesse (-0,35 M€) et en AT (-0,1 M€), et de l'ordre de - 1 M € en maladie, où pèsent de nouveau une dépense exceptionnelle d'EVASAN (1,6 M€ pour un seul séjour) et une dotation complémentaire de 1 M€ pour le CHFD au titre de 2018. La subvention d'équilibre de la CNAM, toutes branches, est prévue pour se situer à un niveau élevé, supérieur à 44 M€ au lieu de 42,8 M€ en 2017 et 41,6 M€ en 2018.

[40] Pour la seule gestion technique maladie, les 50 M€ de dépenses comprennent pour moitié les dotations versées au CHFD, environ 26 M€ dont 22,7 M€ pour l'activité hospitalière, 2,1 M€ pour l'USLD, 0,5 M€ pour l'EHPAD et 0,5 M€ pour le SSIAD. S'y ajoutent pour près de 2 M€ en 2018 les actes et consultations externes, séances de dialyse et actes de radiologie, facturés en sus de la dotation depuis 2015. Second poste de dépenses maladie, les transferts dits évacuations sanitaires représentent 7,5 M€ en 2018, en tenant compte de la dépense rattachée par dotation aux provisions, montant en baisse par rapport aux 9 M€ de 2017.

[41] Sur cinq ans, l'évolution des dépenses maladie, retraitées de la gestion administrative et de l'action sanitaire et sociale, s'élève à 13,2 M€ dont environ 80 % relèvent des décisions des pouvoirs publics relatives à l'hôpital. En effet, la dotation annuelle de fonctionnement, long séjour et EHPAD compris, a augmenté de 8 M€ entre 2013 et 2018. Sont apparus en 2015 1,7 M€ de facturation des actes et consultations externes et dialyse. Les dépenses de médicament ont augmenté de 0,8 M€ en 2018 avec la facturation des honoraires de dispensation et le passage du coefficient de majoration de 32,5 % à 40 %. Les dotations aux associations médico-sociales ont augmenté de 0,7 M€, notamment avec la création d'un ESAT. Dans la responsabilité plus directe de la CPS, on note que les prestations en espèces ont évolué en 5 ans de 0,45 M€ et les prestations en nature de 1,5 M€, hors les dépenses d'évacuation sanitaire et la subvention d'équilibre au centre de santé, qui sont stables sur la même période.

[42] Les charges de gestion administrative s'élèvent pour leur part en 2018 à 6,3 M€ soit environ 8,8 % de l'ensemble des dépenses des gestions techniques. En 5 ans, depuis 2013, ces dépenses de gestion administrative ont progressé de 1 M€ soit +19 % ou +3,5 % par an en moyenne ; les dépenses 2013 soit 5,3 M€ représentaient 10,2 % des dépenses des gestions techniques 2013.

[43] Enfin, les montants de cotisations inscrits dans les comptes 2018 de la CPS, soit 26 M€ toutes branches, incluent la compensation par l'Etat des exonérations LOPOM, versée par le ministère de l'outre-mer sur les crédits du programme 138. Ces exonérations LOPOM, d'un montant total de 5,8 M€. sont spécifiques à SPM (cf. Article L752-3-1 CSS), Il s'agit d'une exonération à 100 % pour l'employeur, soit une franchise de cotisations maladie, famille et vieillesse (seule la cotisation AT-MP n'est pas concernée), pour les employeurs privés, en dessous d'un seuil de rémunération du salarié de 1,3 SMIC (entreprises de 10 salariés au plus, BTP jusqu'à 50 salariés, desserte aérienne et maritime de SPM), et 1,4 SMIC (industrie, restauration non classée, presse et audiovisuel, NTIC et pêche) ou 1,5 SMIC (tourisme, restauration classée, hôtellerie).

[44] Les taux de cotisations en vigueur à Saint-Pierre et Miquelon sont très spécifiques, et relativement peu élevés, comparés à la métropole et aux autres outre-mer. La distinction de taux entre les hommes et les femmes pour les cotisations patronales famille des employeurs publics est une survivance peu justifiable depuis 1984, facile à corriger par arrêté. Toutes les cotisations sont à ce jour plafonnées. La cotisation AT-MP est forfaitaire et indépendante de la sinistralité.

[45] Cependant, un mouvement d'harmonisation des paramètres et taux de cotisations vieillesse est engagé depuis 2016 et s'achèvera en 2030, date à laquelle les taux de cotisations seront identiques à ceux de métropole et comprendront une part déplafonnée (ordonnance 2015-896 et décret 2015-1876). Ce mouvement sur 14 ans était estimé, en cible 2030 comparée à 2015, représenter 1,1 M€ de relèvement de cotisation employeur plafonnée et 0,9 M€ de création d'une cotisation employeur déplafonnée, soit 2 M€ au total, induisant une exonération LOPOM supplémentaire de 1,5 M€, selon les règles en vigueur, maintenues identiques jusqu'en 2030.

Tableau 3 : Taux de cotisations 2019 comparés entre SPM et métropole

	SPM		Métropole	
	Part patronale	Part salariale	Part patronale	Part salariale
Maladie (+ invalidité, maternité...)	6,25% fonctionnaires : 4,80%	2,75% fonctionnaires : 2,45%	13,30% fonctionnaires : 9,70%	0%
Vieillesse	6,33% (évolution progressive d'ici 2026)	6,25% (évolution progressive d'ici 2026)	8,55% jusqu'au plafond 1,90% au-delà du plafond	6,90% jusqu'au plafond 0,40% au-delà du plafond
Famille	8% industrie poisson 6% hommes 4% femmes fonctionnaires : 16% hommes 8% femmes	0%	3,45% fonctionnaires : 5,25%	0%
Accidents du travail	1,5% (sauf génie civil et dockers)	0% (sauf dockers 0,50%)	Dépend du secteur d'activité, de la taille de l'entreprise et de sa fréquence d'accidents	0%

Source : Document CPS, il n'intègre pas le taux réduit maladie à 7 % apparu en métropole en 2019 (en-dessous de 2,5 SMIC) ni le fait que le taux réduit famille en métropole 3,45 % s'applique depuis 2016 en-dessous de 3,5 SMIC.

[46] Les systèmes d'information et de liquidation ou de recouvrement de la CPS sont locaux, sinon artisanaux : le fichier assuré (base des données commune aux différents risques) n'est pas au format des bases standard du régime général (Base de droits ouverts ou BDO) Il n'y a pas de diffusion de carte vitale, pas de flux B2 pour les consultations externes, la pharmacie délivrée par l'hôpital et certains soins de ville, pas d'alimentation exhaustive d'un fichier des consommations de soins, pas de connexion avec les bases ou outils nationaux, y compris de sécurisation. Les informations du régime ne remontent pas dans le SNIIRAM. La mission outre-mer inter-branches et régimes (MICOR auprès de la CNAM) conseille la CPS sur la transposition des outils de gestion du risque et a produit en avril 2018 un rapport de mission traçant une feuille de route claire et pragmatique (voir annexe 1). En l'état, les capacités de pilotage et de chiffrage de la CPS restent limitées sur l'ensemble des branches. Faute d'un audit global mené par les directions des systèmes d'information des caisses nationales (CNAM, ACOSS, voire CNAF ou CNAVTS), aucune convention et politique d'adossement de la CPS aux outils nationaux n'a été envisagée. Cet investissement initial semble cependant inéluctable, porteur à terme de sécurisation, simplification et réduction des frais de gestion.

1.2 Une caisse atypique

1.2.1 Par sa taille modeste

[47] La CPS gère l'ensemble des risques maladie, maternité invalidité décès, accidents du travail et maladies professionnelles, famille et retraite pour toute la population de l'île, à la réserve près des ressortissants de l'ENIM et du risque vieillesse des fonctionnaires. A ce titre, elle couvre pour la branche maladie environ 6000 assurés sociaux et ayants-droits, 1040 allocataires pour la branche famille et 1638 retraités. Pour le recouvrement, 850 comptes cotisants sont actifs en 2018.

[48] Elle développe également une action sanitaire et sociale (ASS) pour compléter son offre de service et mieux accompagner ses ressortissants en fonction de leurs circonstances de vie. Son financement est de deux natures, un prélèvement sur le produit des cotisations et un abondement du seul FNASS de la branche famille. Elle reprend les grandes thématiques nationales pour les prestations d'ASS, maladie, famille, vieillesse. Elle porte également des préoccupations spécifiques comme les aides au transport pour des accompagnants d'évacuations sanitaires (EVASAN), ou les aides au chauffage dans le cadre du maintien au domicile des personnes âgées. Ces dernières étant d'ailleurs délivrées à l'ensemble des résidents de l'archipel, répondant aux conditions d'éligibilité, quel que soit leur régime vieillesse (ENIM, CNRACL), une clarification est recherchée en lien avec la DSS. Il convient de rappeler que le contrat pluriannuel de gestion (CPG) d'une caisse de base définit le cadre applicable à son ASS, qui pourrait ainsi préserver les spécificités du territoire.

[49] Cette caisse reçoit des flux d'information mesurés dont l'importance est fonction de la population couverte. A titre d'exemple, on retiendra une centaine de demandes de retraites, 500 déclarations annuelles des données sociales (DADS) et 6000 bordereaux de cotisations et une estimation d'un peu plus de 100 000 feuilles de soins potentielles par an. Cependant deux segments d'activité font exception, il s'agit :

- d'une part des 566 affiliations annuelles qui dénotent un turn-over important du fichier directement lié à l'existence du régime. En effet, tout salarié embauché sur l'archipel, y compris pour une mission de courte durée, est ré-immatriculé dans le régime ;
- d'autre part du nombre d'arrêts de travail (823 bénéficiaires d'IJ maladie/AT/MP) rapporté à la population de salariés de droit privé (environ 2500).

[50] La caisse bénéficie du concours de 67 salariés (équivalents temps plein) répartis comme suit entre les différents secteurs d'activité : 6 pour la direction, 17 sur les fonctions métier, 8 sur l'ASS et la prévention 4 au service médical, 4 sur la fonction d'accueil, 3 sur les systèmes d'information, 20 sur les fonctions supports et 6 à l'agence comptable. Le poids relatif des fonctions support est important, l'énergie consacrée à des traitements manuels de saisie ou d'exploitation également, au détriment de tâches à forte valeur ajoutée notamment en matière de gestion du risque, ou concernant plus particulièrement l'accompagnement des assurés, des professionnels de santé et des employeurs.

1.2.2 Par son organisation

[51] La caisse est organisée en quatre grandes entités :

- une direction des prestations (maladie, famille, retraite), de la prévention, de l'ASS,
- une direction du support, du recouvrement, pilotant également le centre de santé,

- une agence comptable,
- un département informatique et des projets, comprenant un secteur requêtes GDR en émergence.

[52] C'est une construction historique qui aujourd'hui marque ses limites, notamment avec la dispersion des responsabilités concernant la sphère santé, le manque de visibilité des acteurs de la GDR, de la lutte contre la fraude, mais aussi un manque de formalisation de processus métier, par exemple la reconnaissance des AT/MP avec une absence de compétences dévolues à cette fonction. L'hétérogénéité d'une direction des ressources qui gère le recouvrement et un centre de santé doit être soulignée. Le recouvrement n'a pas de moyens à disposition pour le contrôle employeur. Et le centre de santé est laissé à l'écart de la dynamique de la branche maladie, alors même qu'il regroupe une majorité de professionnels de santé du secteur ambulatoire qui devraient être les premiers bénéficiaires réguliers des programmes d'accompagnement de l'assurance maladie. De la même façon, le service médical, rattaché hiérarchiquement à la directrice, contrairement à la pratique du régime général, souffre de limites liées à son organisation et à son outillage. Composé de 4 ETP dont un seul médecin conseil, ce secteur rencontre des difficultés de fonctionnement notamment pour assurer la continuité du service, pendant les périodes de congé du praticien qui s'efforce de rester le plus possible joignable. Le temps consacré à la gestion du risque et à la lutte contre la fraude est également dépendant d'autres tâches chronophages.

[53] Ainsi l'examen quasi-hebdomadaire des EVASAN (une trentaine de dossiers à chaque commission) est lourd (un mi-temps), le médecin peut être appelé pendant le parcours de soins du malade évacué si une difficulté se pose. Enfin ce dernier est mobilisé également, faute d'autre interlocuteur médical, par la maison de l'autonomie pour instruction de ses dossiers. Le temps dévolu au contrôle des prestations à l'accompagnement des assurés et des professionnels de santé s'en ressent inévitablement. Limité à un quart d'ETP médecin, ce temps est très nettement insuffisant pour développer une véritable politique de formation des délégués de l'assurance-maladie (DAM), d'accompagnement et de contrôle. La situation est complexifiée par un manque d'outil informatique performant.

1.2.3 Par ses coûts de gestion

[54] La caisse présente un taux de prélèvement pour assurer sa gestion qui est atypique. Il avoisine les 8,8 % ce qui est plus du double des autres organismes (CPAM 3,2 %). Ceci s'explique pour plusieurs raisons : tout d'abord la modestie de ses ressources liées à la taille de sa population comparée aux dépenses de structure minimales pour faire fonctionner une caisse. Ceci est accentué non seulement par l'absence de mutualisation avec d'autres caisses mais aussi par le rôle particulier de la CPS qui doit développer des fonctions d'expertise et des compétences rares pour réaliser des tâches qui, échappent aux autres organismes, relevant des caisses nationales. A ceci s'ajoute le coefficient de sur rémunération qui accentue les différences en matière de masse salariale par rapport aux organismes de métropole et à un degré moindre ceux des autres outre-mer.

1.3 Une caisse qui doit poursuivre sa mutation

[55] La caisse doit nécessairement évoluer pour poursuivre sa modernisation et s'adapter aux grands enjeux sanitaires et médico-économiques de la période. Trois actions peuvent largement y concourir : la clarification des cadres juridiques, la modernisation des organisations, des outils et méthodes, enfin la contractualisation avec le niveau national.

1.3.1 Clarifier et simplifier les cadres juridiques

1.3.1.1 Clarifier sa gouvernance

[56] Il s'agit tout d'abord de repreciser les règles d'exercice des responsabilités au sein de la caisse : au-delà des textes rappelés supra (au 1.1.1), l'article 5 des statuts de la CPS précise les missions de son organe délibérant, assez classiquement, vote des budgets, contrôle de l'action de la direction, nomination des directeur et agent comptable, délibérations sur « *les affaires de l'organisme* », formule un peu ancienne, explicitée par un « *et notamment* » la politique d'action sanitaire et sociale, les modalités de traitement des réclamations, les opérations immobilières et de gestion du patrimoine, les dons et legs. C'est l'article 14 qui décrit le rôle du directeur, assurer le fonctionnement de l'organisme, organiser le travail, nommer aux emplois, ordonnancer les dépenses, enregistrer les recettes préparer les projets de budget et ester en justice. On peut déduire de l'alinéa sur l'exercice de ses délégations qu'il représente également l'organisme dans les actes de la vie civile.

[57] Ces statuts actuels, même s'ils sont donc relativement clairs, mériteraient d'être un peu précisés, car une pratique historique quelque peu différente a pu entretenir une certaine confusion, laissant croire que le conseil et son président disposent de pouvoirs opérationnels qui relèvent exclusivement de la compétence de la direction.

[58] Cette clarification passe par la réaffirmation sans ambiguïté des rôles de chacun, le conseil ayant un pouvoir d'orientations stratégiques, avec le vote des budgets, le contrôle de l'action de la direction, et la direction proposant des axes stratégiques, des budgets et assurant la mise en œuvre opérationnelle, y compris les relations avec les partenaires.

1.3.1.2 Contractualiser sur les objectifs et moyens avec le niveau national

[59] Cette démarche aurait comme objectif de partager la feuille de route stratégique de la caisse travaillée en amont (préparée par la direction, validée par le conseil dans son rôle stratégique). La signature du contrat pluriannuel de gestion pour la caisse relève pour les organismes multi-branches (CGSS) du président du conseil d'administration et de la directrice⁵. Elle permettrait d'officialiser les objectifs retenus et d'assurer les ressources adéquates pour les mettre en œuvre. Elle apporterait les moyens pour rendre possible l'alignement de la caisse par rapport aux évolutions fondamentales de la sécurité sociale (médecin traitant, CMUC, carte vitale...). Elle donnerait à la caisse accès aux mécanismes de mutualisation de compétences rares et d'outils, pour rendre plus fluide le fonctionnement de l'organisme. C'est la solidarité d'un réseau national qui pourrait être mobilisée pour résoudre des défis aujourd'hui insurmontables pour une caisse isolée. A titre d'illustration, a été évoquée infra la possibilité de confier la sous-traitance de la production de cartes vitales à un organisme de métropole, le temps de construire une solution pérenne. Le recours à la trésorerie du régime général éviterait les difficultés d'échéances qui sont aujourd'hui redoutées. Enfin, l'émargement sur les fonds nationaux (FNPEIS pour la prévention, FNASS pour l'action sanitaire et sociale et autres financements CNSA...) contribuerait à clarifier les financements plutôt que de les voir noyés dans la subvention d'équilibre, concourant ainsi à une plus grande responsabilisation des acteurs.

⁵ Voir la rédaction actuelle de l'article L227-3.

1.3.1.3 Appliquer le principe d'identité législative au droit de la sécurité sociale à SPM

[60] La clarification concerne avant tout la mise en œuvre du principe d'identité législative dans le droit de la sécurité sociale, soit l'applicabilité directe des textes sauf adaptation expresse par le pouvoir législatif. Tous les acteurs nationaux et locaux doivent en être convaincus ; ceci économisera du temps de travail en recherches et interrogations aussi fastidieuses qu'inutiles et évitera le report quasi systématique des réformes structurantes. L'enjeu est de garantir aux assurés et aux professionnels les mêmes droits et garanties réels que sur le reste du territoire national, en permettant aux acteurs ATS, CPS, CHFD et l'ensemble des professionnels de bénéficier des outils standards mais adaptés de gestion, de modernisation et de simplification.

[61] De façon plus générale, le toilettage de l'ordonnance de 1977, outre celui de certaines dispositions du code de la sécurité sociale ou du code de la santé publique, reste nécessaire pour donner à la caisse de SPM les bonnes références, ou retirer les dérogations sans fondement comme la référence au code de la mutualité et non le code de la sécurité sociale (article 3 de l'ordonnance), ce qui a motivé à l'origine son appellation de caisse de prévoyance sociale ; doivent être abrogées les dispositions relatives au processus électoral du collège des salariés (articles 4-3 à 13 qui auraient dû être supprimés en même temps que l'article 4-2 par la loi de 2017), les affirmations devenues inutiles en droit commun, comme les dispositions diverses notamment sur les modalités de contrôle, l'action sanitaire et sociale, les allègements de cotisations, et la dérogation relative aux relations avec les professionnels de santé (articles 5, 6, 8-2 et 9-9).

[62] La gouvernance applicable à la caisse gérant la sécurité sociale à SPM doit demeurer celle d'une caisse multi-branches⁶, addition d'une CGSS et d'une CAF, à intégrer au réseau, aux comptes et à la trésorerie du régime général, quelles que soient par ailleurs les adaptations et transitions spécifiques au territoire.

[63] Actuellement, malgré le principe d'identité législative, et une jurisprudence récente de la Cour de cassation⁷, au motif de l'existence de l'ordonnance de 1977 modifiée, le code de la sécurité sociale n'est pas considéré comme directement applicable à Saint-Pierre et Miquelon. La rédaction de l'article L111-2 du code, résultant de la loi de financement pour 2017, est conforme à cette position du législateur et de la DSS. Par ailleurs, les dispositions du titre 5 du livre 7, soit les articles L751-1 et suivants relatifs aux CGSS et CAF de Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin ne sont pas applicables à SPM. Le modèle appliqué aux CGSS et CAF de ces territoires, ainsi qu'à la caisse de Mayotte depuis 1998⁸ est pourtant unique, en cours de simplification, et a vocation à s'appliquer à la caisse de SPM. Elle doit être progressivement considérée comme un organisme de base, recevant des dotations couvrant sa gestion administrative (fonctionnement et investissement), bénéficiaire pour sa gestion administrative et son action sanitaire et sociale d'un contrat pluriannuel de gestion (CPG) unique, rentrer dans la trésorerie commune, adosser chaque gestion de risque (maladie et AT, vieillesse, famille) à la branche concernée. A terme,

⁶ Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit d'élargir les possibilités de création d'une caisse commune de sécurité sociale, qui ne sera plus expérimentale pour 5 ans, mais conserve l'initiative des conseils et conseils d'administration des organismes locaux du régime général se regroupant ; la fiche d'évaluation préalable (annexe 9 du PLFSS) note à juste titre qu'à Mayotte et SPM existe déjà une caisse unique de sécurité sociale. Ce modèle ne semble donc pas pertinent. Les CGSS sont pour leur part définies par les articles L752-4 et suivants du code de la sécurité sociale, avec un conseil d'administration de 25 membres, dont 8 représentants des salariés et des employeurs, 3 des exploitants agricoles et 2 de la FNMF, enfin 4 personnes qualifiées. L'ordonnance de 1977 modifiée par la loi 2017-256 a maintenu pour la CPS un conseil d'administration de 14 membres dont 2x6 salariés/employeurs et 2 personnes qualifiées.

⁷ Voir note 2 en bas de page et l'annexe 2.

⁸ Le département de Mayotte est le seul autre territoire ultramarin doté d'une caisse de sécurité sociale unique couvrant la famille, gérant un régime local, tout en étant depuis 1998 dans le réseau du régime général, avec des adaptations et transitions organisées jusqu'en 2036 par le législateur.

comme l'ensemble des caisses de base du régime général, la caisse de sécurité sociale de SPM a vocation à faire partie des comptes combinés⁹ annuels de chaque branche (maladie, AT-MP, famille, vieillesse), même si elle s'est engagée par précaution dans une certification par un commissaire aux comptes sur l'exercice 2019.

[64] Ce modèle multi-branches ultramarin est d'ailleurs en évolution, l'arrêté du 25 mars 2019 relatif à la répartition des charges et produits de gestion administrative des CGSS dans les comptes combinés des régimes et branches prévoyant désormais que « sur la base des informations transmises par les CGSS, la CNAM centralise l'ensemble des charges et produits de gestion administrative de ces caisses » et les notifie aux autres caisses nationales selon une clé forfaitaire de répartition¹⁰. Par ailleurs, dans le cadre de l'article L227-3 relatif aux contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre les caisses nationales et les organismes de base, il est prévu pour les CGSS d'aller vers un CPG transverse portant sur les missions d'appui, de support, et d'accompagnement de la clientèle. La simplification, poussée jusqu'à un CPG unique, coordonné par la CNAM, est indispensable pour la caisse de Saint-Pierre et Miquelon, compte tenu de sa taille.

[65] Les modifications nécessaires de niveau législatif peuvent être prises soit par un projet de loi, éventuellement la loi de financement annuelle de la sécurité sociale, soit par voie d'ordonnance, comme à plusieurs reprises (ordonnance vieillesse de 2015 en dernier lieu). Dans cette hypothèse, la préparation et la concertation avec les acteurs démarrent en amont d'une éventuelle habilitation législative¹¹, et l'article 74-1 de la constitution habilite de façon permanente pour « étendre [par ordonnance, dans les matières qui demeurent de la compétence de l'Etat, et dans les collectivités d'outre-mer visées à l'article 74], avec les adaptations nécessaires, les dispositions de nature législative en métropole ou adapter les dispositions de nature législative en vigueur à l'organisation particulière de la collectivité concernée¹². » Le gouvernement peut donc porter à tout moment opportun un projet de réforme de l'ordonnance de 1977 à définir et concerter, selon les formes prévues par la constitution¹³.

[66] La notion de régime de sécurité sociale applicable dans certains territoires d'outre-mer, notamment SPM et Mayotte compte tenu des harmonisations en cours d'ici 2030 et 2036 respectivement doit être toilettée également. Ainsi, en matière de vieillesse, et conformément à ses statuts définis par le décret 70-1277 du 23 décembre 1970 modifié¹⁴, l'IRCANTEC n'affilie pas les

⁹ Pour Mayotte, les comptes combinés 2018 rappellent que « la caisse de sécurité sociale de Mayotte n'est pas intégrée aux comptes présentés. Son intégration est prévue par l'article 32 de la LFSS pour 2015 mais doit faire l'objet d'une autorisation préalable du ministère des solidarités et de la santé non reçue à la clôture des comptes 2018 » (au titre de la fiabilité des comptes). Quelle que soit la forme juridique, explicite ou non, dans le cadre du principe d'identité législative, les dispositions des articles L114-5, 6 et 6-1 du code de la sécurité sociale sont applicables sauf adaptation expresse. Le principe intégré par la LFSS 2015 dans les articles 22 et 26 de l'ordonnance n°96-1122 relative à Mayotte selon lequel « Pour l'application de [ces articles], la caisse de sécurité sociale de Mayotte est considérée comme un organisme de base, au sens du titre 1er du livre II du code de la sécurité sociale » a également vocation à s'appliquer à SPM.

¹⁰ CNAM branche maladie 71 %, CNAV branche vieillesse 21 % CCMSA 8 %.

¹¹ L'article 223 II de la loi 2016-41 du 26 juillet 2016 portait une habilitation relative à la sécurité sociale autorisant « à rapprocher par ordonnance le droit applicable (...) à SPM de la législation applicable en métropole ou dans les collectivités régies par l'article 73 de la constitution en matière de sécurité sociale. »

¹² Cette disposition issue de la réforme constitutionnelle de juillet 2008 ne semble avoir été utilisée qu'une fois depuis pour SPM, en matière de libertés publiques pour l'ordonnance 2009-536 du 14 mai 2009 portant diverses dispositions d'adaptation du droit outre-mer.

¹³ « Les ordonnances sont prises en conseil des ministres après avis des assemblées délibérantes intéressées et du conseil d'Etat » (article 74-1, voir également l'article LO6413-3 du CGCT). Ces ordonnances doivent être expressément ratifiées dans un délai de 18 mois suivant leur promulgation.

¹⁴ Les conditions édictées par l'article 5 du décret sont « exercer leurs fonctions sur le territoire de la France métropolitaine ou dans les départements de la Martinique, Guadeloupe, de la Guyane, de la Réunion et de Mayotte ou dans les collectivités de Saint-Barthélemy et Saint-Martin ; toutefois (...) les agents exerçant hors des territoires ci-dessus mentionnés sont admis au bénéfice du régime sous la double condition de ne pas être affiliés à un régime local d'assurance vieillesse et d'être affiliés au régime d'assurance-vieillesse de la sécurité sociale française. »

médecins hospitaliers et contractuels publics, au motif de l'existence d'un « régime local d'assurance vieillesse », et ces agents relèvent donc d'une institution AGIRC-ARRCO (IRCOP). Cette complexité inutile gagnerait à être levée pour favoriser la mobilité, en modifiant le décret n°70-1277, comme en 2008 pour Mayotte dans des conditions similaires.

[67] La caisse doit pouvoir prendre en charge les évolutions de la couverture des assurés maintes fois repoussées, telles que la protection maladie universelle (PUMA) qui succède depuis 2016 à la CMU (en place sur le reste du territoire depuis 2000) et la complémentaire santé solidaire ou CSS (qui remplace au 1^{er} novembre 2019 CMUC et ACS). Ces dispositifs qui simplifient l'accès aux droits pour les populations les plus fragiles sont une véritable avancée pour renforcer un véritable accès aux soins pour tous à SPM, dernier territoire où subsiste l'assurance personnelle.

[68] Le territoire bénéficie actuellement d'un tiers payant intégral (part obligatoire et complémentaire) assuré par la CPS, avec pour les soins dentaires l'application généralisée des tarifs du panier de soins CMU-C. Cette situation favorable ne sera pas remise en cause par l'application large du droit commun et des outils du régime général, les solutions appropriées restant disponibles comme en métropole ou dans d'autres outre-mer. La caisse doit pouvoir mettre en œuvre concomitamment aux autres organismes le reste à charge zéro pour l'optique et le dentaire, dispositifs pérennes et novateurs.

[69] De la même façon, la rédaction obsolète de l'article 9-9 de l'ordonnance de 1977 modifiée prévoit des conventions territoriales entre la CPS et les professionnels de santé libéraux locaux, au demeurant peu nombreux. Cette activité n'a plus de sens et mobilise inutilement les compétences juridiques et techniques de la caisse. Une application directe des conventions nationales, négociées pour l'ensemble des régimes, couplée à une indexation des honoraires, doit être la règle comme pour les autres DOM.

Recommandation n°1 Préciser les statuts de la caisse pour lever toutes les ambiguïtés sur les rôles de chacun au sein de la gouvernance de la caisse en s'inspirant de ceux des CGSS. Rappel par la DSS des rôles de chacun à cette occasion.

Recommandation n°2 Engager avec la CPS, la DSS, les caisses nationales, en lien avec la DGOM des travaux pour construire le cadre de la contractualisation entre la CPS et la CNAM représentant les caisses nationales, et son vecteur juridique (contrat pluriannuel de gestion CPG).

Recommandation n°3 Faire clarifier par les deux ministères santé et outre-mer, auprès du préfet, de l'ATS et la CPS, le principe d'applicabilité directe du droit commun à SPM, sauf dérogations ou adaptations spécifiques explicites.

Recommandation n°4 Etendre les conventions nationales aux professionnels de santé libéraux de Saint-Pierre et Miquelon, en supprimant la dérogation obsolète de l'ordonnance de 1977 (article 9-9).

1.3.2 Moderniser organisations et méthodes

1.3.2.1 Revoir l'organisation globale

[70] L'organisation de la caisse nécessite une mise à jour certaine pour être en capacité de relever les nouveaux défis qui s'offrent à la sécurité sociale, exigence d'efficience, volonté d'apporter des services et télé services attentionnés aux ressortissants, vraie politique de prévention, de gestion du risque, lutte contre la fraude. Une hypothèse parmi d'autres pourrait être de maintenir quatre centres de décision articulés autour d'une « vraie » direction de la santé, intégrant outre les prestations, les

relations avec les offreurs de soins, la gestion du centre de santé, la prévention voire l'ASS, d'une direction des prestations famille, vieillesse et du recouvrement, d'une direction des ressources et des SI et enfin de l'agence comptable. La nouvelle directrice partage ce constat et a mis en place au 1^{er} décembre 2019 une nouvelle organisation.

[71] L'organisation de la caisse, c'est aussi la capacité à développer des mutualisations de fonction et d'expertise avec d'autres caisses ou centres de traitement nationaux, à l'instar du grand mouvement qui s'est concrétisé dans tous les réseaux, y compris, avec certes un peu de décalage, sur les autres outre-mer. En effet, quelles que soient la compétence et la bonne volonté des salariés, les constats évoqués montrent une situation de fragilité de la caisse en termes de continuité de service. La CPS n'atteindra jamais la taille critique pour pouvoir raisonnablement se doter de toutes les compétences utiles, et a fortiori d'expertises rares ; pour pallier cette difficulté, elle revoit son organisation, doit automatiser davantage de tâches, mais elle doit aussi bénéficier de forts appuis extérieurs.

[72] Cette mutualisation nécessite une volonté partagée, en interne comme en externe, mais aussi une capacité à appliquer les mêmes législations avec les mêmes outils à disposition. C'est un levier intéressant à la fois pour sécuriser des activités, gagner en temps de travail et pour réaffecter des moyens vers des fonctions à forte plus-value.

[73] Pour ce qui concerne le service médical, trois pistes de réflexion peuvent être avancées. Dans un premier temps, la caisse et son médecin conseil doivent davantage s'appuyer sur une direction régionale du service médical (DRSM) de métropole, en l'occurrence celle de Bretagne, pour bénéficier de l'ingénierie et de la méthodologie accompagnant la mise en place des programmes de gestion du risque, et ainsi, gagner un temps d'appropriation précieux voire bénéficier des avis d'experts utiles. Des missions d'appui sur site pourraient être organisées avec le concours de la DRSM sur certains aspects du contrôle et de la lutte contre la fraude.

[74] Parallèlement la caisse devra travailler avec la CNAM les solutions envisageables pour disposer de modules issus de l'outil informatique national (HIPPOCRATE) permettant d'automatiser des échéances de contrôles et d'accompagnement, gagnant ainsi en efficacité.

[75] Enfin, en fonction des nouveaux objectifs assignés au service, un deuxième poste de praticien conseil pourrait être envisagé, poste dont le financement pourrait être gagé à la fois par la contribution d'autres partenaires au titre des services rendus (collectivité territoriale pour la maison de l'autonomie, préfecture médecin expert) et des gains de productivité enregistrés en interne. De la même façon, un des trois postes dévolus actuellement aux tâches administratives devrait évoluer à terme vers des missions tournées davantage vers les relations avec les professionnels de santé.

1.3.2.2 Poursuivre la formalisation des procédures de travail

[76] Le renforcement du pilotage des différentes gestions et du suivi de la qualité du service permettra de mieux tenir les résultats, d'améliorer le taux de satisfaction (déjà plus qu'honorable) des usagers, de gagner ainsi en productivité en évitant les répétitions de contacts et d'opérations. La formalisation progressive des procédures poursuit le même objectif. L'ensemble de ces actions vise à réaffecter des ressources en interne sur des fonctions aujourd'hui mal ou pas couvertes et pourtant aussi pertinentes qu'intéressantes : gestion du risque, contrôle des arrêts de travail et reconnaissance des AT/MP. Ces compétences seront mieux utilisées pour exploiter les données, devenues exhaustives de la consommation de soins, pour développer des actions de gestion du risque davantage ciblées et outillées donc plus efficaces tant d'un point de vue de santé publique que d'un

point de vue économique. Les compétences doivent être mutualisées avec des organismes du réseau à chaque fois que cela s'avère possible et que cela sécurise l'activité.

Recommandation n°5 Réorganiser la CPS avec une direction santé ayant en responsabilité l'intégralité du champ de la santé, une direction des autres risques et du recouvrement, une direction supports et une agence comptable, en renforçant un service médical aux missions rééquilibrées.

1.3.3 Faire évoluer de façon pragmatique l'outil informatique pour faciliter l'acquisition des données et renforcer le service à l'assuré

[77] L'évolution du modèle informatique de la caisse sera complexe compte tenu de plusieurs contraintes :

- la caisse dispose d'un service informatique réactif mais avec un effectif nécessairement limité,
- les modèles nationaux sont difficilement transposables directement pour la gestion d'une entité de taille aussi modeste, compte tenu des enjeux que cela représenterait.
- le modèle local nécessite des travaux de maintenance importants avec notamment une réécriture progressive par domaine fonctionnel, sur la base de technologies de développement récentes.

[78] Les besoins sont nombreux et concomitants, ainsi en va-t-il de la maladie pour pouvoir assurer dans de meilleures conditions les missions de base (Cf. infra) comme du recouvrement pour lequel la réécriture de modules est programmée pour tenir compte des évolutions.

[79] Une démarche pragmatique consisterait, à paralléliser ce qui peut être fait : sécuriser l'infrastructure, et développer des modules complémentaires au modèle local, mobiliser à chaque fois que cela est possible des applicatifs nationaux permettant de répondre à des objectifs de gestion et d'amélioration du service à l'utilisateur. Pour y arriver dans des délais resserrés, le principe d'un recours quasi systématique à des prestataires externes sous le pilotage des experts nationaux et de la caisse est à retenir à chaque fois que cela semble pertinent. Assurer en 2020 une acquisition automatisée des données est un préalable important qui va permettre à la fois de dégager de la productivité et d'assurer une connaissance exhaustive des données individuelles. Ceci s'impose singulièrement dans la branche santé. Les saisies manuelles de données sont encore trop nombreuses et mobilisent de l'énergie inutilement. De même, la pharmacie délivrée par l'hôpital comme ses consultations externes font l'objet de paiements globaux sans report individualisé dans la base de données, privant ainsi la caisse d'une vue complète des consommations de soins et autres prescriptions. La gestion du risque, l'accompagnement, le contrôle des assurés et des professionnels de santé, s'en trouvent très limités voire rendus impossibles pour des initiatives en matière de santé publique comme la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse par exemple.

[80] Deux outils peuvent être mobilisés pour être très vite au rendez-vous, le transfert dématérialisé de l'information par les partenaires (type B2), ou à défaut la transmission de feuilles de soins papier au format permettant une lecture assistée des documents. Les premières transmissions de données pour les prescriptions des médecins du centre de santé, comme pour les actes du centre de soins dentaires mutualiste, sont encourageantes sur la capacité à progresser rapidement. Avec le soutien de la MICOR, cette transformation peut être menée à bien en 2020.

[81] Parallèlement la réflexion doit être ouverte pour doter les assurés d'une carte vitale. Le système local ne permet pas de générer ces cartes faute de liaison avec le national et de la disposition

des outils de mise à jour. Cette situation est une source de complexité pour les assurés quand ils doivent avoir recours à des soins inopinés en métropole.

[82] Ceci nécessite des travaux conséquents sur le modèle informatique et sur les liaisons avec les applicatifs nationaux. En l'attente de cette refonte profonde, une solution dégradée pourrait être travaillée en lien avec la CNAM et une CPAM à titre transitoire. Elle consisterait à faire héberger dans l'environnement d'une caisse de métropole, un fichier des assurés de Saint Pierre rafraîchi par exemple au trimestre ou au semestre, pour fournir temporairement des cartes Vitale utilisables uniquement dans le cadre de leurs déplacements dans l'hexagone, la CPAM procédant à la liquidation des flux enregistrés par le biais de ces cartes, à charge pour la CPS de la rembourser régulièrement.

[83] A moyen terme, 3 ans environ, une solution complète et pérenne est à bâtir pour faire bénéficier le territoire de l'ensemble du dispositif Vitale. Elle consisterait à capitaliser sur l'interopérabilité des réseaux qui est construite actuellement par la CNAM pour permettre aux salariés de la CPS de consulter AMELI réseau. Celle-ci devrait pouvoir être utilisée ensuite pour faire bénéficier la caisse d'une mise à disposition des outils de gestion des cartes Vitale et plus largement pour mobiliser les applicatifs indispensables, et uniquement ceux-là (par exemple Progrès), pour créer les assurés dans une base de droits ouverts (BDO) particulière au niveau national, et prendre en compte les flux de facturation Vitale, sachant que les offreurs de soins ont sur l'archipel les logiciels agréés par le GIE SESAM-VITALE.

[84] Concernant les outils à disposition de l'assuré, la question du dossier médical partagé (DMP) n'est pas complètement réglée par les mesures évoquées ci-dessus ; la diffusion du DMP nécessite bien en prérequis le déploiement de la carte Vitale mais aussi la mise en œuvre d'un dispositif automatisé d'alimentation des données de remboursement (chargement initial pour la reprise de l'historique puis chargements réguliers pour les soins futurs). Ce dispositif automatisé d'alimentation devrait être construit à moyen terme avec la CNAM en liaison avec la structure « hébergeur » des données.

[85] Il en va de même des comptes assurés et professionnels de santé et autres télé-services ; en effet leur complétude nécessite de mobiliser des informations dans un nombre trop important de référentiels nationaux (maladie mais aussi AT/MP et invalidité...) Une solution locale semble plus envisageable avec le soutien de l'équipe de maîtrise d'ouvrage nationale.

[86] L'équipe locale a déjà porté des projets de ce type, pour construire de nouveaux modules ou en adapter. La difficulté réside dans le fait de les intégrer dans une road-map locale déjà chargée. Le recours à des prestataires externes sera indispensable.

Recommandation n°6 Poursuivre en lien avec la MICOR et les directions systèmes d'information les évolutions et sécurisations indispensables à court, moyen et long terme dans l'intérêt des assurés et des professionnels : dès 2020 les flux dématérialisés (norme B2) et/ou la lecture automatique de documents (LAD) doivent faciliter des gains de productivité et la gestion des risques ; à court terme, une sécurisation du système d'information local est indispensable,

Recommandation n°7 Assurer également le déploiement par étapes de la carte vitale, du DMP et d'autres outils ou services.

Recommandation n°8 Développer les outils de pilotage pour mettre en routine le suivi de l'activité y compris sur le volet qualité, formaliser davantage les procédures et concourir ainsi à limiter les doublons et autres répétitions de contacts, permettant de réaffecter des ressources sur les nouveaux objectifs stratégiques.

2 Situation et perspectives d'une offre de soins territoriale fragile

2.1 Les acteurs et enjeux pour conforter une offre de soins fragile

[87] L'offre de soins territoriale est portée par le centre de santé géré depuis 2005 par la CPS, par quelques acteurs libéraux, et par le centre hospitalier François Dunan, qui possède un important secteur personnes âgées. Elle est complétée par un secteur médico-social associatif. Elle est pilotée par l'agence territoriale de santé.

[88] En application de l'article L1425-2 4° du code de la santé publique, « la mention du représentant de l'Etat se substitue à la mention du directeur général de l'ARS », et c'est donc le préfet qui exerce les compétences dévolues aux ARS. Il s'appuie sur l'administration territoriale de la santé (ATS), service déconcentré de l'Etat placé sous son autorité, qui est composé de 6 personnes dont son directeur.

[89] Dans le cadre du plan santé outre-mer, une feuille de route territoriale a été validée, qui semble un document ambitieux mais présente un risque de rester quelque peu théorique au regard du nombre des acteurs mobilisables et des difficultés de recrutement des compétences nécessaires compte tenu d'un manque d'attractivité du territoire. Structurée en 5 axes, une quinzaine d'objectifs et une trentaine d'actions, la feuille de route santé de SPM est pilotée par le préfet et l'ATS et suivie au niveau national par les deux ministères santé et outre-mer dans le cadre du plan santé outre-mer. Au niveau territorial, la commission territoriale santé et autonomie en assure un suivi au moins annuel. Les pilotes et coordonnateurs sont répartis entre les institutions concernées : ainsi, la CPS pilote deux actions et en coordonne sept autres, soit un tiers des actions de la feuille de route. En particulier, un comité des parcours de soins s'est réuni mensuellement en 2018 puis à compter de juin 2019 entre ATS, CPS et CHFD, notamment au titre des objectifs 13 parcours de soins et 14 EVASAN (axe 5 réduire les inégalités de santé).

2.1.1 Le centre de santé, efficace et incontournable depuis 2005, doit continuer à s'adapter

[90] En application des articles L6323-1 et suivants du code de la santé publique, « les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluri-professionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. » Ils « sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif », ce qui est évidemment le cas des organismes de sécurité sociale, soit par des collectivités locales ou leurs EPCI, soit par des établissements de santé publics ou privés. Plusieurs caisses de sécurité sociale en métropole sont ainsi gestionnaires de centres de santé.

[91] La CPS a créé un centre pluri-professionnel en 2005 pour répondre aux besoins en médecine ambulatoire compte tenu de la faible implantation de professionnels de santé libéraux et d'une absence de réponse adaptée par l'hôpital à ce besoin spécifique. S'il reste le pivot de l'offre de soins ambulatoire, faute d'autres volontaires, il assume également des tâches médicales en déshérence (près d'un ETP pour la médecine scolaire, celle des gens de mer, l'appui d'un médecin au centre d'addictologie (CSAPA), les visites pour les permis de conduire, le suivi des fonctionnaires...). Ce centre de soins recueille un taux de satisfaction de la part des usagers plus qu'honorable avec 87 % de satisfaits.

[92] Il compte aujourd'hui 17 professionnels de santé dont 4 médecins, 2 dentistes, 6 infirmiers, 4 kinésithérapeutes, un orthophoniste, et également 2 prothésistes et 2 assistantes dentaires. Son attractivité est démontrée par sa capacité à recruter ; l'arrivée, au deuxième semestre 2019, d'un médecin et d'une dentiste en est encore une preuve. Pour autant, le centre a su s'adapter aux besoins en réduisant de 7 à 4 les postes de médecin, lors de l'installation de deux médecins du centre en libéral. Précédemment, le poste médical de Miquelon a été transféré à l'hôpital, davantage en capacité d'assurer une permanence sur cette île. Parallèlement, le nombre de postes administratifs doit être diminué de deux unités sur 2019. L'optimisation de sa gestion est une préoccupation légitime de la direction de la caisse compte tenu de l'importance de la subvention d'équilibre (2,1 M€ pour un budget 2018 de 3,6 M€, les actes facturés représentant 1,5 M€). Les services rendus gagneront à être facturés au plus près des coûts globaux : ainsi la facturation des tâches annexes réalisées par les médecins du centre au bénéfice d'acteurs extérieurs pourrait être réalisée au coût complet et non sur le seul remboursement des salaires et cotisations.

[93] Le centre dispose d'atouts intéressants pour renforcer son rôle dans le parcours de soins du patient :

- Le dialogue entre professionnels est désormais construit, il faut encore progresser pour assurer une fluidité totale dans la communication des informations concernant les patients en allant rapidement vers un logiciel partagé par tous les professionnels du centre.
- Une permanence pour prendre en charge les soins inopinés est organisée sur la journée, le relais étant pris à partir de 18 heures par l'hôpital.

[94] En capitalisant sur ces acquis, une feuille de route adaptée peut être aisément construite en s'inspirant des grands objectifs nationaux qui sont repris dans les accords conclus entre la fédération des centres de santé et l'assurance maladie (accès aux soins simplifié, grâce à l'inter professionnalité au sein du centre, grâce à l'accueil inopiné, revue de dossiers des cas complexes, signalement et accompagnement des assurés en situation de précarité...). Bien que le code de la santé publique et son article L6323-1 cité soient applicables à SPM, les dispositions parallèles du code de la sécurité sociale ne le sont pas (L162-32 et suivants), ce qui doit être corrigé.

2.1.2 L'offre libérale reste limitée

[95] Trois médecins, un pharmacien, un kinésithérapeute et un orthophoniste sont installés en libéral, deux dentistes sont salariés d'un centre mutualiste. Deux infirmières sont en cours d'installation. Cette offre reste complémentaire par rapport aux autres acteurs ; ainsi la pharmacie de ville représente moins de 5 % de la délivrance du médicament en ville (en montant), le reste étant réalisé par la pharmacie de l'hôpital. Pour la médecine générale, la répartition est plus équilibrée, avec en 2018 près de 12.000 actes réalisés par les médecins libéraux, et environ 13.000 actes par les médecins du centre de santé, hors activité du médecin hospitalier de Miquelon (3700 actes dans cette antenne du CHFD). On peut regretter par contre que les médecins libéraux ne contribuent pas davantage à la permanence des soins, singulièrement en ne faisant pas appel à des remplaçants pendant leur période de congé.

[96] Pour l'avenir, une bonne évaluation des besoins de soins de la population et des orientations clairement posées pour les parcours de santé et de vie (politique de maintien à domicile par exemple) sont indispensables pour éclairer les choix des décideurs en préalable aux installations de professionnels de santé en ville.

[97] A cette fin, les travaux entrepris dans le cadre de l'observatoire de la santé prévu par la feuille de route santé à SPM doivent être enrichis grâce aux apports de l'ATS et de la CPS. En effet, à ce jour les chiffres de la démographie des professionnels de santé sont loin d'être tous défavorables : les médecins présentent en moyenne une file active de patients et un nombre d'actes raisonnables, même si leur démographie est légèrement inférieure à la moyenne nationale et si les situations peuvent être différentes d'un professionnel à l'autre¹⁵. Avec 6 infirmiers au centre de santé, deux infirmières installées en libéral et le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de l'hôpital, le territoire paraît beaucoup mieux doté que par le passé ; la prise en charge des soins de kinésithérapie avec cinq professionnels semble également pouvoir être assurée correctement.

Recommandation n°9 Alimenter en données l'observatoire de la santé piloté par l'ATS pour suivre régulièrement l'adéquation besoins/offre de soins et ainsi être en mesure d'accompagner les installations utiles pour le territoire et d'éviter des installations en surnuméraire.

2.1.3 Le nouveau centre hospitalier François Dunan (CHFD) doit gagner en attractivité et efficience

[98] C'est le seul établissement hospitalier du territoire, qualifié d'établissement public territorial par les articles L. 6147-3 à 5 du code de la santé publique (CSP), qui lui confie des missions spécifiques :

- dévolues au département dans les domaines définis par l'article L1423-1 du code de la santé publique, soit « la protection sanitaire de la famille et de l'enfance »,
- dévolues aux officines de ville pour la vente permanente au public de produits de santé, par dérogation à l'article L5128-1 1° du même code,
- exercées pour le compte de l'Etat pour « le contrôle sanitaire aux frontières » et la « protection de la santé et de l'environnement », en contrepartie d'une subvention de l'Etat.

[99] Inauguré dans ses locaux neufs en 2014, le CHFD est un établissement territorial de 35 lits de court séjour, 35 lits d'USLD, 25 places d'EHPAD et 25 places de SSIAD. Seule la maison de retraite Eglantine, qui comprend depuis le 1^{er} avril 2019 17 lits d'USLD et les 25 places d'EHPAD, est restée dans des locaux plus anciens.

[100] Son effectif 2018 s'établit à 23,2 ETP médicaux et 344,3 ETP non médicaux, en progression sur 3 ans de +3,35 ETP médicaux ou +18 % et 31,9 ETP non médicaux ou +10,2 %. Cette période de 3 ans de 2015 à 2018 est supposée avoir vu la totalité des recrutements décidés suite à la crise sociale de 2014 postérieure à l'ouverture du nouvel établissement (voir rapport IGAS Jean-Louis Bonnet et Marie-Agnès Guéraud 2013-176R juillet 2014 Mission d'appui à la direction du CHFD de SPM). Par rapport à 2013, la croissance des effectifs totaux (médicaux et non médicaux) est de +97 ETP ou +36 %, passant de 271 ETP à 368 ETP, le titre I de dépenses tous budgets passant de 18,5 M€ à 25,3 M€ soit +6,8 M€ ou +37 %.

[101] Dans ce total, il convient de noter que les deux pools de remplacement du budget principal passent de 35 ETP à 54 ETP en 5 ans, soit +19,2 ETP ou +55%. Ils interviennent, en sus des pools existant sur les deux budgets médico-sociaux (B USLD et J Maison de retraite), à hauteur de 17,6 ETP

¹⁵ Dans son atlas de la démographie médicale, le conseil national de l'ordre indique 81.800 généralistes en activité régulière pour près de 67 millions d'habitants soit proportionnellement pour l'archipel environ 8.

supplémentaires, qui ne sont pas facturés aux budgets annexes. Le déficit de ces deux budgets serait ainsi majoré à hauteur de 1,3 M€ supplémentaires, soit -3 M€ au total et -35 % des dépenses des deux budgets reconstitués.

[102] Le budget total 2018 du CHFD est en effet de 45 M€ toutes activités confondues, en quasi-équilibre pour la première fois depuis 2013, à -93 k€, dont un excédent de +1,7 M€ sur le budget principal et un déficit de -1,8 M€ sur les trois budgets annexes, -0,9 M€ sur la maison Eglantine, -0,7 M€ sur l'USLD du nouveau site, et -0,15 M€ sur le SSIAD.

[103] La dotation annuelle de fonctionnement (DAF) dans ses différentes composantes atteint 27 M€ soit 60 % des produits. Depuis 2016, les charges communes ou mutualisées du budget principal sont facturées, de façon documentée et conforme à la comptabilité analytique nationale, aux budgets annexes à hauteur de 2,9 M€, majorant les dépenses totales et induisant un double compte à retraiter. La collectivité territoriale estime cependant n'avoir pas validé cette répartition, qui peut par principe être rediscutée entre les parties sur certains points : les dépenses dites de direction (2,7 M€) sont ventilées au prorata des budgets, soit 19,3% pour les deux budgets annexes, et les dépenses des services techniques (0,7 M€) sont ventilées au prorata des surfaces (44%) ; ces clés semblent classiques, mais le cas échéant perfectibles.

[104] Le titre I de dépenses de personnel toutes activités représente 56 % de l'ensemble des dépenses, proportion en légère baisse sur 2013 (61 %) et 2015 (59 %). Ce titre de dépenses a progressé de 6,5 % par an en moyenne de 2013 à 2018, pour atteindre 25,3 M€ en 2018 soit une progression de +6,8 M€ ou +37 % sur 2013. Les autres titres de dépenses du budget principal ont fortement augmenté depuis l'ouverture du nouvel hôpital, à hauteur de +3,8 M€ ou +33 % en 5 ans, soit +6 % par an en moyenne.

[105] Le financement de « la part des dépenses [de l'établissement] prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie » est assuré par « une dotation annuelle. Cette dotation est incluse dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale¹⁶. Son montant ainsi que le montant total annuel des dépenses hospitalières autorisées sont fixés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif des dépenses d'assurance maladie défini au même article, des besoins de santé de la population, des orientations du schéma d'organisation sanitaire de Saint-Pierre-et-Miquelon et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire en tenant compte de l'activité et des coûts de l'établissement » (article L.6147-5 CSP).

[106] Au moins une fois par an, sur avis et analyse de l'ATS, l'arrêté fixant la DAF du CHFD est pris par la DGOS et la DSS, et communiqué au préfet de SPM. Ainsi l'arrêté pour 2019 pris le 1^{er} août 2019 fixe une DAF de 26,4 M€ dont 2,6 M€ pour l'USLD. Malheureusement, ces arrêtés sont pris trop tardivement par l'administration centrale, jamais avant août depuis 2014 et parfois en décembre, et répercutés avec délai moyen de près de 3 mois (sauf en 2018) par l'ATS, qui a pourtant préparé les éléments de décision de l'administration centrale et se borne à les reprendre. C'est la notification par l'ATS qui informe, en dernier, la CPS qui joue le rôle de caisse pivot, assure la trésorerie du CHFD en versant les acomptes mensuels et ne peut anticiper ni la dépense finale ni le décaissement du solde. C'est a fortiori le cas s'il y a un arrêté complémentaire en fin d'exercice. Ainsi l'arrêté complémentaire pour 2018, portant sur 1 M€, est notifié à l'ATS en mars 2019, puis au CHFD qui l'intègre dans ses

¹⁶ Cet article inclut « Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon » dans l'ONDAM, au même titre que l'EPS de Mayotte également en dotation, et donc l'ensemble des facturations à l'assurance-maladie, actes et consultations externes, dialyse, etc...

comptes 2018, enfin notifié et porté à l'information de la CPS en septembre 2019, qui l'impute évidemment sur ses comptes 2019.

[107] Indépendamment de la gestion de trésorerie du CHFD et de la CPS¹⁷, ce circuit et ces calendriers n'ont aucune justification et déresponsabilisent les acteurs, y compris l'administration centrale. L'arrêté cosigné par DGOS et DSS au nom des deux ministres est une dérogation qui n'est plus justifiée. L'ATS en lien avec la CPS devrait gérer son enveloppe territoriale, part sanitaire et part médico-sociale, le cas échéant un fonds d'intervention régional (FIR), dans les conditions de droit commun d'une ARS.

[108] Par courrier de septembre 2018, le Préfet, le président et le directeur de la caisse ont alerté le directeur général de la CNAM en souhaitant une clarification de la gestion des enveloppes, leur financement et leur trésorerie associés. La CNAM n'a pu qu'indiquer qu'elle se conformait, ainsi que la CPS, à la réglementation existante (voir courriers en annexe 3), mais cette clarification, engagée par l'administration centrale pour le médico-social, demeure à poursuivre. La DGCS indique en lien avec la CNSA que les dotations assurance-maladie versée à certaines structures médico-sociales (ESAT 12 places et foyer de vie 20 places en cours de transformation) font déjà partie de l'objectif global de dépenses (OGD), comme en témoigne les récentes circulaires budgétaires du médico-social. Une gestion complète par enveloppe (sanitaire, médico-social PA et PH, spécialisée addiction) semble techniquement faisable selon la DGCS et favoriser une meilleure transparence, maîtrise et allocation des financements et l'apport d'expertise du niveau national (CNSA notamment).

[109] Un calendrier plus précoce serait en cohérence également avec la décision du CHFD fixant avant le 31/12 son EPRD : le financement du CHFD par dotation annuelle et non en T2A pour ses séjours ne fait pas obstacle à un recalage et une clarification des circuits de décision et plannings. En outre, l'arrêté annuel fixe systématiquement un « montant total annuel de dépenses hospitalières autorisées » 1 M€ au-dessus de la dotation initiale, notion inexacte (les dépenses réelles sont nettement supérieures) et sans portée qui gagnerait également à être supprimée. L'article L6147-5 est donc à inclure dans le toilettage général des dispositions relatives à SPM.

Tableau 4 : Dates des arrêtés fixant la DAF initiale du CHFD

Année	DGOS-DSS	ATS	délai (jours)
2013	19-juin	31-oct	134
2014	26-nov	23/02/2015	89
2015	27-nov	26/02/2016	91
2016	08-août	28-oct	81
2017	13-sept	11-déc	89
2018	04-déc	07-déc	3
2019	01-août	03/10/2019	63
Moyenne sur 7 ans : 23 sept/11 déc			79

Source : Arrêtés

¹⁷ Celle-ci est assurée par des acomptes de la CPS par douzièmes versés en trois fois dans les conditions de droit commun des caisses pivots (60 % le 25 du mois, 15 % le 5 et 25 % le 15 du mois suivant)

2.1.4 Une offre médico-sociale sans cadrage juridique et stratégique

[110] Les deux budgets annexes pour personnes âgées du CHFD sont déficitaires en 2018 de -729 k€ pour le budget B USLD (sur deux sites 24 lits aux Graves et 11 lits à Eglantine) et de -898 k€ pour le budget J EHPAD (25 places), hors prise en compte des pools de remplacement qui majoreraient les dépenses de titre I et les déficits de -967 k€ et -357 k€ respectivement.

[111] Les dernières coupes AGGIR et PATHOS réalisées en mars 2016 ne caractérisaient pas une patientèle différente en USLD dans la maison Eglantine (11 lits alors) et sur le site principal¹⁸. Les résidents du CHFD se situent dans la moyenne des EHPAD rattachées à un EPS en 2017 selon l'enquête CNSA. Le taux d'encadrement global des deux structures se situe à 67 ETP pour 60 lits en 2018, et à 84 ETP en tenant compte des pools, effectif d'ailleurs conforme à celui constaté aux comptes financiers 2015 et 2016 (88 ETP). Le titre I reconstitué sur les deux structures représente 60 % des dépenses totales.

[112] Des ratios un peu anciens (rapport IGAS 2015-105R les unités de soins de longue durée, Mars 2016, Antoine Delattre et Stéphane Paul) situent le taux d'encadrement global pour 100 places en USLD à 85 en moyenne nationale, au-dessus de la moyenne des EHPAD à 61. L'enquête annuelle 2017 de la CNSA (publication avril 2019) situe le 9^e décile des EHPAD rattachés à un EPS à 83. Le CHFD avec 84,65 ETP reconstitués sur les deux budgets, dont 51,8 en USLD et 32,85 en EHPAD se situe en 2018 à un taux d'encadrement pour 100 places de 148 en USLD et 131 en EHPAD, 140 au total. Ces ratios apparaissent très élevés sinon hors normes, pour des raisons d'organisation ou de structure qui doivent être précisées. Il n'apparaît pas que la nouvelle organisation mise en place en avril 2019 (18 lits théoriques aux Graves, 17 lits et 25 places à Eglantine) ait réduit le taux d'encadrement. La structure de la maison Eglantine, avec 3 niveaux de 14 résidents dont une unité protégée au rez-de-chaussée, est désormais exclusivement en chambres individuelles (au lieu de moitié des lits seulement auparavant).

[113] Le CHFD est donc triplement pénalisé dans l'organisation et les dépenses des activités pour personnes âgées :

- son taux d'encadrement est très élevé, voire hors normes, pour des raisons non clarifiées,
- ses dépenses de titre I sont majorées par le supplément vie chère propre au territoire (70 %) sans contrepartie de financement en tarification ternaire,
- si l'ATS verse bien en 2018 une dotation de soins de 2,53 M€ en USLD et 0,6 M€ en EHPAD, la collectivité territoriale n'a pas versé de subvention pour la dépendance (1,3 M€ les années antérieures dont 753 k€ pour l'USLD et 550 k€ pour l'EHPAD, montants prévus à l'EPRD 2018), et les tarifs d'hébergement fixés à 47€ à l'USLD et 60€ en 2019 après rénovation et ouverture d'un étage supplémentaire et à 60€ à l'EHPAD ne couvrent pas la dépense d'hébergement. L'absence de convention tripartite et de CPOM traduit l'absence d'accord juridique, stratégique et financier entre les financeurs. Ces constats concourent à démontrer que l'assurance maladie est conduite à supporter une part exorbitante du financement de ces structures.

¹⁸ Rapport de mission mars 2016 du Dr. Dominique PAILLEY, qui a validé à Eglantine sur 35 résidents des PMP et GMP moyens à 144 et 607, et sur 21 résidents USLD site principal 296 et 747. Les taux respectifs de soins médico-techniques importants (SMTI) sont de 9 % à Eglantine et de 43 % sur le site principal. L'enquête CNSA donne 207 et 733 respectivement pour les EHPAD rattachées à un EPS en 2017. Il indique que tous les résidents d'Eglantine « peuvent relever d'un fonctionnement EHPAD » et que 10 sur 21 résidents du site principal « relèvent d'une prise en charge en EHPAD ».

[114] Enfin l'offre de santé est complétée sur le versant médico-social par quelques structures associatives (ESAT, SESSAD, CSAPA), pour un total à la charge de la CPS de 1,2 M€ en 2018 et 0,55 M€ en 2013. Cependant, à défaut d'enveloppe médico-sociale gérée par l'ATS en lien avec la CNSA, la CPS verse ces dotations aux associations concernées. Par ailleurs, il n'existe pas de contribution de solidarité et d'autonomie (CSA), au taux de 0,3 % sur les salaires (et pensions pour la contribution additionnelle), comme en métropole et dans les collectivités outre-mer relevant de l'article 73 de la constitution. Elle est en fait d'applicabilité directe, ayant la même assiette que la cotisation maladie employeur.

Recommandation n°10 Inviter via l'ATS la nouvelle direction du Centre Hospitalier (directeur, directeur des soins et président de CME) à faire travailler ses équipes médico-administratives sur les maquettes organisationnelles dans l'ensemble des secteurs et à proposer leur adaptation avec l'appui éventuel de pairs et d'experts de l'ANAP.

2.1.5 Des évacuations sanitaires avec des parcours de soins à mieux organiser tant avec la métropole que le Canada

[115] Comme dans d'autres territoires d'outre-mer, et compte tenu de la faiblesse de la population et de l'offre de soins, chaque fois que l'état de santé du patient le nécessite, une évacuation sanitaire est organisée et prise en charge par la CPS, en direction du Canada voisin, notamment pour consultation ou imagerie, ou de la métropole, moitié pour hospitalisation et pour consultation. Sauf exception pour urgence, le transport intervient en avion de ligne, après entente préalable, et souvent avec un accompagnant. Les 1338 évacuations sanitaires de 2017 se répartissent ainsi entre la métropole pour 24 %, l'hôpital de St-Jean de Terre-Neuve pour 60 % et le reste du Canada pour 16 %.

[116] Le Canada atlantique, à proximité immédiate, accueille ces transferts dans des établissements de santé desservant une population de 0,5 million d'habitants pour Terre-neuve et Labrador (dont 0,2 million dans la capitale St-John's à 45 mn de vol avec une faculté de médecine), et 1,8 millions pour les provinces maritimes, Nouvelle Ecosse (0,9 million d'habitants dont moitié dans la capitale Halifax à 1h30 de vol), Nouveau Brunswick (0,8 millions dont environ 0,1 dans la capitale Moncton, et les trois villes de Fredericton, St-John's et à Sidney dans l'île de Cap Breton) et 0,2 million dans l'île du prince Edouard (capitale Charlottetown). Halifax (Nova Scotia) et St-John's (New Brunswick) se partagent également une faculté de médecine. Les établissements de Montréal (2 CHU mais plus de 3 heures de vol, un seul vol hebdomadaire) ou de la ville de Québec (1 CHU mais pas de vol direct), dont les tarifs sont nettement plus élevés que ceux d'Halifax et Saint-Jean, ne reçoivent qu'exceptionnellement des évacuations sanitaires de St-Pierre.

[117] Le coût des évacuations sanitaires en 2018, environ 8 M€, est stable depuis 2017, plutôt inférieur à celui de toute la période 2013-17, hormis une année de forte baisse en 2016 (en nombre et en valeur), avec sans doute un décalage de paiement sur la dépense 2017 qui a atteint 9 M€. La tendance de la dépense reste identique sur les deux premiers quadrimestres 2019. Selon le rapport d'activité 2017 de la CPS, il se partage entre 64 % pour les soins, 27 % pour le transport et 9 % pour les indemnités de séjour. La mission encourage la direction à poursuivre la clarification des conditions de transport. Elle note que depuis mars 2019, il n'y a plus « sauf nécessité absolue » que des voyages en classe économique. Dans le même sens, la consignation des conditions régissant les EVASAN dans un règlement intérieur connu de la population éviterait les incompréhensions lors de l'organisation des transferts. Le nombre des évacuations sanitaires 2017, soit 1338, est en progression de 8 % sur l'année 2016, avec un développement des évacuations vers la métropole, dans le cadre de la convention de partenariat signée en 2016 avec le CHU de Rennes, puis en 2018 avec le centre anti-cancéreux et le centre hospitalier spécialisé en psychiatrie de Rennes. Le nombre d'évacuations sanitaires en 2018, soit 1423, se répartit entre 1091 vers le Canada, essentiellement

pour consultation et 70 urgences avec affrètement aérien, et 332 vers la métropole, moitié pour hospitalisation programmée 184 et pour consultation.

[118] Le partage entre Canada et métropole a évolué dans le cadre du récent partenariat avec les établissements rennais. La dépense en métropole est ainsi passée de 33 % en 2016 à 43 % en 2018-19. Les dépenses au Canada et en métropole ont une structure différente, avec des coûts de transports et des indemnités de séjour en métropole (pour accompagnant) plus élevées en proportion (environ 30 % et 16 % respectivement, au lieu de 16 % et 6 % au Canada), et une part des soins plus faible (environ 52 % au lieu de 78 %). Mais la nature et le coût par évacuation est également très différent, le coût moyen d'une évacuation au Canada est nettement plus faible (en moyenne vers 4.000 € au lieu de 13.000 €), compte tenu de deux facteurs, la nature des traitements, plus lourds en métropole, et l'éloignement. Ainsi la part de consultations dans les évacuations vers le Canada est très supérieure (87 %) à celle des évacuations vers la métropole (55 %). Le choix de réaliser la plus grande partie des consultations et examens d'imagerie au Canada (plus de 80%) et la nécessité d'y adresser les rares hospitalisations en urgence (70 par an environ) ne se discutent guère. Le choix de réaliser l'essentiel des hospitalisations programmées en métropole non plus, sous réserve de les préparer, les organiser, ainsi que le retour et les suites éventuelles à Saint-Pierre et Miquelon, avec l'aide de plus en plus fréquente de la télémédecine.

[119] Pour mémoire, dans un contexte territorial très différent, Wallis et Futuna pour une population double (11.500 habitants) dispose sur l'archipel de 51 lits d'hospitalisation et réalise environ 750 évacuations sanitaires par an, essentiellement en Nouvelle Calédonie à 2000 km. Et, pour une population et une offre de soins très supérieure (280.000 habitants, 787 lits et 100 places dont 21 lits d'USLD), la Polynésie Française réalise 6 à 700 évacuations sanitaires internationales pour 33,5 M€ en 2017, dont les deux tiers en métropole. La Nouvelle Calédonie pour une population équivalente à celle de la Polynésie Française a assuré 1100 évacuations sanitaires en 2017 pour 43 M€.

2.2 Une offre de soins hospitaliers et pour personnes âgées à réorganiser

2.2.1 Une coordination des acteurs et des capacités de pilotage et management à renforcer

[120] Après entretiens avec le préfet, le directeur de l'ATS, qui assure l'intérim de la direction du CHFD, et le dernier directeur du CHFD, la mission estime que l'offre de soins et tout particulièrement son acteur principal, le CHFD, souffrent d'un déficit chronique de management et de pilotage, essentiellement lié à l'isolement et la faible attractivité du territoire.

[121] Le management de l'établissement est faible dans la durée, marqué par la crise sociale de 2013 et 2014, avec des appuis internes et externes limités. La trop forte rotation des directeurs du CHFD¹⁹, s'ajoute à la faiblesse de la commission médicale d'établissement (CME), dont la présidence est actuellement assurée par un praticien hospitalier en cumul emploi-retraite, et de la direction des soins, assurée en intérim depuis 12 ans par une cadre de santé. Le recrutement d'un nouveau directeur est en cours, pour une prise de fonctions début 2020, ainsi que le recrutement d'un directeur des soins. Par ailleurs, le président de la CME lors du passage de la mission atteindra au 29 juin 2020 l'âge de 70 ans, qui est la limite d'âge d'un praticien en prolongation d'activité, et au 6 octobre le terme de son contrat. Il serait hautement souhaitable que la CME assure une transition harmonieuse et dynamique sans attendre le renouvellement de l'instance, qui interviendra fin 2020 en application de l'article 10 de la loi 2019-774 du 24 juillet 2019. Le territoire n'étant pas concerné

¹⁹ Un an 8 mois et 2 ans 8 mois pour les deux derniers directeurs.

par la nouvelle articulation entre commission médicale d'établissement et de groupement, le renouvellement de la CME pourrait également être avancé en application du décret 2019-294 du 9 avril 2019. Par lettre du 21 octobre 2019, l'ensemble des praticiens de la CME ont remis leur démission de leur fonction de membre de la CME, situation qui appelle donc une nouvelle élection.

[122] L'organisation médicale et soignante ne répond plus aux enjeux de la période car elle est restée figée, sans que les nécessités de la permanence et la continuité des soins la justifient entièrement. L'établissement ne dispose que de compétences minimales pour répondre aux objectifs de qualité et sécurité des soins, d'attractivité des postes médicaux et soignants, mais également administratifs et techniques. Sa gouvernance médicale, administrative et soignante est insuffisamment solidaire et mobilisée sur ces enjeux depuis plusieurs années.

[123] Le partenariat avec le CHU de Rennes, et le Centre Eugène Marquis, exigeant pour chacun des partenaires, reste marqué par le faible et récent engagement du CHFD, une absence d'évaluation partagée bien que proposée par les établissements rennais, et un manque de réactivité face aux opportunités. Ainsi, si pour la deuxième année consécutive, trois étudiants en médecine de la faculté de Rennes sont venus trois mois en stage au CHFD, jugé formateur et intéressant par ces étudiants de 6ème année (en préparation des ECN), l'opportunité d'accueillir des internes ou des assistants partagés, proposée par l'UFR et le CHU, n'a pas été concrétisée à ce jour.

[124] La direction s'attache depuis le compte financier 2017 à présenter tant un rapport financier digne de ce nom qu'un rapport d'activité, retraçant les indicateurs disponibles depuis 2012. Par convention avec la FHF pour 4 ans de 2017 à 2020, un médecin DIM effectue trois missions par an au CHFD pour l'aider à structurer un recueil de l'information médicale, outil indispensable de description de l'activité même si seules les activités externes donnent lieu à facturation à la CPS depuis 2015, les séjours demeurant financés en dotation (dotation annuelle de financement ou DAF) et non en tarification à l'activité.

2.2.2 Une offre de soins et services fragile à conforter et réorganiser

[125] Les soins de spécialité sont disponibles exclusivement au CHFD grâce à son plateau technique, les missions médicales extérieures au CHFD et organisées par lui assurant 75 % de la faible activité chirurgicale et 40 % de l'activité de consultations externes. Il dispose de 35 lits complets de court séjour, et aucune place de jour, dont 18 en médecine, 13 en chirurgie et 4 en obstétrique, auxquels s'ajoutent les lits d'USLD, 24 initialement sur le site principal, réduits en avril 2019 à 18. Les ressources humaines comme les espaces dévolus à ces activités suffisent pour une offre de soins plus adaptée, réduite en lits de court séjour, avec création de deux petits secteurs ambulatoires et deux unités de soins de suite et réadaptation (SSR) et de psychiatrie. Les besoins seraient en effet couverts par un hôpital de jour d'une à deux places autorisées (soit 365 à 730 patients par an et deux patients simultanés) et une unité d'anesthésie et chirurgie ambulatoire de même capacité (endoscopies avec anesthésie comprises). Pour le moyen séjour (SSR à orientation gériatrique), le ratio national correspondrait à SPM à une dizaine de lits et une place de jour. Pour la psychiatrie, les données PMSI 2018 dans les CMD 19 et 20 correspondent à 101 séjours et 1063 journées (DMS 10,5 jours), soit respectivement 6,3 % et 15,6 % des séjours et journées de l'établissement (DMS 4,3 jours). Le ratio national correspondrait à 6 lits et 3 places de jour en psychiatrie.

[126] Avec 4060 passages au service de soins non programmés, dont 700 suivis d'une hospitalisation au CHFD, et seulement 300 dossiers de régulation médicale par an assurés par le SAMU-SMUR 975 qui vient d'être labellisé en 2019, le CHFD ne justifie qu'une faible activité d'urgences, une moyenne de 11 passages par jour, mais le taux de recours est double de la moyenne nationale (21 millions de passages pour une population 10.000 fois supérieure). Compte tenu de la proximité, la population se

déplace soit au centre de santé en journée, soit aux urgences du CHFD et recourt peu au centre 15 et au conseil téléphonique, contrairement à la métropole ; l'organisation conçue avant 2013 et ayant abouti à la labellisation du SAMU-SMUR en 2019 devra être évaluée ou repensée, s'agissant du temps de travail des 6 ETP d'auxiliaires de régulation médicale. Une réception mutualisée des appels 15 et 18 n'a pas abouti du fait des réticences du service d'incendie de Saint-Pierre, qui dépend de la ville de Saint-Pierre, mais reste en discussion : cette solution semble plus adaptée à l'activité téléphonique du territoire, moins d'un appel traité par jour en moyenne au centre 15 et un appel par semaine en moyenne au 18.

[127] Hors urgences, l'activité hospitalière reste difficile à évaluer mais faible, eu égard aux ressources disponibles, et mal organisée car ne répondant plus aux besoins sanitaires qui ont évolué depuis la conception du nouvel hôpital, ouverte fin 2013, et la mise en place difficile des organisations et ressources humaines associées, revue en 2014 après une crise sociale et mise en œuvre progressivement jusqu'en 2018.

[128] Avec 1667 séjours hors séances en 2018, dont 700 après passage aux urgences et environ 500 séjours ambulatoires, le CHFD a une faible activité programmée, sauf en séances et séjours ambulatoires. Les 430 séances se situent essentiellement en dialyse avec un développement des séances de chimiothérapie (65). Les séjours en obstétrique sont de 59 dont 32 accouchements. Le CHFD a une durée moyenne de séjour (DMS) supérieure à la moyenne nationale de 48 % en l'état actuel du codage des séjours et un taux d'occupation de 13 % en obstétrique, et de 68 % et 55 % respectivement en médecine et chirurgie.

[129] A ce jour, les constats sont ceux d'une très faible occupation en court séjour, d'une non reconnaissance des activités ambulatoires et de leur nécessaire développement, d'une réponse inadaptée aux besoins en psychiatrie et moyen séjour, ainsi qu'en gériatrie. Le positionnement de la communauté médicale, avec l'appui des autorités sanitaires, reste insuffisant en faveur d'une structuration des parcours de soins, tant sur le territoire qu'en métropole ou au Canada, avec un développement plus fort des partenariats avec les établissements de référence rennais ou métropolitains et de proximité au Canada atlantique. Ces constats plaident pour une révision en profondeur des organisations actuelles fragiles et obsolètes, et de filières de formation et de prise en charge garantissant qualité pour les patients et attractivité pour les professionnels, à l'instar du travail remarquable engagé en oncologie par le Centre Eugène Marquis de Rennes ou plus généralement par le CHU de Rennes.

Recommandation n°11 Réorganiser l'offre de soins spécialisés du CHFD en cohérence avec la feuille de route santé du territoire et le futur projet d'établissement 2020 du CHFD.

[130] De surcroît, l'offre médico-sociale territoriale pour les personnes âgées apparaît également figée et obsolète, fragile compte tenu de l'absence de cadre juridique et stratégique avec la collectivité territoriale, et particulièrement coûteuse pour la CNAM qui en assure de fait le financement.

[131] La récente réorganisation effective au 1/4/2019, réduisant de 24 à 18 les lits d'USLD dans le nouvel hôpital et portant de 11 à 17 ceux dans la maison Eglantine, en sus des 25 places d'EHPAD a apporté un confort hôtelier nécessaire en supprimant les chambres doubles. Mais l'EHPAD ne bénéficie toujours d'aucune convention tripartite, et sa subvention est remise en cause par la collectivité territoriale. La maison Eglantine devrait être exclusivement un EHPAD, sans lits d'USLD, avec un effectif de personnel optimisé en fonction des locaux actuels, soit les 42 places actuelles sur 3 étages de 14 places. Le nombre de lits d'USLD du site principal, 18 théoriques, 12 le jour du passage de la mission, demeure élevé au regard des besoins et des évaluations gériatriques (SMTI, GIR), il pourrait être converti en moyen séjour gériatrique. Rapporté à la population de SPM, l'offre nationale serait de 3 lits d'USLD. Lors de son passage, la mission a été informée du lancement d'une réflexion

de la collectivité territoriale à laquelle serait associée l'ATS sur la filière gérontologique. Il est indispensable, au vu des constats (notamment des ratios de places par habitant), qui précèdent qu'il soit procédé à une bonne évaluation des besoins, tenant compte du vieillissement de la population mais aussi du souhait croissant de nos concitoyens de rester le plus longtemps possible au domicile. Sur ce dernier aspect les marges de manœuvre mobilisables tant à l'EHPAD qu'au SSIAD du CH sont à la fois un levier mais aussi un atout certain pour développer des expérimentations en ce sens comme « l'EHPAD hors les murs ».

Recommandation n°12 Réorganiser l'offre médico-sociale pour personnes âgées du CHFD en recherchant une clarification du cadre juridique, stratégique et financier avec la collectivité territoriale, matérialisée par une convention tripartite, s'accordant sur la répartition pérenne de la prise en charge globale (forfait soins, dépendance...).

2.3 Renforcer le pilotage et la gouvernance de l'offre de soins et rééquilibrer le régime

[132] Avec une dépense annuelle de 50 millions, l'engagement financier des pouvoirs publics est extrêmement conséquent pour développer une offre de soins globale qui tienne compte des spécificités du territoire ; l'objectif est d'obtenir une réponse de qualité aux besoins de santé. Parallèlement pour assurer la soutenabilité sur la durée du système de santé, il est indispensable de maîtriser l'évolution des dépenses, point de vue d'ailleurs exprimé avec force par le conseil d'administration de la caisse, et de sécuriser les recettes. Ceci nécessite le concours de l'ensemble des acteurs externes et internes à la caisse. Deux préalables sont à travailler, mieux connaître les données de santé, dégager du temps de travail pour réutiliser des compétences dans ces secteurs et acculturer l'ensemble des personnels de la caisse.

2.3.1 Renforcer la capacité de pilotage de l'ATS

[133] Le pilotage de l'offre de soins et médico-sociale par l'ATS repose sur une équipe extrêmement réduite de 6 ETP. De création récente, l'ATS a pour directeur un professionnel hospitalier depuis octobre 2017, pour un contrat de 3 ans. Dépourvue de toute compétence permanente en épidémiologie ou statistique, elle ne bénéficie que depuis 2018 d'un épidémiologiste, en lien avec Santé Publique France (SPF). La pérennisation de ce poste qui doit changer de titulaire fin 2020 en lien avec SPF pour un nouveau contrat de 3 ans au moins, est indispensable²⁰ : aucun service statistique ministériel ne couvre actuellement le territoire, démunie de tout outil de connaissance sur l'état de santé.

[134] A été mis en place par le ministère un centre de ressources national (CRN) d'appui et expertise sur certaines thématiques pour les ARS d'outre-mer dans les territoires relevant de l'article 73 de la constitution à compter de septembre 2019 (et du 1er janvier 2020 pour Mayotte). Il est placé auprès de l'ARS Nouvelle Aquitaine, qui avait par ailleurs une convention d'appui à l'ATS de SPM depuis 2014, renouvelée en 2018. Un soutien et certaines missions auprès de l'ATS ont donc été réalisés à la demande du secrétariat général du ministère. Le soutien auprès de l'ATS est donc maintenu dans ce cadre conventionnel et hors du CRN : il gagnera à être renforcé pour répondre aux enjeux de pilotage

²⁰ La notification DGOS au préfet de SPM du 1er août 2019 de la DAF du CHFD précise que figure dans le montant annuel de 26,4 M€ trois mesures nouvelles non reconductibles : 62 k€ pour un technicien de laboratoire (en lien avec l'accréditation COFRAC), 70 k€ pour un poste d'épidémiologiste mis à disposition de l'ATS, 464 k€ pour un projet d'investissement non précisé (qui doit correspondre à la rénovation de la maison de retraite Eglantine et l'ouverture d'un étage supplémentaire en avril 2019).

de l'offre de soins territoriale, notamment dans le cadre du partenariat en développement entre le CHFD et le CHU de Rennes.

[135] Parmi les pistes de renforcement, peuvent être évoquées : le financement du poste d'adjoint au directeur mis à disposition gracieusement par la CPS et le financement reconductible du poste d'épidémiologiste de l'ATS. L'ATS devrait bénéficier de façon adaptée des outils juridiques et de gestion progressivement rapprochés du droit commun, notamment un dialogue de gestion minimal et un contrat Etat-ATS, des enveloppes annuelles financières sanitaire et médico-social.

Recommandation n°13 Renforcer la capacité de pilotage de l'ATS par l'appui du secrétariat général chargé des ministères sociaux et des directions d'administration centrale en lien avec la DGOM et de l'ARS Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de la convention du 20/6/2014 avec l'ATS.

2.3.2 Maintenir une offre mixte de soins de proximité avec un pivot, le médecin traitant.

[136] Au vu des données recueillies et entretiens menés, la mission estime qu'en regard à l'exiguïté de la population, l'offre de soins territoriale est, s'agissant des soins de proximité, équilibrée entre une médecine et des soins de ville libéraux en développement fragile, d'une part, et un centre de santé avec ses professionnels salariés géré par la CPS d'une façon efficace.

[137] Son efficacité se trouverait renforcée avec la mise en place du médecin traitant. En effet, dans un contexte où les parcours de soins sont souvent complexes, avec l'intervention non seulement de professionnels de santé de l'ambulatoire, de spécialistes du CHFD, mais aussi d'établissements canadiens et métropolitains, le rôle du médecin traitant prend tout son sens dans la coordination le suivi des actes et prescriptions. La CPS peut très vite proposer le dispositif complet au sein de son centre de santé. Parallèlement et dans la logique de la mise en œuvre de la convention nationale, elle devrait pouvoir convaincre les trois médecins libéraux de l'intérêt dudit dispositif qui pourrait être accompagné par celui, fort incitatif de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Ce dernier mécanisme trouverait toute sa place en cohérence avec le suivi des pathologies chroniques et l'objectif d'efficacité des prescriptions.

Recommandation n°14 Conforter la CPS dans sa gestion du centre de santé et intégrer à son financement à terme les rémunérations et financements prévus dans le cadre de l'accord national des centres de santé de 2015 et ses avenants, diminuant d'autant l'actuelle subvention d'équilibre de la gestion technique maladie.

2.3.3 Construire progressivement une politique de gestion du risque

[138] Il faut bâtir une stratégie de progrès qui hiérarchise les enjeux, il serait illusoire de penser possible de mettre en œuvre des actions tous azimuts, compte tenu des moyens disponibles et des informations à disposition.

2.3.3.1 Dès 2020, renforcer l'accompagnement et le contrôle des acteurs sur les arrêts de travail

[139] Parmi les dépenses ambulatoires, les arrêts de travail (maladie AT/MP) peuvent très rapidement faire l'objet d'une démarche plus systématique de gestion du risque ; avec un montant de 2,7 millions d'euros (maladie et AT/MP), c'est une dépense non négligeable. La progression des arrêts maladie/AT-MP, 25 % en deux ans, est forte et ils concernent une proportion importante de salariés. Parallèlement, c'est le secteur pour lequel toutes les informations sont immédiatement disponibles, qu'il s'agisse de caractériser la prescription de chacun des médecins du territoire, de

décrire la situation de chaque assuré, de connaître les pathologies concernées. La caisse a notamment apporté la démonstration de sa capacité à développer des profils individuels de prescription.

[140] Des opérations d'accompagnement par des délégués de l'assurance maladie et ou par le médecin conseil devraient pouvoir être systématisées rapidement de façon utile, en cernant les thèmes autour des pathologies générant le plus d'arrêts, telle la psychiatrie, les TMS et la cancérologie... Compte tenu de la disponibilité des données, il est possible de faire partager aux médecins leurs éventuelles atypies par rapport à leurs confrères ou par rapport aux guidelines de la haute autorité de santé.

[141] En l'absence d'évolution significative des comportements, il sera toujours possible de diligenter davantage d'actions de contrôle des usagers comme des professionnels de santé. De toutes les façons, il semble nécessaire de définir une véritable stratégie en commençant par une convocation plus systématique des assurés en arrêts longs, en fonction des pathologies, pour déboucher soit sur des remises au travail, soit sur des consolidations de l'état ouvrant droit à une éventuelle invalidité. La palette des actions vis-à-vis des professionnels de santé est vaste puisqu'elle va depuis la revue de dossiers entre le praticien conseil et le médecin jusqu'à la possible mise sous objectif de l'activité d'un professionnel, voire la mise sous accord préalable pour la prescription de ses arrêts.

2.3.3.2 Porter une attention particulière aux arrêts AT/MP

[142] L'augmentation de leur nombre, leur proportion par rapport au total des arrêts militent pour une observation, un accompagnement et des contrôles particuliers.

[143] Le premier sujet qui doit retenir l'attention est celui de la bonne qualification de l'arrêt maladie ou AT/MP. L'absence de contrôleur ou d'inspecteur AT ne permet pas aujourd'hui, de réaliser les investigations nécessaires très souvent pour statuer, pour établir la matérialité du lien avec le travail et donc d'assurer l'imputabilité au bon risque. Ceci est fort regrettable au regard des dépenses d'indemnisation engagées. Celles-ci ont progressé en montant de 60 % entre 2015 et 2018. Compte tenu de la taille de l'archipel et pour éviter une pression trop forte sur un salarié de la caisse, il est préconisé de réaliser ce travail en temps reparté sur plusieurs ETP (au moins 2 salariés de la caisse) et de prévoir un accompagnement, en tant que de besoin, par un service de métropole (CPAM d'Ille et Vilaine compte tenu de la convention de coopération existante). Bien sûr, ceci ne remet pas en cause le volet médical avec l'examen de la situation des patients, un service de métropole pourrait là encore être en appui pour examen des situations d'arrêts longs sur dossiers.

[144] Enfin une expérience d'accompagnement d'entreprises présentant un taux d'accidents du travail ou de maladies professionnelles important pourrait être construite, avec le concours d'une caisse de métropole pour construire, en partenariat avec la médecine du travail, des parcours pour éviter la désinsertion professionnelle.

2.3.3.3 Préparer un plan d'actions sur les prescriptions au deuxième semestre 2020

[145] La connaissance des prescriptions (médicaments, dentaire, optique) reste par trop parcellaire pour un poste de dépense de 3,8 millions d'euros. Si le dentaire évolue positivement avec une transmission des données automatisées, il n'en va pas encore de même des médicaments. Le passage à un traitement exhaustif des données individuelles de consommation de la pharmacie de l'hôpital est un prérequis à lever sur le premier semestre 2020. Ceci permettra d'envisager pour 2021, une démarche globale de gestion du risque (partage des données, accompagnement des prescripteurs et des assurés) sur un secteur qui représente une part non négligeable des dépenses et des enjeux de santé publique sensibles tels la prévention d'antibiothérapie inutile, ou celle des interactions

médicamenteuses. Avec 912 personnes en ALD, dont une partie non négligeable poly pathologiques, compte tenu de 1300 dossiers ALD actifs, il est indispensable de renforcer la coopération ville hôpital (voir infra) la communication entre spécialistes et généralistes pour procéder à un réajustement régulier des traitements dans le cadre du dialogue pluri professionnel recommandé par L'HAS.

[146] Cette bonne connaissance permettra de déterminer des priorités pour mener quelques campagnes d'accompagnement adéquates déjà déclinées nationalement (à titre d'exemples on peut citera l'usage des antibiotiques, des génériques, des bio-similaires ...).

[147] Le dernier volet des prescriptions concernera les actes des infirmiers et des kinésithérapeutes. Ceci prendra tout son sens avec la politique d'ouverture au secteur libéral singulièrement pour les infirmiers compte tenu des deux installations en 2019. Dans une région où la proportion de patients diabétiques est non négligeable, il sera judicieux de vérifier si les référentiels de prise en charge sont bien respectés.

Recommandation n°15 Développer une démarche progressive de gestion du risque auprès des offreurs de soins en ambulatoire et des assurés en commençant par les prestations en espèce pour s'intéresser ensuite aux autres prescriptions et gagner ainsi en efficience et pertinence. Se doter en parallèle des compétences indispensables par redéploiement des gains de productivité liés aux outils et aux réorganisations

2.3.4 Développer une contractualisation entre l'ATS et le CH

[148] Le Centre hospitalier est, on l'a vu précédemment, un acteur important du système de santé du territoire, il est le seul à présenter une palette de soins spécialisés et perçoit en contrepartie aujourd'hui, largement plus de la moitié des crédits maladie, environ 28 M€ (y compris les actes externes). C'est un établissement qui a enregistré une forte croissance de ses effectifs et de ses coûts de fonctionnement entre 2013 et 2018. Après l'intégration de ces nouveaux personnels, et la nécessaire période d'adaptation aux nouveaux locaux, il paraît opportun qu'un point d'étape puisse être documenté et partagé entre les équipes de l'établissement et de l'ATS. Ceci permettrait ensuite de définir des objectifs à 5 ans en prenant en compte les axes de la feuille de route stratégique de la santé dans le territoire, et les projets de l'hôpital. Ce serait l'occasion d'acter les initiatives possibles, pour améliorer le parcours du malade au sein de l'hôpital en revisitant des organisations, en mutualisant à chaque fois que possible, en prenant en compte la nécessité de gagner en efficience, de mieux répondre aux besoins de soins, et de maîtriser les dépenses de santé du territoire. La lettre de mission du nouveau directeur du CH validée par l'ATS permettra d'échéancer ces grands objectifs.

[149] A cette occasion, la direction et le corps médical devraient également valider les initiatives à prendre pour renforcer l'attractivité médicale, poursuivre l'accueil des externes, devenir terrain de stage pour des internes, multiplier les liens ville hôpital pour améliorer la fluidité des parcours de soins, favoriser le retour à domicile, travailler avec d'autres acteurs des initiatives en matière de prévention. Ces objectifs seraient consignés, comme pour les autres centres hospitaliers, dans le cadre d'un CPOM négocié et signé entre l'ATS et l'établissement.

Recommandation n°16 Déployer le processus de contractualisation entre l'établissement et l'ATS pour valider une démarche de progrès au bénéfice des assurés de l'archipel et des personnels qui cadre avec les grands objectifs du plan « ma Santé 2022 » et de sa déclinaison territoriale et une nécessaire modération des dépenses conformément aux orientations nationales.

Recommandation n°17 Assurer un dialogue de gestion annuel réunissant la direction et le président de la commission médicale d'établissement du CHFD, les directions de l'ATS et de la caisse, comme dans les autres régions.

2.3.5 Développer les parcours de soins pour mieux coordonner les prises en charge

[150] Sur un territoire aux dimensions modestes, la coordination des soins, qui devrait être facile à instaurer et à systématiser, n'a pas semblé aller de soi, entraînant des difficultés pour la fluidité du parcours des patients.

[151] La caisse doit donc s'attacher, avec ses partenaires, agence territoriale de santé, professionnels de santé, centre hospitalier et acteurs du médico-social, à construire progressivement un vrai parcours de soins au sein de l'archipel et en liaison avec les partenaires extérieurs. Les réunions du comité parcours de soins comme les réunions de concertation ATS CPS doivent être l'occasion d'arrêter des positions communes et des solutions concrètes avant les rencontres avec les autres partenaires.

Recommandation n°18 Renforcer le partenariat par convention entre l'ATS et la CPS dans leurs missions respectives, en adaptant le modèle de partenariat ARS-Assurance Maladie.

2.3.5.1 Positionner le médecin traitant comme garant du parcours de soins.

[152] Il serait opportun de faire bénéficier les ressortissants de l'archipel des avantages en terme de suivi de leur santé de la fonction de médecin traitant, créée il y a maintenant 15 ans ! En effet, c'est le médecin traitant qui va orienter l'assuré dans le parcours de soins, sa connaissance du dossier médical de patient permettra de l'inciter à une prévention personnalisée de sa santé, participation aux dépistages, vaccination, lutte contre le tabac.

[153] Rien ne saurait justifier le statu-quo, car les assurés ont compris l'intérêt de ce rôle, sur l'ensemble du territoire national ; quelles que soient les spécificités rencontrées, 92 % des français ont déclaré un médecin traitant. De plus, les médecins généralistes sont suffisamment nombreux pour ce faire sur l'archipel. En 2015 la moyenne nationale de patients de plus de 16 ans déclarés auprès d'un médecin traitant était de 865 environ : le nombre moyen d'actes réalisés par médecin est à SPM sensiblement inférieur aux chiffres nationaux.

[154] Comme les médecins libéraux, les médecins du centre de santé peuvent être également désignés médecin traitant selon les modalités fixées dans l'accord national des centres de santé de 2015. Le centre peut capitaliser sur une trajectoire positive avec le développement du dialogue pluri-professionnel en son sein sur les cas complexes et l'alignement progressif l'outil informatique.

[155] Le médecin traitant évite le nomadisme médical, le patient étant incité à consulter systématiquement le praticien qu'il a désigné, pour un meilleur suivi de l'historique des soins et éviter toute pénalisation du remboursement.

[156] Ce meilleur suivi présente un double intérêt, en matière de santé publique, un traitement adéquat plus rapide avec une prise en compte de tous les aspects de la pathologie ou des pathologies du patient, et d'un point de vue médico-économique, en évitant les actes redondants aussi inutiles que coûteux.

Recommandation n°19 En cohérence avec le retour adapté et rapide au droit commun applicable au territoire, mettre en œuvre la réforme du médecin traitant garant du parcours de soins.

2.3.5.2 Travailler les liens ville-hôpital

[157] Une des clés de la réussite des parcours de soins réside dans la fluidité de la circulation de l'information entre les acteurs de la ville et de l'hôpital. L'ATS et la caisse devront inciter les offreurs de soins à soigner cette communication, notamment en systématisant la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation comme l'information du médecin traitant à chaque EVASAN à l'initiative de l'établissement.

[158] Le centre et l'hôpital pourraient développer rapidement l'usage de la messagerie sécurisée entre médecins traitants et médecins correspondants, que ceux-ci relèvent de l'équipe permanente de cet établissement, des spécialistes qui viennent en mission, voire des établissements correspondants en métropole sollicités dans le cadre de transferts sanitaires.

2.3.5.3 Poursuivre la structuration des parcours en EVASAN

[159] Sauf le cas de soins inopinés délivrés en métropole à l'occasion d'un séjour d'un ressortissant de la caisse, il apparaît indispensable de poursuivre une certaine rationalisation du choix des établissements de recours pour transférer des assurés de l'archipel en attente de soins. En effet un décompte rapide recense plus de cinquante établissements hospitaliers de métropole, de tout statut, ayant pris en charge des assurés de la caisse en 2017. Cette pratique nuit à une bonne coordination des soins, voire à la fluidité du parcours (en rallongeant la durée de séjour) et parfois nécessite une débauche d'énergie pour aplanir des difficultés entre acteurs qui ne se connaissent pas (notamment offreurs de soins et service médical de la caisse).

[160] Il paraîtrait judicieux de capitaliser sur l'expérience rennaise développée à la fois avec le CHU et le centre régional de lutte contre le cancer. En effet, tous les acteurs reconnaissent la disponibilité et l'efficacité des équipes rennaises, les points d'amélioration qui subsistent, ainsi que l'intérêt d'une prise en charge globale au sein de ces établissements (y compris avec hébergement en hôtel hospitalier quand l'état du patient le permet). Cette prise en charge doit être articulée avec le développement de la télé-expertise, et une poursuite du traitement au CHFD sous la supervision des spécialistes métropolitains.

[161] Ce travail devrait réunir l'ensemble des acteurs concernés : la CPS et son service médical mobilisé pour les EVASAN, l'hôpital et l'ATS. Il s'agirait de sortir des contacts individuels forts utiles certes pour initier la démarche de coopération, pour créer de véritables filières de spécialités réparties entre un nombre maîtrisé d'établissements correspondants en capacité de prendre en charge dans des délais raisonnables les patients de Saint Pierre et Miquelon.

[162] La mission ne peut qu'inciter les partenaires à signer des conventions de coopération quadripartites tenant compte du rôle des trois acteurs locaux : l'ATS en qualité d'autorité organisatrice du système de santé, la CPS en qualité de financeur validant les EVASAN, le CHFD support et relais des coopérations.

[163] En capitalisant sur le modèle rennais, les trois acteurs ATS, CPS, et CHFD peuvent construire de vraies filières de soins en contractualisant ensemble avec un nombre limité d'établissements métropolitains pour couvrir les principales spécialités et gagner en efficacité et qualité de suivi y compris au retour du patient à St Pierre.

Recommandation n°20 En cohérence avec les objectifs 13 parcours de soins et 14 EVASAN de la feuille de route santé territoriale, renforcer toutes les actions de coopération, de suivi et d'évaluation facilitant les parcours de soins avec le Canada et la métropole.

En conclusion, la mission estime qu'il n'y a pas de fatalité de la dérive financière du régime de sécurité sociale de Saint-Pierre et Miquelon, telle qu'elle peut être constatée sur cinq ou dix ans, jusqu'à 2017. L'année 2018 a marqué une relative stabilisation des dépenses, qui ne semble pas se confirmer en 2019, faute de mobilisation des marges de simplification et d'efficience nombreuses. Il reste à en convaincre les acteurs nationaux et locaux. Des dispositifs, déjà en place sur l'ensemble des régions, qui allient recherche de la pertinence, de l'efficience et d'une plus grande qualité des soins restent à mettre en place. Poursuivre dans la durée une meilleure maîtrise des dépenses et une protection sociale de haut niveau dans ce territoire aux parcours de soins et de vie très spécifiques suppose cependant des changements profonds et coordonnés : en particulier, chaque acteur principal, caisse, agence territoriale de santé, centre hospitalier, doit revoir son organisation dans le sens de la qualité et l'efficience du service à la population, accéder aux outils et dispositifs éprouvés comme simples et efficaces en métropole et dans les autres outre-mer. Il doit bénéficier enfin d'un cadre d'action juridique et contractuel plus clair et stable, et d'un appui renforcé par des institutions de terrain métropolitaines, tel qu'il est engagé depuis 2014 pour ces trois acteurs. Dans le cadre de la récente feuille de route santé territoriale, ces conditions ont commencé depuis 2017 à produire leurs résultats, à amplifier rapidement dans le cadre de la réforme « ma santé 2022 ». Les gouvernances et directions des trois acteurs rencontrés partagent une prise de conscience et une volonté de renouvellement seules à même de répondre, dans le champ de la protection sociale et particulièrement de la santé, aux enjeux d'attractivité durable du territoire et d'une nécessaire maîtrise des dépenses, contribuant sur la durée à l'équilibre du régime de sécurité sociale, financé par les cotisations et la solidarité nationale.

Jean DEBEAUPUIS

Olivier de CADEVILLE

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ



Paris, le

19 JUIN 2019

Note
A l'attention de
Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : Mission d'audit relative à la Caisse de prévoyance sociale (CPS) de Saint-Pierre-et-Miquelon

La CPS de Saint-Pierre-et-Miquelon gère un régime local de sécurité sociale qui a la particularité d'être intégré financièrement au régime général et de bénéficier de son soutien en trésorerie conformément à l'article 7 de l'ordonnance n°77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales. Néanmoins, en dépit de son intégration financière, cette caisse n'est pas soumise aux contrôles de droit commun, c'est-à-dire ni à celui de la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC), ni à celui des caisses nationales lesquelles ne sont pas juridiquement compétentes.

Chaque année, un arrêté des directrices de la sécurité sociale et du budget¹ équilibre les comptes du régime local pour l'année précédente par le versement d'une contribution du régime général et organise le versement d'acomptes pour l'année en cours. Ces versements sont pris en charge par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). Les déficits de la CPS, que la CNAM est juridiquement contrainte de combler, ont plus que doublé en 10 ans, passant de 20 M€ en 2008 à 41,6 M€ en 2018, essentiellement à cause de la croissance du déficit de la branche maladie, passé de 23 M€ en 2008 à 41,6 M€ en 2018. Sollicitée par les tutelles, la CPS n'a jusqu'ici pas été en mesure de fournir des éléments d'explication satisfaisants quant au creusement de ce déficit. En particulier, aucun sous-jacent à la hausse marquée des dépenses de santé n'a pu être identifié par la caisse.

¹ Cet arrêté est pris en application du décret n°85-1113 du 15 octobre 1985 portant application de l'article 107-II de la loi de finances pour 1985 (n° 84-1028 du 29 décembre 1984) et relatif au financement de la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon

En outre, même si elles résultent de dispositions législatives et réglementaires, les modalités de calcul du montant de la contribution annuelle du régime général et du montant des acomptes n'apparaissent pas satisfaisantes. Dans la mesure où le déficit constaté en année n-1 constitue la base de référence pour la définition du montant de la subvention versée en année n, la CPS voit sa solvabilité automatiquement garantie et n'est ainsi pas incitée à réduire ses déficits.

Dans ce contexte, nous souhaiterions par conséquent qu'une mission puisse établir un diagnostic de la gestion de ce régime local afin de documenter les raisons sous-jacentes au creusement des déficits ainsi que les leviers susceptibles d'être mobilisés pour les contenir, tout en prenant en compte les particularités géographiques et socio-économiques de l'archipel. En particulier, l'aggravation du déficit de la branche maladie apparaissant liée à une augmentation dynamique des dépenses de santé, la mission s'attachera à formuler des propositions visant à l'amélioration de la maîtrise de ces dépenses. A ce titre, l'attention de la mission pourra utilement porter sur la gestion des opérations d'évacuation sanitaire, l'organisation des achats de produits de santé et plus largement sur le contrôle des dépenses du Centre Hospitalier François Dunan. Elle pourra également examiner les modalités de service des prestations d'action sociale et formuler des suggestions d'évolution pour prendre en compte les besoins des bénéficiaires tout en respectant la maîtrise des dépenses.

Nous souhaiterions également que la mission formule des propositions relatives à l'évolution des modalités d'équilibrage financier du régime, ainsi qu'à son organisation et sa gouvernance. La mission cherchera en particulier à documenter les possibilités d'intégration en gestion de la caisse au réseau du régime général. Il est à cet égard précisé à la mission qu'un projet d'ordonnance proposant des réformes en ces domaines avait été présenté au Conseil d'État en décembre 2016, mais n'a pu être adopté.

Afin que les travaux de la mission soient en mesure d'éclairer les orientations à définir dans le cadre d'un projet de réforme, le rapport devra être remis mi-septembre 2019.


Raymond LAMODIGN

ANNEXE 1 : Rapport MICOR 2018

Rapport de mission SPM

Juin 2018

Mettre en place une politique globale et ambitieuse sur le rapport coût/efficacité/qualité	2
1)Créer un référentiel d'indicateurs.....	2
2)Mettre en place un dialogue de gestion basé sur le référentiel.....	3
3)Analyser la relation client dans une logique d'optimisation	4
4)Mettre en œuvre une démarche ambitieuse de qualité	6
Mettre en place une politique de gestion du risque (GDR).....	7
1)Les modalités de coopération avec les professionnels de santé	8
2)Le contrôle des arrêts de travail	9
3)Prévention et gestion du risque	10
4)Gestion des Evasan.....	11
5)Partenariat avec le Centre hospitalier F. Dunan et l'Agence territoriale de santé (ATS)	13

Mettre en place une politique globale et ambitieuse sur le rapport coût/efficacité/qualité

Ces dernières années la CPS a structuré son activité autour du service rendu au client. Ce développement est basé à la fois sur une très grande proximité avec les usagers et une très forte exigence en termes de disponibilité. Les usagers ont un accès direct aux agents des services de production quel que soit le canal utilisé (téléphone, mail et physique). Mais paradoxalement, aucune analyse du volume et des motifs de contacts n'est réalisée et il n'y a pas de politique de relation client clairement définie.

Le management est principalement orienté sur des tâches techniques (suivi juridique, cas complexes, ...) ou d'attention à l'utilisateur au cas par cas. Très peu de managers ont mis en place des tableaux de bord permettant de suivre les principaux indicateurs de gestion : charge, productivité, solde, délai, qualité.

Parallèlement, les contraintes budgétaires s'intensifient et le coût du système de soins de l'Archipel augmente.

Dans ce contexte et en cohérence avec le nécessaire développement de la GDR il apparaît incontournable de **mettre en place une politique globale et ambitieuse du rapport coût/efficacité/qualité** qui peut se décliner en 4 axes :

- Créer un référentiel d'indicateur
- Mettre en place un dialogue de gestion basé sur ce référentiel
- Analyser la relation client dans une logique de réduction de charge.
- Mettre en œuvre une démarche de qualité

1) Créer un référentiel d'indicateurs

Très peu d'indicateurs de production sont suivis au sein de la CPS et aucun n'est consolidé dans un tableau de bord global. De fait, il n'y a pas de référentiel de productivité, de délai de traitement, de qualité et de conformité. L'encadrement est donc peu sensibilisé à ces problématiques.

L'absence de pilotage globale et d'analyse des coûts ne permet pas à la CPS d'engager un dialogue de gestion avec les autorités de tutelles aussi bien sur la question de la gestion des fonds publics que sur la question de la qualité.

➤ Préconisations :

A court terme, il est préconisé de créer un tableau de bord par processus (cf annexe) afin de dénombrer les principaux éléments d'activité et de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la performance :

Identifier et suivre des indicateurs de charges en se focalisant sur les entrants des principaux processus et notamment ceux de l'assurance maladie (Indemnités journalières, prestations en nature, gestion des droits, EVASAN ...).

Il s'agira d'évaluer la valeur utile des tâches des services (tableaux de suivi, ...). Par exemple, le service EVASAN, rembourse les prestations selon deux modalités. Un paiement direct (au fil de l'eau) et un paiement global (deux fois par mois). Ce dernier induit des activités de tri et de stockage des documents entrants. La charge estimée est de 3 jours pour les 3 agents du service (9 jours/homme). De plus, les prestations d'une même EVASAN étant payées à des moments différents, cette pratique réduit la compréhension client et génère des contacts. Il semble que le paiement global n'a plus de justification opérationnelle mais cette pratique n'a jamais fait l'objet d'un questionnement.

Dans le même temps, il est nécessaire de questionner la pertinence de l'affectation de certaines tâches aux services de production. Les services EVASAN et soins externes suivent les évolutions de la

CCAM et des tarifs associés. Le service famille suit les évolutions réglementaires de l'ensemble de ces prestations... Ces activités devraient logiquement être réalisées par le service juridique. Sans forcément étudier l'intégralité des textes, le service juridique pourrait au moins alerter les services experts ordonnateurs et l'agence comptable quand il y a des modifications qui lui semblent substantielles.

Suivre des indicateurs de productivité : nombre d'entrées traitées par jour et par agents.

Il s'agit d'évaluer l'allocation de ressources de chacun des services sur ces principales activités, de suivre l'évolution de la productivité.

Suivre des indicateurs de délais :

Si la satisfaction des assurés est une préoccupation constante de l'ensemble du personnel elle n'est pas mesurée de façon objective. La CPS semble avoir peu de stock mais cela n'est pas suffisant pour garantir un délai de paiement raisonnable. La construction de ce délai n'est pas connue (délai de rétention des pièces + délais de traitement par la CPS)

Suivre des indicateurs de conformité :

Parallèlement à la mise en place d'une politique de contrôle, des indicateurs qualité devront être suivis pour chacun des processus. Par exemple, le taux de liquidation erroné des IJ sur les montants supérieurs à un seuil, le taux d'anomalie des saisies PRN... Ces indicateurs pourront être choisis dans les RNP joints en annexe de ce rapport.

L'agence comptable a commencé à produire des contrôles de ce type. Cela doit être intensifié et surtout il convient de mettre en place un plan de contrôle côté ordonnateurs. Un calendrier précis sera à définir.

L'ensemble de ces indicateurs devront faire l'objet d'une consolidation, a minima mensuelle, dans un tableau de bord qui sera commenté en réunion de direction.

2) Mettre en place un dialogue de gestion basé sur le référentiel

L'encadrement, principalement orienté sur des tâches techniques ou des projets d'attention à l'utilisateur n'est pas sensibilisé à l'efficience :

Sans référentiel, il n'est pas possible de fixer des objectifs aux managers de proximité. Le rapport coût efficacité et la nécessité de le faire évoluer favorablement n'est donc pas sa priorité. Cela ne favorise pas la réflexivité et laisse perdurer des pratiques à faible valeur ajoutée (tâches inutiles ou superflues).

➤ **Préconisations :** *Les managers devront être accompagnés pour procéder à une analyse fine de leur processus afin de l'optimiser.*

La direction de la CPS précise qu'il est déjà prévu une formation/action avec un prestataire qui se déplacerait en mars-avril 2019 pour sensibiliser à la démarche processus-qualité, qui répondrait à de nombreuses recommandations de l'audit. L'objectif est d'appliquer cette méthodologie sur quelques premiers processus à forts enjeux, par exemple certains ciblés dans l'audit (ex : Evasan, IJ...). Une généralisation de la démarche à d'autres processus devra alors être mise en œuvre, dans le temps.

- ✓ Mobiliser l'encadrement sur des thématiques réflexives permettant d'améliorer la performance des processus.
 - Chercher à identifier les dysfonctionnements internes au processus, les non-qualités, la fréquence des anomalies, l'évolution des indicateurs (coût, délai, sollicitations usagers...), le temps passé à la réalisation de tout ou partie du processus,... Sans attendre la formation à la démarche processus, les managers doivent déjà travailler sur la performance et notamment l'axe qualité.
 - Confirmer la possibilité de supprimer le paiement global au service EVASAN

Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : pas d'objection pour les paiements en euros, mais qu'il existe des difficultés pour les paiements en dollars à cause des fluctuations de cours.

- Identifier les activités non directement productives et confirmer leur intérêt ou les supprimer.
- Identifier et relocaliser les activités effectuées par les services de production et relevant des fonctions supports notamment celles concernant le suivi juridique et réglementaire.
- ✓ Fixer des objectifs d'évolution de la productivité et de la qualité.
- ✓ Conditionner le remplacement des effectifs à l'atteinte des objectifs de productivité.

3) Analyser la relation client dans une logique d'optimisation

Avec un total de 85 110 contacts annuels, le poids de la relation client sur la CPS est très élevé. Concernant le périmètre Assurance Maladie (PN soins locaux, Soins Extérieur, PE INVAL MP AT et accueil et affiliation), la CPS reçoit en moyenne 14 contacts entrants par an et par assurés pour seulement 0,9 en métropole.

60 % de cette charge est traitée directement par les services de production réduisant d'autant leur capacité d'instruction de liquidation.

Ces chiffres s'expliquent en partie par l'activité des EVASAN qui génère à elle seule 37 000 contacts soit 44 % des contacts entrants.

La relation client apparaît comme un axe d'analyse important pour la CPS afin de définir une politique de service efficiente. C'est un enjeu d'autant plus important que la CPS doit redéployer des moyens sur le domaine de la GDR peu investie à ce jour.

Poids relation client périmètre Assurance Maladie				
	Metropole		CPS	
Nb assurés	61 000 000		6 000	
Nb contacts/An	56 300 000		85 110	
Nb contacts /assuré/an	0,9		14,2	

PROCESSUS	PHYSIQUE	TELEPHONE	MAIL	TOTAL CONTACTS
PN soins locaux	30	2 080	5 534	7 644
SOINS EXTERIEUR	2 500	5 460	29 418	37 378
PE INVAL MP AT	80		4 952	5 032
ACCUEIL/AFFILIATION	6 000	5 900	23 156	35 056
Périmètre Assurance maladie				85 110

Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : « les statistiques nationales qui nous sont fournies semblent concerner des appels externes : appels sur les plates formes-téléphoniques (peut être même ceux du SVI), sur les plate-formes de mail, courriels entrants, etc.. Apparemment dans les chiffres de la CPS, il y a aussi tous les flux internes, dont les échanges de mails.

Pour information, nous avons réalisé une étude sur les e-mails professionnels/personnels entrants internes/externes pendant 2 semaines de la phase contradictoire :

	<i>Soins Locaux</i>	<i>Soins à l'Extérieur</i>	<i>Prestations Espèces</i>

Interne	32	194	43
Externe	17	671	55
Personnel	1	4	3

Par ailleurs, la différence avec le ratio national pourrait aussi s'expliquer par l'insularité et la proximité. Sans compter que si l'on veut vraiment comparer les modes de contact, il faudrait compter aussi les documents papiers reçus. Or la CPS accepte beaucoup de justificatifs par mail alors que les CPAM ne les acceptent pas. Par exemple un assuré qui veut qu'on calcule ses IJ à la CPS peut nous envoyer ses BS par mail. En métropole il doit les envoyer par courrier. De manière générale, la CPS reçoit apparemment beaucoup moins de courriers qu'en métropole. Une comparaison sur l'ensemble des modes de contact, dont les courriers, serait probablement plus éclairante.

Nous sommes cependant évidemment d'accord sur la perspective d'analyser et réguler notre relation client pour obtenir des gains (ex : envoyer systématiquement des mails pour rappeler la date de versement, etc.), mais il convient d'être réaliste quant aux gains attendus.

A noter qu'a été mis en place un système de bannette électronique pour limiter les flux internes dans les boites mails et comptabiliser automatiquement l'activité. »

➤ **Préconisations** : Analyser le volume et les motifs de contacts dans une logique de réduction de la charge

✓ Identifier et externaliser une partie des contacts vers les prestataires :

- EVASAN : continuer la démarche engagée visant à développer le contact direct des assurés avec les prestataires pour le règlement des détails logistiques (choix des dates et des vols) dans les limites d'une enveloppe budgétaire fixée par la CPS.

Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : « des consignes ont été passées depuis le printemps 2018 vis-à-vis des agences de voyage. »

=> remarque acceptée par mission d'audit.

✓ Identifier les actions proactives pouvant être mise en œuvre dans le but de réduire le volume des contacts entrants (information, téléservices, suivi de commande, mail sortant).

Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : « nous sommes tout à fait d'accord avec le principe du développement des téléservices, mais nous nous heurtons immédiatement à la question des moyens et des délais. La question avait été abordée pour la priorisation des développements informatiques devant figurer dans le projet d'organisme 2017-2019. Le principe des téléservices avait été acté, mais après 2019. La priorité sera le développement de télédéclarations par les employeurs, les enjeux étant forts dans ce domaine. Pour la branche maladie, cela nécessite préalablement la mise en place de Noemie B2, avec l'accompagnement national préalable que cela suppose.

Par ailleurs, nous allons étudier l'opportunité et la faisabilité de mettre en place un système de rendez-vous en ligne au centre de santé. »

=> remarque acceptée par mission d'audit

- ✓ Identifier les motifs de contacts simples et les orienter systématiquement sur le front office (confirmation de réception de document, avancement des dossiers, prise de RDV, ...)

Il est à noter qu'une démarche d'accueil généralisé se met déjà en place progressivement depuis 2 ans.

4) Mettre en œuvre une démarche ambitieuse de qualité

Les contrôles ordonnateurs sont quasi inexistantes, il n'y a pas de stratégie de contrôle par processus ni de cartographie des risques par grands domaines d'activité. Aucune action n'est mise en œuvre pour s'assurer que les PS adressent des données conformes, et qui respectent la nomenclature

Le système d'information n'intègre pas de contrôles embarqués sur l'ouverture des droits aux prestations familiales ni sur la cohérence entre le code acte utilisé et le montant remboursé (CCAM). L'organisation du centre de santé ne permet pas de sécuriser les encaissements et génère nombreux indus. En effet, les encaissements sont réalisés au premier étage, les agents d'accueil situés au RDC n'ont pas le moyen de s'assurer du paiement quand l'assuré quitte le centre.

Les outils actuels ne permettent pas une gestion fiable des indus, notamment le rapprochement des sommes encaissées et des procédures d'indus. Ces rapprochements sont réalisés manuellement. Ils sont chronophages et sources d'erreur.

Le Centre de Santé saisit des factures dans le système d'ordonnancement de la CPS sans que cette dernière puisse effectuer les contrôles nécessaires avant le paiement.

En revanche, la démarche de coordination des régimes est en place, des procédures sont rédigées. En 2017 cette démarche a permis d'encaisser 204 000 €.

➤ Préconisations :

- ✓ Définir une politique de contrôle des entrants inspirée des RNP (cf annexe) et/ou du PCSAC (<https://ameli-reseau.cnamts.fr/article/pcsac-cpam-cgss-global-2018?rubrique=55997>) et la communication adaptée vers les partenaires. Intégrer les principaux résultats au tableau de bord direction.

La direction de la CPS a bien reçu les documents mais a encore alerté sur le fait qu'elle ne dispose pas de l'accès à Ameli-réseau. La Cnam a fait une relance.

- ✓ Etudier la possibilité d'intégrer au Système d'information des contrôles embarqués sur l'ouverture des droits aux prestations familiales ainsi que les principaux codes acte de la CCAM. Le suivi des évolutions réglementaires et tarifaires sera réalisé par le service juridique.

Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : ce type de développement nécessite du temps et un appui de la Cnam. Ce point sera à expertiser.

- ✓ Réorganiser les encaissements du centre de santé pour fiabiliser notamment l'encaissement du Ticket Modérateur. Relocaliser les encaissements à l'accueil du centre de santé et faire établir les feuilles de soins directement par les professionnels de santé.

Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : plusieurs solutions d'organisation seront analysées pour aboutir au résultat : encaisser les tickets

modérateurs.

- ✓ Fiabiliser le processus de facturation en le relocalisant à la CPS la saisie des factures qui en assurera le contrôle et la saisie dans les applicatifs d'ordonnancement.
- ✓ Etudier la possibilité d'installer une application permettant de fiabiliser le traitement des indus par un chaînage de bout en bout du processus : détection, mise en recouvrement, encaissement et rapprochement comptable.
Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : « nous sommes évidemment d'accord avec cette perspective, mais un tel développement prendra du temps, avec tous les préalables que cela suppose (analyse détaillée des indus existants, définition d'un cahier des charges, intégration de l'étude dans une démarche processus, etc.) »
=> la CNAM verra s'il est impossible d'importer une solution inspirée de la métropole
- ✓ Développer et industrialiser la démarche existante de coordination des régimes

Mettre en place une politique de gestion du risque (GDR)

L'un des objectifs de la mission de la coordination des outre-mer (Micor) du 25 au 29 juin 2018 à Saint-Pierre-et-Miquelon était de dresser un premier état des lieux de l'organisation du système de santé de l'archipel et d'amorcer la mise en place d'actions de gestion du risque. Pour l'Assurance maladie, la gestion du risque regroupe l'ensemble des actions visant à optimiser le rapport qualité/prix de notre système de santé et maîtriser ainsi l'évolution de ces dépenses.

En effet, la mission a fait le constat que la gestion du risque était un domaine peu ou pas investigué sur le territoire, notamment du fait que l'archipel n'est pas soumis à ce jour aux mêmes contraintes de maîtrise des dépenses médicalisées que la métropole.

A Saint-Pierre-et-Miquelon, la gestion et le financement de la branche Maladie, et de la Sécurité sociale d'une manière générale, diffèrent de la métropole. Une caisse de prévoyance et de santé (CPS), organisme autonome présidé par un conseil, gère les différents risques de l'archipel dans une logique inter-régime. Le financement de la protection sociale est assuré essentiellement par un système de cotisations (à hauteur de 27% en 2017) – plus favorable pour les assurés qu'en métropole – et complété par une dotation nationale (59%) versée chaque année par la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM). La CPS dispose d'un système d'informations local qui n'est pas relié aux bases de données nationales, bien que des pistes de rapprochement ont été récemment étudiées.

L'offre de soins de premier recours est constituée d'un centre de santé, géré par la CPS, et de praticiens libéraux. En outre, l'archipel possède son propre établissement public de santé, le Centre hospitalier F. Dunan (CHFD) qui comprend 120 lits, soit 35 en MCO, 24 en USLD, 36 en maison de retraite et 25 en SSIAD) et emploie environ 330 personnes. Enfin, les soins ne pouvant être assurés sur l'archipel vont l'objet d'évacuations sanitaires (Evasan) soit vers la métropole, soit vers le territoire canadien. A noter que l'offre libérale et hospitalière est complétée par des missionnaires venant quelques mois sur l'archipel.

A ce jour, le coût de l'offre de santé à Saint-Pierre-et-Miquelon est particulièrement élevé. Rapporté au nombre d'habitants (6 034 en 2014, selon l'Insee), il est même le plus élevé de l'outre-mer (rapport de l'IEDOM, Saint-Pierre-et-Miquelon, 2015). Par ailleurs, comme le notait la Cour des comptes dans son rapport de 2014 sur *La Santé dans les outre-mer*, les dépenses de santé de Saint-Pierre-et-Miquelon augmente très fortement malgré une stagnation de la population (hausse de 43% des dépenses entre 2009 et 2012). En 2017, la CPS estime que les dépenses de la branche maladie ont augmenté de 20% en un an, avoisinant un total de 7,7 millions d'euros.

Dans ce contexte, la construction progressive d'une politique globale de gestion du risque,

tenant compte des particularités de l'archipel, apparaît plus que jamais nécessaire. Si cette évolution se fait naturellement dans la durée, il convient dès à présent que la CPS, avec le soutien de son conseil, amorce ce changement de culture en faisant notamment évoluer le rapport qu'elle entretient avec ses usagers et professionnels de santé. C'est précisément sur ce domaine des soins de ville que la CPS doit gagner en crédibilité en maîtrisant l'évolution des dépenses de santé.

Bien que la courte durée de la mission (cinq jour) n'ait pas permis une investigation complète des problématiques de santé de l'archipel en présence, **cinq thématiques prioritaires ont été identifiées pour lesquelles la CPS pourrait mettre rapidement des actions en place initiant ainsi une démarche de maîtrise des risques :**

- *les modalités de coopération avec les professionnels de santé ;*
- *le contrôle des arrêts de travail ;*
- *la prévention ;*
- *la gestion des Evasan ;*
- *le partenariat avec le Centre hospitalier F. Dunan et l'Agence territoriale de santé (ATS).*

1) Les modalités de coopération avec les professionnels de santé

La mission fait le constat d'une quasi-absence d'actions d'accompagnement de gestion du risque et de lutte contre la fraude à destination des professionnels de santé. De ce fait, la CPS est perçue essentiellement comme un organisme « payeur » qui a finalement peu d'exigences envers ses publics et ce malgré son rôle central en matière de versements de prestations.

Sur ce point, il convient d'ajouter que l'insularité et la faible population de l'archipel conditionnent fortement les relations entre les personnes de telle manière qu'il est sans doute plus difficile qu'ailleurs de se détacher d'une certaine forme de personnalisation, voire de familiarité, dans les relations entre le personnel de la caisse et ses publics, qu'ils soient assurés ou professionnels de santé.

La CPS effectue très peu de contrôle de cohérence et d'opportunité sur les paiements qu'elle effectue quotidiennement pour ses différents publics.

A noter que conventions avec les professionnels de santé sont signés entre la CPS et les professionnels eux-mêmes, contrairement à la métropole où l'Assurance Maladie contractualise avec des syndicats.

➤ **Préconisations :**

En tenant compte de ces constat, et afin d'initier une démarche de gestion du risque envers les professionnels de santé, la mission fait à la CPS les propositions suivantes :

- ✓ **effectuer des requêtes en routine sur l'activité des professionnels de santé**, tant envers les libéraux que ceux exerçant au centre de santé, en ciblant des points de contrôle clé par profession ;
- ✓ **développer un suivi personnalisé de l'ensemble de l'activité des professionnels de santé libéraux de l'archipel**, en suivant notamment l'évolution annuelle de leur activité et de leurs prestations, pouvant aboutir idéalement à des « profils prescripteurs ».
- ✓ **mettre en place des actions d'accompagnement graduées des professionnels de santé**, en diffusant de l'information et en rappelant les bonnes pratiques en matière de respect de la

réglementation, qualité de la saisie et de pertinence des soins (*portage administratif*) ;

- ✓ **mise en place d'échanges confraternels individualisés** (*portage médical*) pour analyser l'ensemble de la pratique des médecins, avec l'appui d'un Service médical métropolitain ;

A noter que la CPS a initié des contacts avec la DRSM Bretagne, qu'il convient désormais d'approfondir.

- ✓ **accroître les exigences de la CPS à destination des professionnels de santé**, notamment en matière de qualité de la prescription, mais également en provoquant des échanges sur leurs pratiques ou en développement de contrôles ;
- ✓ **formaliser dans les nouvelles conventions locales ces engagements réciproques** entre les professionnels de santé et la CPS et prévoir un **portage de la convention médicale** par le directeur de la CPS et le médecin-conseil.

Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : « en l'état, et vu la nécessité actuelle d'un accord de l'ensemble des médecins libéraux pour faire évoluer la convention, celle-ci restera en vigueur jusqu'en 2021 (blocage dans la négociation et impossibilité juridique d'une dénonciation à court terme). Il faudra se baser uniquement sur les termes de la convention actuelle, ce qui limite notre champ d'action. »

=> la CNAM prend acte de la situation.

2) Le contrôle des arrêts de travail

A ce jour, la saisie des arrêts de travail reçus permet à la CPS de disposer d'une base de données sur l'activité des prescripteurs (centre de santé et libéraux). Cependant, parfois incomplètes, ces feuilles de soins ne permettent pas à la CPS de disposer d'une information exhaustive sur les arrêts de travail de l'archipel. Par ailleurs, la dynamique observée sur les indemnités journalières (IJ) en fait un poste de dépenses à fort enjeux : hausse de 56% des prescriptions d'IJ entre 2016 et 2017, due notamment à une forte hausse des arrêts de courte durée (IJ de moins de 10 jours).

➤ Préconisations :

Sur cette thématique des IJ, la mission estime qu'il est possible de mettre rapidement en œuvre plusieurs actions avec des gains rapides :

- ✓ **faire des requêtes en routine sur les prescriptions d'IJ**, en ciblant notamment les répétitions d'arrêts tant du côté des assurés que des prescripteurs ;
- ✓ **mener des actions d'accompagnement auprès des prescripteurs**, en sensibilisant notamment à la nécessité d'une justification médicale à l'arrêt de travail ou à l'obligation de faire apparaître le motif de l'arrêt ;
- ✓ **développer des actions de contrôle sur place** (contrôleurs assermentés) ainsi que des actions de **sensibilisation auprès des employeurs** ;

Il est à noter que la CPS n'a pas de contrôleurs assermentés, ce qui nécessiterait par exemple une contractualisation avec une caisse partenaire qui viendrait faire le contrôle.

- ✓ **intensifier les liens en interne** entre le service « maladie » de la CPS et le médecin-conseil pour le suivi des arrêts de travail ;
- ✓ **outiller la CPS en kits d'accompagnement** des médecins sur la thématique des IJ afin de développer des actions adaptées au contexte local.

3) Prévention et gestion du risque

Le domaine de la prévention est un des nouveaux axes forts mis en avant par le ministère des Solidarités et de la Santé pour réussir la transformation du système de santé sur les années à venir, comme l'atteste notamment la Stratégie Nationale de Santé pour 2018-2022.

Force est de constater que l'importance de la prévention est bien intégrée par la CPS qui s'efforce de prendre en compte les orientations nationales en la matière, bien que tous les dispositifs métropolitains n'existent pas sur le territoire. A titre d'exemple, il n'y pas de PMI ni de planning familial sur l'archipel et les services en santé Prado ou Sophia ne trouvent pas de concrétisation sur le territoire.

Il n'en demeure pas moins qu'une réelle dynamique partenariale en matière de prévention est enclenchée depuis 2011 entre la CPS, l'ATS, le conseil territorial, l'Education nationale, le CHFD et le tissu associatif local (notamment un centre de soins en addictologie subventionné en partie par la CPS. *La feuille de route territoriale Saint-Pierre-et-Miquelon* de 2017, qui formalise les enjeux de santé publique sur la période 2018-2021, atteste de cette coopération en matière de prévention.

Cependant, la couverture en termes de prévention est fragilisée par le fait qu'elle dépend de l'offre locale disponible à un moment donné et de l'organisation alors mise en place, sans garantie de pérennité.

Enfin, Saint-Pierre-et-Miquelon ne dispose pas à jour d'un véritable diagnostic territorial de santé publique, lequel permettrait une meilleure connaissance épidémiologique (objectivation de la prépondérance d'obésité ou de diabète sur l'archipel par exemple), permettant ainsi de mieux prioriser les orientations de prévention et de santé publique.

➤ Préconisations :

Sur le domaine de la prévention, la mission propose la mise en place des actions suivantes :

- ✓ **mettre en place un observatoire local en santé** afin de cibler les domaines d'intervention prioritaires en matière d'action de prévention et de santé publique ;

A noter que ce sujet est déjà inscrit dans la Feuille de route territoriale santé ; il fait consensus depuis de nombreuses années. Il y a eu pour l'instant le recrutement d'un épidémiologiste par l'ATS, mais sur une mission d'une durée déterminée.

- ✓ **clarifier annuellement la répartition des missions de prévention entre les différents acteurs** du fait d'un contexte local mouvant en matière de professionnels de santé ;
- ✓ **diffuser des messages de prévention** auprès des assurés et des professionnels de santé sur des sujets tels que le dépistage des cancers, la vaccination, etc. (*portage administratif*)
Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : « Cela est déjà effectif en partie (ex : vaccination grippe) ou prévu dans la feuille de route santé (ex : dépistage). »
- ✓ **accélérer le développement de la télémédecine** (téléconsultation et télé-expertise) : les investissements réalisés en matière de télémédecine doivent amener à une utilisation plus forte de ces nouvelles technologies qui apparaissent comme un levier important de gestion du risque et peuvent permettre à diminuer à terme le volume des évacuations sanitaires ;

Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : « Des consultations en télémédecine sont déjà opérées au niveau du CHFD (teledialyse, consultations dermatologie notamment...) et la convention CHFD/CHU de Rennes a un volet consacré à cette activité. »

=> retour CNAM : il conviendra d'évaluer l'impact sur les EVASAN / déplacements évités.

- ✓ **proposer une intégration de Saint-Pierre-et-Miquelon au Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS)** afin d'identifier des lignes de dépenses pérennes pour les actions de prévention (dépistage des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus, bon usage du médicament, vaccination, aide au sevrage tabagique...)

4) Gestion des Evasan

A l'instar d'autres territoires ultra-marins, Saint-Pierre-et-Miquelon a recours à des évacuations sanitaires (ou Evasan) lorsque les soins ne peuvent être assurés par l'offre présente sur l'archipel. La prise en charge de ces Evasan s'appuie sur un décret de 1991 qui reste toutefois assez imprécis.

Bon an mal an, les Evasan ont augmenté de manière continue entre 2011 et 2017 (+30% environ sur la période) avec une orientation majoritairement réalisée vers St Jean de Terre-Neuve (60% en 2017), suivi de la métropole (24%) et d'Halifax (13,5%). Les autres destinations (2,5%) correspondent à Moncton, Montréal et Burin.

- *Sur le volet consultation*, l'écart de coût peut être conséquent selon la destination. Les ratios de coût de l'Evasan entre la France et le Canada s'inscrivent dans les mêmes fourchettes entre 2016 et 2017. Une Evasan pour consultation au Canada coûte en moyenne 1 900 € contre 8 000 € en métropole.

- *Sur le volet hospitalisation programmée*, les écarts sont moins importants étant donné les coûts de 10 100 € au Canada et 13 800 € en métropole (coût de l'hospitalisation et non du contenu du panier de soins).

- *Concernant les Evasan en urgence*, le seul coût du transport spécialisé vers la métropole génère un écart conséquent : passage du coût moyen de 18 700 € par Evasan d'urgence vers le Canada à 116 600 € vers la métropole.

Ces différentes évacuations sanitaires concernent essentiellement 2 types de pathologie (selon la classification CIM 10) : 33% pour des « tumeurs et maladie du sang » et 21% pour des « maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif ».

Selon la CPS, la procédure d'Evasan appliquée actuellement peut être résumée comme suit :

- *demande d'Evasan auprès de la CPS* : réalisée par un médecin généraliste libéral, un praticien hospitalier ou un missionnaire ;
- *instruction administrative des dossiers* (25 en moyenne) pour la réunion hebdomadaire, avec anonymisation des demandes (seul le médecin-conseil et le médecin demandeur connaissent les identités) et première analyse des dossiers par le médecin-conseil ;
- *passage en commission médicale* : présence du médecin-conseil (seul représentant de la CPS), de membres permanents du CHFD (le chirurgien, l'anesthésiste et le réanimateur, le ou les chefs de service de médecine...)
- *décision prise par médecin-conseil*, après avis de la commission sur trois points :
 - les soins peuvent-ils être réalisés à SPM ? O/N
 - si non, où peuvent-ils l'être ? provinces canadiennes (à préciser) / métropole ?
 - le patient doit-il être accompagné ?
- *en cas d'accord donné pour une Evasan* :
 - *pour ceux qui sont orientés vers St Jean (60% des cas)* : la prise de rendez-vous se fait par le Service médical qui notifie la décision puis le service administratif de la CPS prend le relais pour la prise des billets, conformément à la convention entre St Jean et la CPS, renégociée chaque année ;
 - *pour les autres orientations* : le médecin à l'origine de la demande reprend la main.

Sur les dernières années, le taux d'avis favorables donné aux demandes d'Evasan est relativement

élevé : 88,9% en moyenne sur la période 2014/2017, avec un pic de 94,3% observé en 2017. Par ailleurs, il est constaté une augmentation constante du taux d'accompagnement familial (de 60% en 2013 à 72% en 2017) dans un contexte où l'établissement de St Jean l'exige régulièrement.

Par ailleurs, le constat est fait d'une difficulté à objectiver médicalement les accords pour les accompagnants d'une part et les sur-classements d'autre part pour les consultations et hospitalisations

A noter qu'un nouveau partenariat sur l'oncologie a été acté avec le centre Eugène Marquis de Rennes, ce qui devrait se traduire par une hausse des Evasan sur cette destination sur 2018 et 2019

En outre, un projet de développement d'une offre d'accueil sur St Jean est en réflexion afin d'optimiser le parcours de soins, et *in fine*, diminuer le nombre d'Evasan et le nombre d'accompagnants pour cette destination dans le contexte d'une mise à disposition gratuite d'un local par l'établissement

➤ Préconisations :

Afin d'améliorer la maîtrise de la masse financière que constitue les Evasan, il est proposé :

- ✓ **encadrer davantage la prise en charge des Evasan** en proposant une modification du décret de 1991 et en rédigeant un règlement intérieur de la commission médicale par la suite ; plusieurs éléments mériteraient de figurer dans l'un des deux textes : conditionner la prise en charge des accompagnants et des sur-classements à une justification médicale, refuser la prise en charge par la CPS d'une hospitalisation d'urgence non validée *a posteriori* par la commission médicale (le coût devant être supporté par le CHFD)...

Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : « le projet de modification du décret prévoit déjà certaines modifications évoquées. Il conditionne les accompagnements aux motifs suivants : patients mineurs selon lieu de destination, patients dont le handicap ou le déficit d'autonomie justifie la présence d'un tiers, patients devant bénéficier d'actes médicaux lourds dont les modalités du lieux d'exercice nécessite la présence d'un tiers, nécessité d'un soutien lors d'actes médicaux lourds et/ou de programmes de soins contraignants. »

=> la CNAM prend note et insiste sur la question de la justification médicale et non sociale des accompagnants

- ✓ **mener une étude médico-économique** afin de déterminer le coût global d'un Evasan pour les destinations habituelles pour les principales pathologies rencontrées ;

Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : « déjà prévu dans la feuille de route de l'expert Gdr. C'est une de ses priorités. »

- ✓ **élaborer un arbre de décisions** permettant au médecin-conseil, au vu de la pathologie en présence et des traitements disponibles, d'orienter le patient demandant une Evasan vers la destination le meilleur soin au meilleur coût et d'accorder ou non un accompagnement et un sur-classement ;

- ✓ **procéder à une évaluation du retour sur investissement de la nouvelle offre d'accueil** prévue avec St Jean au vu des économies réalisées en matière d'Evasan sur la période ;

5) Partenariat avec le Centre hospitalier F. Dunan et l'Agence territoriale de santé (ATS)

En métropole, la loi Hôpital, patient, santé, territoire (HPST) de 2009 a affirmé le rôle privilégié de

l'État dans la régulation hospitalière, amenant des transferts de personnels de l'Assurance Maladie aux ARS créées en 2010. Toutefois, la mise en place dès 2015 d'un plan triennal sur la gestion du risque relevant de la responsabilité commune de l'État et de l'Assurance Maladie a contribué à renforcer ce partenariat. Bien que distinguant des blocs spécifiques relevant du champ de compétences exclusif des ARS, ce plan avait également comme ambition de faire travailler ensemble les deux réseaux sur des thématiques communes relevant notamment de la sphère hospitalière : la pertinence des actes, le virage ambulatoire, les transports et les prescriptions médicamenteuses. Ce partenariat renforcé sur l'hôpital s'est également manifesté par une participation de l'Assurance Maladie aux dialogues de gestion entre l'État et avec les établissements ou encore par la signature obligatoire, depuis 2018, de contrat d'amélioration pour la qualité et l'efficacité du système de soins (CAQES).

A l'instar de la métropole, la supervision des établissements de santé à Saint-Pierre-et-Miquelon relève davantage de l'État que l'Assurance Maladie. Ainsi, une Administration territoriale de santé (ATS), service déconcentré du préfet, assure la régulation hospitalière de l'archipel.

La CPS attribue toutefois une part importante (48% en 2017) de ses dépenses au Centre hospitalier François Dunan (CHFD) à travers le versement d'une dotation globale (budget général). Cependant, la CPS n'a que très peu de visibilité sur le fonctionnement du CHFD du fait d'absence de système de flux automatisé et de télétransmission entre les deux organismes. Aussi, la caisse ne contrôle pas ce qu'elle rembourse à l'hôpital, les titres de recettes provenant de l'établissement arrivant par lots imposants, sans classement : il n'a donc pas de rapprochement entre la liquidation et le volet de facturation.

Par ailleurs, les liens entre le CHFD, l'ATS et la CPS ne sont pas formalisés. Ainsi, il n'y a pas de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'ATS et le CHFD. De même, aucune contractualisation tripartite (CAQOS, CAQES...) n'est réalisée entre les trois acteurs. Cet état de fait explique en partie la difficulté des différents acteurs, et de la CPS en particulier, de suivre l'évolution des dépenses du CHFD et ses perspectives d'évolution pour les années à venir.

➤ **Préconisations** :

Concernant les liens entre la CPS d'une part et le CHFD et l'ATS d'autre part, il est proposé de :

- ✓ **faire en sorte que la CPS reçoive les flux du CHFD en norme Noémie B2** afin de disposer d'une base de données reflétant la réalité de l'activité hospitalière et permettant notamment de réaliser des contrôles de facturation en s'assurant par exemple de l'absence de double prise en charge (dotation globale et facturation à l'acte) ;

Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : « Le directeur de la CPS a transmis fin 2017 un courrier officiel à la Micor demandant un accompagnement informatique de la Cnamts sur ce projet majeur, très technique et chronophage. Plusieurs scénarii ont été envisagés. »

=> retour CNAM : démarche en cours avec la Direction nationale du Système informatique de la CNAM

- ✓ **obtenir du CHFD une liquidation nominative par actes des prestations versées et en utilisant les nomenclatures** de la métropole afin d'effectuer des analyses médicalisées ;
- ✓ **établir une convention d'échanges de données entre la CPS et le CHFD** afin de disposer de données précises concernant la pharmacie dans un contexte où la pharmacie hospitalière assure la grande majorité des délivrances de l'archipel ;

Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : « ce problème serait résolu par un passage en B2 sans convention d'échange de données. Dans l'attente, des contrôles par sondage sont mis en place »

=> remarque prise en compte par la CNAM

- ✓ **prévoir une rencontre avec la direction** (administrative et médicale) **du CHFD et un médecin-conseil de métropole afin d'échanger sur les questions de pertinence** des prises en charge et des actes réalisés au sein de l'établissement ;
- ✓ **prévoir des réunions régulières entre la CPS, l'ATS et le CHFD** afin de partager les constats et les enjeux du territoire (évolution de l'offre de soins, vieillissement de la population, demandes d'Evasan...)

Remarque émise par la direction de la CPS lors de la phase contradictoire : « des réunions mensuelles via le « comité parcours de soins » permettent déjà ces échanges, sans compter d'autres réunions partenariales. »

Conclusion

La CPS est désormais à un niveau de structuration qui appelle aujourd'hui un travail pour impulser une culture qui soit orientée davantage « performance ». Actuellement, les décisions sont essentiellement prises à l'aune du service rendu à l'assuré ; il conviendrait d'y ajouter un deuxième paramètre d'efficience.

Les fonctions d'expertise créées récemment (assistant juridique, référent GdR maladie, informaticien...) sont justifiées et la CPS possède désormais des effectifs nécessaires pour poursuivre le redéploiement des ressources vers des fonctions de Gestion du Risque maladie, contrôle, qualité, etc.

ANNEXE 2 : Arrêt de 2015 de la Cour de cassation

Cour de cassation chambre civile 2

Audience publique du 17 décembre 2015

N° de pourvoi: 14-26648

ECLI:FR:CCASS:2015:C201688

Publié au bulletin

Cassation

Mme Flise, président

M. Cadiot, conseiller apporteur

Mme Lapasset, avocat général

SCP Garreau, Bauer-Violas et Feschotte-Desbois, avocat(s)

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, a rendu l'arrêt suivant :

Sur le moyen unique :

Vu l'article L.O. 6413-1 du code général des collectivités territoriales, créé par la loi organique n° 2007-223 du 21 février 2007, et les articles R. 133-3 à R. 133-7 du code de la sécurité sociale ;

Attendu, selon le premier de ces textes, qu'à compter du 1er janvier 2008, les lois et règlements déjà intervenus dans des matières qui ne sont pas exclues du régime de l'application de plein droit par la loi organique ou qui relèvent de la compétence de la collectivité en application du II de l'article L.O. 6414-1 du code général des collectivités territoriales, deviennent applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon, sous réserve qu'ils n'en disposent pas autrement ; que l'applicabilité de plein droit de ces textes ne fait pas obstacle à leur adaptation à l'organisation particulière de la collectivité ;

Attendu, selon l'arrêt attaqué, que pour avoir paiement, pour les années 2004 à 2008, des cotisations au titre du régime complémentaire d'assurance vieillesse, la Caisse nationale du régime social des indépendants a fait signifier le 4 janvier 2013, sur le territoire de Saint-Pierre-et-Miquelon, une contrainte à M. X... que celui-ci a frappée d'opposition devant la juridiction compétente en matière de sécurité sociale ;

Attendu que, pour annuler la contrainte, l'arrêt énonce que la modification du statut de la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon par la loi organique du 21 février 2007 n'a pas eu pour effet de rendre applicable, de plein droit à compter du 1er janvier 2008, les dispositions des articles R. 133-3 à R. 133-7 du code de la sécurité sociale au régime particulier et dérogatoire de protection sociale de la collectivité territoriale, faute de décret particulier sur les délais et conditions d'opposition à la contrainte et de mention spéciale prévue par le décret du 30 octobre 1998 pour ces textes ;

Qu'en statuant ainsi alors qu'en l'absence de mesures d'adaptation, les dispositions qui régissent la contrainte pour le recouvrement des cotisations sociales étaient applicables à compter du 1er janvier 2008, le tribunal supérieur d'appel a violé les textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS :

CASSE ET ANNULE, en toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 17 septembre 2014, entre les parties, par le tribunal supérieur d'appel de Saint-Pierre-et-Miquelon ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de Paris ;

Condamne M. X... aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, condamne M. X... à payer à la Caisse nationale du régime social des indépendants la somme de 2 500 euros ;

Dit que sur les diligences du procureur général près la Cour de cassation, le présent arrêt sera transmis pour être transcrit en marge ou à la suite de l'arrêt cassé ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, prononcé par le président en son audience publique du dix-sept décembre deux mille quinze, et signé par Mme Flise, président, et par Mme Parchemal, greffier de chambre, qui a assisté au prononcé de l'arrêt.

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par la SCP Garreau, Bauer-Violas et Feschotte-Desbois, avocat aux Conseils, pour la Caisse nationale du régime social des indépendants

Il est fait grief à l'arrêt confirmatif attaqué d'avoir prononcé l'annulation de la contrainte délivré le 9 novembre 2012,

AUX MOTIFS PROPRE QUE « Sur le fond :

Sur l'application de la procédure de contrainte pour le recouvrement des cotisations de retraite complémentaire des indépendants dans la Collectivité Territoriale de Saint-Pierre et Miquelon:

L'Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977, portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre et Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, a créé un régime particulier de protection sociale sur l'archipel de Saint-Pierre et Miquelon en instituant une caisse de prévoyance sociale ayant pour rôle de gérer un régime de sécurité sociale qui s'applique à l'ensemble des catégories relevant en France métropolitaine d'un régime de sécurité sociale, à l'exclusion des marins qui relèvent de l'établissement national des invalides de la marine (ENIM et des bénéficiaires du code des pensions civiles et militaire de l'État pour le régime vieillesse).

La loi n° 88-1264 du 30 décembre 1988, relative à la protection sociale et portant dispositions diverses relatives à la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon, a prévu au Titre 1er «Dispositions relatives à la protection sociale modifiant l'Ordonnance

n° 77-1102 du 26 septembre 1977» et plus particulièrement dans son article 8-1 que: « Les dispositions des chapitres 3 et 4 du Titre IV du livre II du code de la sécurité sociale concernant le recouvrement des cotisations et les pénalités sont applicables à l'exception de l'article L. 243-14, et sous réserve des adaptations nécessaires prises par la voie réglementaire. ».

L'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale relevant du chapitre 4 du Titre IV du livre II du code de la sécurité sociale spécialement visé dans l'article 8-1 de l'Ordonnance précitée, relatif à la procédure de contrainte, prévoit que : « La contrainte décernée par le directeur d'un organisme de sécurité sociale pour le recouvrement des cotisations et majorations de retard comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, dans les délais et les conditions fixées par décret, tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire ».

Pour ce qui concerne la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon c'est le Décret n° 98-994 du 30 octobre 1998, relatif à la détermination de l'assiette des cotisations des travailleurs indépendants, au recouvrement des cotisations au régime de sécurité sociale de la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon, qui est venu fixer les règles de la détermination de l'assiette des cotisations et les conditions de recouvrement de ces cotisations.

Ainsi, l'article 1 de ce Décret énonce : «Les dispositions législatives et réglementaires des chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale sont applicables dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon sous réserves des adaptations suivantes : les mots « organismes responsables ou chargés du recouvrement », « organisme de sécurité sociale », « caisse primaire d'assurance maladie », « organisme de recouvrement », « organisme chargé du recouvrement » sont remplacés par les mots « caisse de prévoyance sociale »; Les mots « préfet de région », « directeur régional des affaires sanitaires et sociales » sont remplacés par les mots « préfet de la collectivité territoriale ». Les mots : « tribunal des affaires de sécurité sociale », « tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance » sont remplacés par les mots : « tribunal de première instance ».

En revanche le Décret précité du 30 octobre 1998 ne rend cependant pas applicable à la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon les dispositions du chapitre III du titre III du livre 1er (Décrets en Conseil d'Etat) au nombre desquelles figurent notamment les articles R. 133-3 à R. 133-7 du code de la sécurité sociale issus des Décret n° 86-1259 du 8 décembre 1986 et n° 90-1009 du 14 novembre 1990 relatifs à la procédure de contrainte.

La procédure de contrainte, telle que prévue aux articles. R. 133-3, à R. 133-7 du code de la sécurité sociale issus (Décrets n° 82-1259 du 8 décembre 1986) apparaît ainsi antérieure aux dispositions de l'article L. 244-9 du code la sécurité sociale, qui résulte de la modification législative en date du 05 janvier 1988 (Loi n° 88-16 du 05 janvier 1988) et aucun décret particulier n'a été adopté pour déterminer les délais et les conditions de l'opposition éventuelle du débiteur dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon.

Si le statut actuel de la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon a été déterminé par la Loi Organique n° 2007-223 du 21 février 2007, codifiée sous les articles LO. 6411-1 à LO. 6475-2 du code général des collectivités territoriales, c'est l'article LO. 6413-1 qui fixe, à compter du 1er janvier 2008, le cadre d'application des dispositions législatives et réglementaires en précisant que ces dernières sont applicables de plein droit à Saint-Pierre et Miquelon à l'exception de celles (les dispositions législatives et réglementaires)

qui interviennent dans les matières relevant de la loi organique en application de l'article 74 de la Constitution ou de celles qui entrent dans l'une des matières relevant de la compétence de la collectivité en application du II de l'article LO.6414-1.

Cependant cet article LO. 6413-1 précise encore que l'applicabilité de plein droit des lois et règlements ne fait pas obstacle à leur adaptation à l'organisation particulière de la collectivité. Ainsi, et contrairement à ce que prétend dans ses écritures la Caisse Régionale du Régime Social des Indépendants Ile de France Centre, la modification du statut de la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon par la Loi Organique du 21 février 2007, n'a pas eu pour effet de rendre applicable, de plein droit à compter du 1er janvier 2008, les dispositions des articles R. 133-3 à R. 133-7 du code de la sécurité sociale au régime particulier et dérogatoire de protection sociale de la collectivité territoriale, faute de décret particulier sur les délais et conditions d'opposition à la contrainte et de mention spéciale prévue par le Décret du 30 octobre 1998 pour ces textes.

Faute de base légale ou réglementaire définissant ainsi la procédure de contrainte dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon la contrainte délivrée contre Monsieur Frédéric X... ne peut être qu'annulée. C'est dès lors à bon droit que le juge de première instance a prononcé l'annulation de la contrainte délivrée le 9 novembre 2012 à l'encontre de Monsieur Frédéric X... sous le n° HUI091120121270234, et le jugement déféré sera confirmé » ;

ALORS QUE selon l'article LO. 6413-1 du CGCT, les dispositions législatives et réglementaires sont applicables de plein droit à Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'exception de celles qui interviennent dans les matières relevant de la loi organique en application de l'article 74 de la Constitution ou dans l'une des matières relevant de la compétence de la collectivité en application du II de l'article L.O. 6414-1 du CGCT, parmi lesquelles ne figurent ni la protection sociale, ni la procédure de recouvrement de la contrainte ; qu'il en résulte que les articles R. 133-3 à R. 133-7 du code de la sécurité sociale relatifs à la procédure de contrainte sont applicables de plein droit à la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon ; qu'en énonçant, pour prononcer l'annulation de la contrainte délivrée par le RSI à M. X..., que l'applicabilité de plein droit des lois et des règlements ne fait pas obstacle à leur adaptation à l'organisation particulière de la collectivité et que la loi organique du 21 février 2007 n'avait pas eu pour effet de rendre applicable de plein droit à compter du 1er janvier 2008 les dispositions des articles R.133-3 à R.133-7 du code de la sécurité sociale au régime particulier dérogatoire de protection sociale de la collectivité territoriale, faute de décret particulier sur les conditions d'opposition à la contrainte, le tribunal supérieur d'appel a violé les articles précités.

Publication :

Décision attaquée : Tribunal supérieur d'appel de Saint-Pierre-et-Miquelon , du 17 septembre 2014

Titrages et résumés : OUTRE-MER - Saint-Pierre-et-Miquelon - Sécurité sociale - Cotisations - Recouvrement - Contrainte - Procédure applicable - Détermination - Portée

Ne figurant pas au nombre des matières relevant de la loi organique en application de l'article 74 de la Constitution ou de la compétence de la collectivité de Saint-Pierre-et-

Miquelon en application de l'article L.O. 6414-1, II, du code général des collectivités territoriales, les dispositions des articles R. 133-3 à R. 133-7 du code la sécurité sociale qui régissent la procédure de contrainte pour le recouvrement des cotisations sociales sont, en l'absence de mesures d'adaptation, applicables dans cette collectivité territoriale à compter du 1er janvier 2008

SECURITE SOCIALE - Cotisations - Recouvrement - Contrainte - Procédure - Dispositions applicables - Détermination - Portée

Textes appliqués :

- article L.O. 6414-1 du code général des collectivités territoriales ; articles R. 133-3 à R. 133-7 du code la sécurité sociale

ANNEXE 3 : Courriers Préfet et DG CNAM

PREFET DE SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON

Administration territoriale
de santé

Saint-Pierre, 24 SEP. 2018

Dossier suivi par :
Alain LE GARNEC

☎ : 05 08 41 16 90
✉ : alain.legarnec@sante.gouv.fr

Monsieur le Directeur général,

Nous souhaitons appeler votre attention sur l'opacité des circuits financiers entre acteurs nationaux et locaux pour le financement des structures médico-sociales de Saint Pierre et Miquelon.

Il semble en effet que dans certains cas, les dotations budgétaires des établissements de notre collectivité d'outremer ne figurent pas dans les crédits annuels arrêtés par les instances nationales. Dans d'autres, il apparaît que ces dotations budgétaires, dûment notifiées aux établissements bénéficiaires de notre archipel, ne se traduisent pas par une délégation de crédits à l'organisme payeur local qu'est la Caisse de prévoyance sociale (CPS) de St Pierre et Miquelon.

- C'est ainsi que les dotations de 4 établissements ou services autorisés dans l'archipel, représentant en 2017 un montant cumulé de plus d' 1 600 000€ répartis à 70% en faveur des personnes âgées et 30% pour les personnes handicapées, ne sont pas prises en compte à l'échelon national.

Les budgets de ces établissements sont bien arrêtés annuellement par l'Administration territoriale de santé(ATS) et réglés par la Caisse de prévoyance sociale, organisme payeur. Pour autant, ladite caisse ne dispose pas d'une dotation spécifique de la part de la CNAM pour compenser cette dépense, faute de notification du montant de l'enveloppe correspondante par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

- Une autre illustration de ces difficultés est donnée par l'unique établissement et service d'aide par le travail (ESAT) de l'archipel, autorisé depuis 2003.

Depuis la loi de finances de 2016, cet établissement, comme tout ESAT, relève désormais pour son financement de l'assurance maladie. Il est donc pris en charge localement par la Caisse de prévoyance sociale sur la base de crédits notifiés par l'ATS.

Contrairement aux établissements ou services mentionnés précédemment, ce financement s'appuie bien sur une dotation prévue par la CNSA, mais sa concrétisation se heurte à deux obstacles :

- d'une part, la CPS, du fait de son statut particulier, se situe hors champ du régime général ;
- d'autre part, la trésorerie de la caisse, organisme autonome ne relevant pas du code de la sécurité sociale, ne dépend pas de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Il en résulte que la CPS assume donc bien les dépenses de l'ESAT de St Pierre et Miquelon, mais n'est pas remboursée à due concurrence sur des crédits fléchés de la CNAM pour les sommes avancées.

Il faut souligner qu'in fine, la CNAM prend en charge sous la forme d'une subvention d'équilibre annuelle les dépenses assumées par la Caisse de prévoyance sociale.

Toutefois, cette manière de procéder n'est pas sans provoquer des tensions de trésorerie récurrentes pour la CPS et les établissements sanitaires et médicosociaux qui en relèvent, de fréquentes incompréhensions entre acteurs locaux et nationaux, ainsi qu'une absence de lisibilité de la réalité des dépenses improprement assimilées à un déficit global.

L'ATS et la CPS n'ont pas manqué de vous alerter en octobre 2017 et en juin 2018 sur cette situation qui gagnerait à être clarifiée.

Nous vous saurions gré des dispositions qui pourraient être mises en œuvre par vos services pour remédier à cette situation pénalisante à bien des égards, la fixation par la CNSA de dotations régionales limitatives à l'ATS pour les établissements concernés, et la prise en compte des particularités de la CPS par la CNAM nous paraissant de nature à résoudre les difficultés ci-dessus énoncées.

En vous remerciant de l'attention que vous ferez porter à notre démarche, nous vous prions de croire, Monsieur le Directeur général, en l'assurance de notre considération distinguée.

Le Président de la CPS,

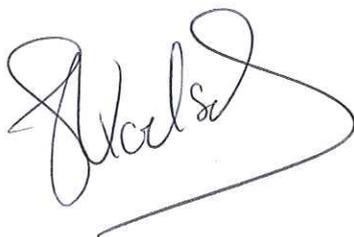


Le Préfet,



Thierry DEVIMEUX

Le Directeur de la CPS,



Monsieur Nicolas REVEL
Directeur général de la CNAM
50 avenue du Pr-André-Lemierre
75986 Paris Cedex 20

Copie :

Madame la Directrice générale de la CNSA
Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé

Le Directeur Général

Date : 25 JAN. 2019

Monsieur le Préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon
Administration territoriale de santé
Bd Port en Bessin
B.P. 4333
97500 Saint-Pierre-et-Miquelon



N/REF : DDFC/DRFEC/MA/AL/PLF - N° 14 /2019

OBJET : réponse à votre courrier du 24/09/2018

Monsieur le Préfet,

Je fais suite à votre courrier en date du 24 septembre 2018 concernant les difficultés entre acteurs nationaux et locaux pour le financement des structures médico-sociales de Saint-Pierre-et-Miquelon et sur le fait que les dotations budgétaires ne se traduisent pas par une délégation de crédits à l'organisme payeur local qu'est la Caisse de prévoyance sociale (CPS) de Saint Pierre et Miquelon.

Vous relevez notamment que la Caisse de Prévoyance de St Pierre et Miquelon ne se voit pas notifier de dotations spécifiques pour compenser la prise en charge des dépenses des établissements medico sociaux et de l'Esat dont les budgets sont notifiés par vos services.

Ces différents éléments découlent directement des textes réglementaires qui s'appliquent à la Caisse de Prévoyance de St Pierre et Miquelon : ces textes prévoient en effet que la Cnam prend en charge globalement sous la forme d'une subvention d'équilibre annuelle les dépenses que cet organisme assume.

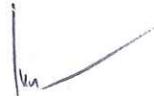
Aussi, pour aligner les circuits afférents aux dotations des établissements médico-sociaux sur ceux de la métropole, il conviendrait que les modalités de fonctionnement de la CPS soient alignées sur celles des autres organismes du réseau assurance maladie.

En ce qui concerne les tensions récurrentes de trésorerie de la CPS, mentionnées dans votre courrier, je précise que là encore, les versements de trésorerie par la Cnam sont conditionnés à la parution de l'arrêté ministériel fixant le montant de la contribution de la Cnam sur la base du résultat de l'exercice précédent.

Un nouvel arrêté ministériel doit paraître qui permettrait des versements trimestriels de trésorerie.

En dehors des accords du Ministère obtenus pour des versements exceptionnels en début d'année, la Cnam ne peut pas aller au-delà des dispositions réglementaires.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Préfet, mes salutations distinguées.

A handwritten signature in black ink, consisting of a vertical line followed by a diagonal stroke that curves upwards and to the right.

Nicolas REVEL

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinet de la Ministre des solidarités et de la santé : Marie DAUDE, directrice adjointe

Ministre des outre-mer : Annick GIRARDIN

Cabinet de la Ministre des outre-mer : Thomas DEGOS, directeur de cabinet, Gaëlle NERBARD, conseillère, Afif LAZRAK, conseiller

Direction de la sécurité sociale : Mathilde LIGNOT-LELOUP directrice, Laurent GALLET chef de service, Christine LABAT chargée de mission outre-mer, Pascaline BOUCHIAIRE bureau du pilotage budgétaire et de la performance des OSS, Morgan DELAYE, Audrey CHAFFARD, sous-direction du financement

Direction générale des outre-mer : Emmanuel BERTHIER, directeur, Etienne DESPLANQUES, sous-directeur, Pierre-Emmanuel BARTIER et Malika MERAD bureau de la cohésion sociale santé enseignement

Secrétariat général des ministères sociaux : Sylvaine GAULARD

Direction du budget : David BONNOIT et Elias BENABADJI, bureau 6B

Caisse nationale assurance maladie : Pierre PEIX, directeur délégué, Jean-Yves CASANO, MICOR

Préfet de Saint-Pierre et Miquelon : Thierry DEVIMEUX

Parlementaires : Stéphane ARTANO, sénateur, Stéphane CLAIREAUX, député

Collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon : Stéphane LENORMAND, président, Catherine HELENE, vice-présidente en charge du développement solidaire, Sonia BOROTRA-FOUCHARD, directrice du pôle développement solidaire et de la maison territoriale de l'autonomie

Agence territoriale de santé : Alain LE GARNEC, directeur

CH François DUNAN : Dr. BEURDELEY, président de la CME, Joel BUFFA DAF, CORMIER DRH, Dominica REVERT cadre de santé, Louis REVERCHON, directeur jusque mai 2019, Patrick LAMBRUSCHINI, directeur depuis janvier 2020

Maire de St-Pierre, présidente du conseil de surveillance du CHFD : Karine CLAIREAUX

Caisse de prévoyance sociale : Emmanuelle HOAREAU-SAUTIERES, directrice, Sandrine LEBAILLY-ROBERT, directrice-adjointe, Emmanuel TABUTEAU, agent-comptable, André ROBERT, président du conseil d'administration et l'ensemble des administrateurs

SIGLES UTILISES

ACOSS : agence centrale des organismes de sécurité sociale

ALD : affection de longue durée

ARS : agence régionale de santé

ASS : action sanitaire et sociale

AT-MP : accidents du travail et maladies professionnelles

ATS : agence territoriale de santé

BDO : base des droits ouverts

CAF : caisse d'allocations familiales

CASA : cotisation additionnelle de solidarité et d'autonomie

CGSS : caisse générale de sécurité sociale

CHFD : centre hospitalier François Dunan

CHU : centre hospitalier universitaire

CME : commission médicale d'établissement

CMU : couverture maladie universelle

CMU-C : CMU complémentaire

CNAF : caisse nationale d'allocations familiales

CNAM : caisse nationale d'assurance maladie

CNAVTS : caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPG : contrat pluriannuel de gestion

CPS : caisse de prévoyance sociale

CRDS : contribution de remboursement de la dette sociale

CSA : cotisation de solidarité et d'autonomie

CSAPA : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSG : cotisation sociale généralisée

CSP : code de la santé publique

CSS : code de la sécurité sociale ou complémentaire santé solidaire

DGCS : direction générale de la cohésion sociale
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DMP : dossier médical partagé
DMS : durée moyenne de séjour
DRSM : direction régionale du service médical
DSS : direction de la sécurité sociale
EHPAD : établissement pour personnes âgées dépendantes
ENIM : établissement national des invalides de la marine
EPRD : état prévisionnel des recettes et dépenses
ESAT : établissement ou service d'aide par le travail
ETP : équivalent temps plein
EVASAN : évacuation sanitaire
GDR : gestion des risques
IJ : indemnité journalière
LOPOM : loi d'orientation pour l'outre-mer
MICOR : mission inter-branches de coordination des caisses d'outre-mer
ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie
OSS : organisme de sécurité sociale
PUMA : protection universelle maladie
SESSAD : service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SMIC : salaire minimum de croissance
SPM : Saint-Pierre et Miquelon
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et réadaptation
USLD : unité de soins de longue durée