

COUR DES COMPTES

LA
SÉCURITÉ SOCIALE

SEPTEMBRE 2006

	Pages	Réponses
<i>Introduction générale</i>	1	
<i>Première partie – La situation des comptes sociaux en 2005</i>	3	357
CHAPITRE I		
LES DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	5	357
I. Les dépenses de l'assurance maladie	7	
A. L'évolution des dépenses d'assurance maladie en 2005	7	
B. Les dépenses de soins de ville en 2005	8	
C. Les dépenses de soins infirmiers en secteur libéral et leurs modalités de régulation	14	
<i>Conclusion</i>	28	
<i>Recommandation</i>	28	
D. Les dépenses des établissements de santé	29	
<i>Conclusion</i>	39	
<i>Recommandations</i>	39	
E. L'ONDAM médico social : enveloppe « personnes handicapées »	40	
<i>Synthèse</i>	47	
<i>Recommandations</i>	48	
II. Les dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles	48	
A. L'objectif de branche	48	
B. L'accroissement du déficit de la branche AT-MP en 2005 (régime général)	49	

	Pages	Réponses
<i>Synthèse</i>	50	
III Les dépenses de la branche retraite	50	
IV. Les dépenses de la branche famille	52	
A. Les mesures nouvelles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005	52	
B. L'évolution des dépenses	53	
CHAPITRE II		
LES RESSOURCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	57	358
I. L'évolution des ressources depuis quatre ans	59	
A. Les mesures qui affectent les ressources en 2005	59	
B. Les ressources des régimes de base en 2005	60	
C. Les ressources du régime général	60	
II. Les organismes qui concourent au financement des régimes de la sécurité sociale	62	
A. Le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA)	62	
B. Le fonds de solidarité vieillesse (FSV)	63	
C. Le fonds de réserve des retraites (FRR)	65	
III. Les relations entre l'Etat et la sécurité sociale	66	
A. Les versements de l'Etat à la sécurité sociale	66	
B. Les créances des organismes de sécurité sociale sur l'Etat	68	
<i>Recommandations</i>	73	

	Pages	Réponses
CHAPITRE III		
LES RESULTATS ET LE FINANCEMENT DES DÉFICITS	75	
I. Les résultats financiers	77	
A. Les résultats du régime général	77	
B. Les résultats consolidés des régimes obligatoires de base et des fonds de financement	78	
II. La situation de trésorerie de l'ACOSS en 2005	79	
A. Les plafonds de découverts autorisés en 2005	79	
B. La situation de trésorerie de l'ACOSS	79	
III. Le financement des déficits	81	
A. Le financement des déficits par la CADES	82	
B. La couverture des besoins de financement	88	
<i>Recommandation</i>	92	
CHAPITRE IV		
LES CONTRÔLES EFFECTUÉS SOUS L'AUTORITÉ DE LA COUR DES COMPTES	93	361
I. Les contrôles des COREC	95	361
A. Les contrôles effectués en 2005	95	361
B. Les premiers contrôles effectués dans le cadre du réseau d'alerte	102	
C. La mise en place de la branche ATEXA dans le régime agricole	103	369
<i>Recommandation</i>	110	
D. Le contrôle interne dans les centres informatiques des branches famille et maladie du régime général	110	376

	Pages	Réponses
<i>Synthèse</i>	118	
<i>Recommandations</i>	118	
II. Les contrôles effectués sur l'Etat employeur	118	380
A. Les versements de l'Etat employeur	119	
B. Le contrôle du ministère de la justice	120	
<i>Recommandations</i>	122	
CHAPITRE V		
LES SUITES DONNÉES À CERTAINES RECOMMANDATIONS PRÉCÉDENTES DE LA COUR	123	
I. La réforme de la rétrocession	125	
A. Ampleur et inconvénients de la rétrocession	125	
B. Mise en œuvre et limites de la rétrocession	128	
C. Une économie encore limitée pour l'enveloppe des soins de ville de l'assurance maladie	132	
<i>Synthèse</i>	134	
<i>Recommandations</i>	134	
II La maîtrise de certains postes de dépenses en forte croissance	135	
A. Les affections de longue durée	136	
B. La liste des produits et prestations remboursables	140	
C. Les transports de malades	143	
D. Les indemnités journalières d'assurance maladie	146	

	Pages	Réponses
<i>Deuxième partie – La gestion des risques</i>	151	381
CHAPITRE VI		
LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE HOSPITALIÈRE	153	
I. L'accroissement des disparités entre les secteurs hospitaliers depuis dix ans	156	
A. Une modification importante des capacités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)	156	
B. Des évolutions divergentes de l'activité entre les secteurs	157	
C. La réduction des disparités dans l'allocation des moyens : un échec relatif	162	
II. Le plan hôpital 2007	164	
A. Les réformes envisagées	164	
B. Une organisation administrative insatisfaisante	165	
III. Les nouvelles modalités du pilotage de l'offre de soins	168	
A. La réforme de l'outil de planification : les SROS de troisième génération	168	
B. La contribution des SROS à la régulation des dépenses d'assurance maladie	171	
C. Les nouveaux outils de pilotage de la politique hospitalière	172	
IV. La réforme du financement des établissements de santé : la tarification à l'activité (T2A)	174	
A. Le nouveau dispositif financier	175	
B. L'économie générale de la réforme	187	
C. Le début de la mise en œuvre	195	
<i>Synthèse</i>	<i>200</i>	

	Pages	Réponses
<i>Recommandations</i>	201	
CHAPITRE VII		
LA GESTION DE LA COUVERTURE MALADIE	203	381
UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE		
I. La CMUC, un dispositif sur critère de ressources	206	
II. L'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire	208	
A. L'échec des contrats de sortie	208	
B. La lente montée en charge du crédit d'impôt	209	
III. L'accès aux soins	212	
A. Les prestations couvertes par la CMUC	212	
B. Les consommations des bénéficiaires de la CMUC	214	
C. Les refus de soins	215	
IV. Les bénéficiaires de la CMUC	217	
A. Evolution du nombre de bénéficiaires	217	
B. CMUC et RMI : des évolutions contradictoires	218	
V. La gestion et le financement du dispositif	219	
A. La gestion	219	
B. Le financement	221	
VI. Les contrôles	227	
A. Le contrôle des organismes gestionnaires	227	
B. Le contrôle des assurés	229	
<i>Synthèse</i>	230	
<i>Recommandations</i>	231	

	Pages	Réponses
CHAPITRE VIII		
LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE PAR DES MUTUELLES ET DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE	233	382
I. La place des mutuelles et sociétés d'assurance dans la gestion de l'assurance maladie obligatoire	235	
A. Plus d'un bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire sur six est géré par une société d'assurance ou une mutuelle	235	
B. L'emploi de près de 10 000 salariés	239	
II. Les relations financières avec l'assurance maladie	240	
A. Le calcul de la rémunération des organismes et l'incitation à la performance	240	
B. La rémunération des organismes délégués à représenté plus de 550 M€ en 2004	245	
III. Les évolutions nécessaires	246	
A. Des avantages limités pour l'assuré	247	
B. L'inadaptation actuelle de la délégation de gestion aux évolutions du pilotage de l'assurance maladie	249	
C. Les voies et moyens d'une réforme	252	
<i>Synthèse</i>	256	
<i>Recommandations</i>	257	
CHAPITRE IX		
L'ACTION SOCIALE DANS LE RÉGIME GÉNÉRAL	259	397
I. L'action sociale de la branche famille	263	
A. L'évolution des dépenses	264	

	Pages	Réponses
B. Les prestations d'action sociale	267	
C. Le rôle de la caisse nationale	280	
<i>Synthèse</i>	282	
II. L'action sanitaire et sociale de la branche maladie	283	
A. Les contours de l'action sanitaire et sociale	283	
B. Le rôle de pilotage de la caisse nationale	286	
C. La gestion des actions par les caisses	288	
<i>Synthèse</i>	294	
III. L'action sociale de la branche retraite	295	404
A. Les modalités classiques de l'action sociale	296	
B. La mise en œuvre des nouvelles orientations	298	
C. La gestion de l'action sociale	301	
D. Le partenariat local entre les caisses de retraite et les départements	303	
<i>Synthèse</i>	303	
<i>Recommandations</i>	305	
CHAPITRE X		
LES RÉGIMES SPÉCIAUX DE RETRAITE DES INDUSTRIES ÉLECTRIQUES ET GAZIÈRES, DE LA RATP ET DE LA SNCF	307	406
I. Les caractéristiques des trois régimes spéciaux	310	
A. La démographie des régimes au cours des quinze dernières années	310	
B. Les droits spécifiques dans les régimes spéciaux	314	

	Pages	Réponses
II. Le financement des régimes spéciaux	321	
A. La réforme du financement des régimes IEG et de la RATP	321	
B. Le régime de retraite de la SNCF	331	
III Les perspectives des régimes spéciaux à l'horizon 2050	333	
A. L'évolution des populations de cotisants et de retraités à l'horizon 2050	333	
B. La situation financière des régimes	334	
C. Les risques dans le futur	337	
<i>Synthèse</i>	340	
<i>Recommandation</i>	341	
<i>Conclusion générale</i>	343	
<i>Réponses des ministres</i>	345	
<i>Réponses des administrations et des organismes</i>	355	
<i>Glossaire</i>	411	

DÉLIBÉRÉ

Conformément aux dispositions de l'article L. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil, a adopté le présent rapport.

Ce texte a été arrêté au vu des projets qui avaient été communiqués au préalable aux administrations et aux organismes concernés, et après qu'il a été tenu compte, quand il y avait lieu, des réponses fournies par ceux-ci. En application des dispositions susvisées, ces réponses sont jointes au rapport ; elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Etaient présents : M. Séguin, premier président, MM. Pichon, Picq, Sallois, Babusiaux, Cretin, Mmes Bazy-Malaurie, Cornette, présidents de chambre, MM. Menasseyre, Collinet, Delafosse, Carrez, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Chartier, Capdeboscq, Murret-Labarthe, de Mourgues, Paugam, Mayaud, Hespel, Houri, Devaux, Arnaud, Bayle, Bouquet, Gillette, Ganser, Bertrand, Schneider, Hernandez, Cardon, Thérond, Mmes Froment-Meurice, Ruellan, Bellon, MM. Moreau, Ritz, Freches, Duchadeuil, Moulin, Thélot, Lefas, Gauron, Lafaure, Andréani, Morin, Mme Morell, M. Brochier, Mme Dayries, MM. Levy, Deconfin, Phéline, Vialla, Tournier, Courtois, Mmes Colomé, Seyvet, MM. Bonin, Vachia, Vivet, Mme Moati, MM. Mollard, Cossin, Diricq, Lefebvre, Couty, Sabbe, Petel, Maistre, Martin (Christian), Valdiguié, Lair, Corbin, Rabaté, Viveret, conseillers maîtres, MM. Audouin, Gleizes, Bille, Zeller, d'Aboville, Limodin, conseillers maîtres en service extraordinaire, M. Braunstein, conseiller maître, rapporteur général.

Etait présent et a participé aux débats : M. Bénard, procureur général de la République assisté de M. Feller, avocat général.

M. Couty, conseiller maître, n'a pas pris part aux délibérations concernant la deuxième partie du rapport intitulée « La gestion des risques ».

Etait présent en qualité de rapporteur et n'a pas pris part aux délibérations : M. Roux, auditeur.

M. de Combles de Nayves, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 5 septembre 2006

**Les travaux, dont ce rapport constitue la synthèse,
ont été effectués par :**

- M. Christian Cardon, Mmes Rolande Ruellan, Marianne Lévy-Rosenwald, MM. André Gauron, Michel Braunstein, Jean-Pierre Bonin, Noël Diricq, Laurent Rabaté, conseillers maîtres ;

- M. Jean-Christophe Potton, Mme Christine de Mazières, MM. Benoît Guérin, Christophe Colin de Verdière, conseillers référendaires ;

- M. Emmanuel Roux, Mme Marie-Anne Toupin, auditeurs ;

- Mmes Béatrice de Casson, Christine Costes, Caroline Depasse-Neltner, Anny Golfouse-Buet, MM. Loïc Guinard, Michel Lemoine, Mmes Chantal Prime, Laurence Puel, MM. Frédéric Salas, Yves Ullmo, Laurent Vernière, rapporteurs ;

- Mmes Sylvie Apparitio, Martine Koci-Cillario, Marie-Odile Mazoyer, assistantes.

Ce projet de rapport avait été délibéré par la 6^{ème} chambre de la Cour les 3 et 5 juillet 2006 sous la présidence de M. Cretin, président de chambre.

Ce projet a ensuite été arrêté par le Comité du rapport public et des programmes du 18 juillet 2006 présidé par M. Séguin, premier président, avant d'être communiqué, en totalité ou par extraits, aux administrations et organismes concernés.

L'examen des réponses des administrations et organismes a été effectué par la 6^{ème} chambre le 28 août 2006.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. « Ce rapport présente une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de sécurité sociale soumis à son contrôle et fait une synthèse des rapports et avis émis par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance. Ce rapport est remis au Parlement sitôt arrêté par la Cour des comptes » (article LO. 132-3 du code des juridictions financières).

La première partie du présent rapport examine ainsi successivement les dépenses, les ressources, les résultats et le financement du solde du régime général au regard des objectifs et prévisions de la loi de financement. Cette partie rend aussi compte des contrôles effectués sous l'autorité de la Cour des comptes.

Renouant avec une pratique antérieure à l'année 2000, la Cour rend également compte des suites apportées à certaines des recommandations qu'elle avait formulées dans ses rapports précédents.

La deuxième partie, consacrée à l'examen de divers aspects de la gestion des régimes de sécurité sociale, comprend cinq chapitres consacrés respectivement au pilotage de la politique hospitalière, à la gestion de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), à la gestion de l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance, à l'action sociale dans le régime général et aux régimes spéciaux de retraite dans les industries électriques et gazières, de la RATP et de la SNCF.

PREMIERE PARTIE

LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2005

Chapitre I

Les dépenses de la sécurité sociale

PRÉSENTATION

Les dépenses des régimes de base de la sécurité sociale, au sens de la loi de financement, se sont élevées à 368,9 Md€ en 2005, après 346,6 Md€ en 2004.

En ce qui concerne l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), le chapitre analyse plus particulièrement les problèmes posés par les dépenses hospitalières et de soins infirmiers ainsi que ceux -nombreux- posés par l'ONDAM personnes handicapées. Puis, sont successivement examinées les dépenses des autres branches.

I - Les dépenses de l'assurance maladie

A – L'évolution des dépenses d'assurance maladie en 2005

1 – L'évolution générale des dépenses

L'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès des régimes obligatoires de base de plus de 20 000 cotisants a été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2005 à 148,3 Md€, soit +2,2 % par rapport à l'objectif de branche 2004 révisé (145,1 Md€). Il a été rectifié à 149,7 Md€ par la LFSS 2006¹. Celle-ci a fixé l'objectif de branche 2006 à 153,4 Md€, soit une progression de 2,5 %.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)² pour sa part, a été fixé pour 2005 à 134,9 Md€, soit +3,2 % par rapport à 2004, montant qui n'a pas été rectifié par la LFSS pour 2006. Selon la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin 2006, le dépassement de l'ONDAM n'est que de 40 M€. Ce respect de l'objectif résulte de deux tendances opposées. Alors que les lignes « soins de ville » et « médico-social » sont respectivement inférieures à l'objectif de 430 M€ et de 190 M€, la ligne « établissements de santé » leur est

1. Notamment en raison du changement de périmètre de l'objectif de branche en 2006, qui intègre les régimes obligatoires de base de moins de 20 000 cotisants.

2. Sur le rapport de l'ONDAM avec l'objectif de branche, voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2005, p. 13-14.

supérieure de 669 M€³. La Cour estime que ce dépassement est plus important (cf. infra).

Pour 2006, l'ONDAM a été fixé à 140,7 Md€, soit une progression de 4,3% ou de 2,6% si l'on tient compte du changement de périmètre⁴.

Le taux constaté de croissance des dépenses de l'ONDAM en 2005 n'est donc pas de 3,2% comme prévu, mais de 3,9 % en raison d'une révision à la baisse du montant comptabilisé des dépenses de 2004. Ce taux est à comparer à l'évolution du PIB 2005 estimé en valeur à 3,1 %.

2 – L'établissement de l'objectif pour 2005

Comme la Cour l'a souligné dans son précédent rapport, la présentation de l'ONDAM pour 2005 a été modifiée : les objectifs de dépenses des établissements de santé publics et des cliniques privées ont été refondus pour prendre en compte la tarification à l'activité et les dépenses des DOM ne sont plus présentées globalement sur une ligne spécifique mais intégrées dans les différents sous objectifs de l'ONDAM.

L'article 28 de la LFSS 2005 a mis en place une fongibilité de toutes les enveloppes permettant ainsi des transferts non seulement entre les dépenses des établissements de santé mais également entre celles-ci et les dépenses de soins de ville.

B – Les dépenses de soins de ville en 2005

1 – La portée de l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville

a) Une mise à jour nécessaire du code de la sécurité sociale

Certaines dispositions du code de la sécurité sociale relatives à l'objectif des dépenses de soins de ville ne sont pas ou plus appliquées.

3. Le dépassement cumulé de ces trois lignes est de 50 M€. Le dépassement total de l'ONDAM est de 40 M€ dans la mesure où les deux autres lignes de l'objectif (celle des « ressortissants français à l'étranger » et celle des « réseaux de soins »), enregistrent respectivement un dépassement de 60 M€ et une sous consommation de 70 M€.

4. En 2006, l'ONDAM inclut des dépenses nouvelles telles que l'exonération du ticket modérateur relative aux 31^{ème} et 32^{ème} affections de longue durée, les dotations de l'assurance maladie à divers fonds et la part des cotisations des professionnels libéraux prises en charge par l'assurance maladie.

- d'une part, l'article L. 227-1 II du CSS prévoit qu'un avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'Etat et la CNAMTS détermine l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et en précise les conditions et modalités de mise en œuvre. L'article L. 162-1-8 dispose qu'à défaut de conclusion d'un tel avenant, les ministres compétents notifient l'objectif aux caisses nationales. Or, ces dispositions n'ont pas été appliquées depuis 2002. En outre, la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), qui s'applique pour la première fois en 2006, prévoit que les sous-objectifs de l'ONDAM sont désormais fixés par la loi de financement de la sécurité sociale (LO. 111-3 du CSS) ;
- d'autre part, ces mêmes articles mentionnent toujours l'existence d'un « objectif des dépenses déléguées » (ODD) qui désigne les dépenses d'honoraires et de transports sanitaires dont la gestion avait été déléguée à la CNAMTS, les « autres soins de ville » étant sous la responsabilité de l'Etat. Créé par la LFSS pour 2000, le mécanisme de régulation liée à l'ODD (art. L. 162-15-2 et L. 162-15-3) a été supprimé par la LFSS pour 2003, mettant ainsi un terme à cette répartition des compétences entre l'Etat et la CNAMTS. L'abandon de ce partage des rôles a été confirmé par la loi du 13 août 2004 qui prévoit une responsabilité plus globale des caisses nationales dans la régulation des dépenses⁵.

Il conviendrait donc d'abroger ces dispositions du code de la sécurité sociale devenues obsolètes.

b) Le changement de périmètre de l'objectif des soins de ville en 2005

Le périmètre des soins de ville a aussi été modifié en 2005 : les médicaments et dispositifs médicaux facturés par les cliniques privées ont été transférés vers l'objectif ODMCO⁶ du secteur hospitalier privé. Leur montant prévisionnel s'élevait à 1,45 Md€ en 2005. En revanche, les dépenses d'honoraires médicaux provenant des cliniques privées sont toujours incluses dans l'enveloppe des soins de ville.

5. Notamment par la transmission annuelle, au ministre et au Parlement, de propositions relatives à l'évolution de leurs charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

6. Objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'odontologie (ODMCO).

2 – L’objectif des dépenses de soins de ville a été respecté en 2005 (tous régimes)

Le montant des dépenses de soins de ville (62,2 Md€) est inférieur à l’objectif qui avait été fixé (62,6 Md€). Ce résultat s’explique notamment par une surestimation du montant des dépenses de 2004 servant de base à la fixation de l’objectif pour 2005.

L’objectif de 62,6 Md€ a été fixé en appliquant au montant estimé des dépenses de 2004 un taux prévisionnel de croissance tendancielle de 6,6 % et en retranchant ensuite un montant prévisionnel d’économies de 2,7 Md€ lié aux mesures spécifiques de 2005. Or le montant des dépenses de 2004 anticipé au moment de la fixation de l’objectif a été surestimé d’1 Md€⁷.

Indépendamment de l’appréciation à porter sur la méthode d’élaboration des prévisions⁸ et sur l’hypothèse de croissance tendancielle retenue, les économies nettes de 2,7 Md€ escomptées en 2005 n’ont pas été intégralement réalisées.

Ce montant net intégrait des prévisions de coûts supplémentaires de 440 M€ et des objectifs d’économies de 3,1 Md€. Le montant réel des dépenses supplémentaires (liées à la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM), à la revalorisation des tarifs des chirurgiens et à diverses mesures de santé publique) n’a pas pu être estimé. En revanche, les premiers effets des mesures d’économies sont retracés dans le tableau ci-dessous.

7. Le montant estimé en septembre 2004 s’élevait à 61,4 Md€. D’après les chiffres de la commission des comptes de juin 2006, le montant définitif des dépenses du champ de l’ONDAM est de 60,4 Md€.

8. L’impact de certaines mesures entraînant des coûts et économies supplémentaires est susceptible d’être déjà pris en compte dans l’estimation de la croissance tendancielle.

Ecart entre les objectifs prévisionnels d'économies et les économies réelles estimées (tous régimes)

M€

Mesures	Economies prévues en 2004 pour 2005	Economies réelles estimées début 2006
Contribution forfaitaire (1 €)	650 M€	430 M€
Politique du médicament*	900 M€	520 M€
Renforcement du contrôle des IJ	320 M€	721 M€
Total	2 868 M€	1 671 M€

* Ce chiffrage inclut une économie de 60 M€ sur le médicament à l'hôpital.

Source : DSS et CNAMTS

Le rendement de la contribution forfaitaire 1 € a été surestimé car les plafonds n'étaient pas connus au moment de la construction de l'objectif⁹. La politique du médicament n'a pas eu le rendement escompté, pour des raisons qui seront évoquées ci-dessous.

Enfin, l'objectif d'économies résultant pour 2005 de la maîtrise médicalisée conventionnelle, fixé à 1,2 Md€, a été revu à 998 M€ dès janvier 2005, à l'issue d'une négociation avec les partenaires conventionnels. L'engagement conventionnel¹⁰ prévoyait notamment des économies de 285 M€ sur la prescriptions de psychotropes, statines et antibiotiques, de 150 M€ sur les arrêts de travail, et de 455 M€ à raison d'un meilleur contrôle des dépenses des patients en ALD non liées à l'affection exonérante.

Selon les estimations de la CNAMTS, les économies sur les prescriptions des médicaments mentionnés ci-dessus n'ont été que de 168 M€ et le contrôle plus strict du paiement du ticket modérateur par les patients en ALD a généré seulement 88 M€ d'économies sur les 455 M€ prévus¹¹. Enfin les économies réalisées sur les arrêts de travail s'élèveraient au total à 432 M€ (qu'elles aient pour origine l'engagement conventionnel ou le plan de contrôle de la CNAMTS).

9. La contribution forfaitaire est limitée à 50 € par an et par personne et à 1 € par jour et par personne.

10. Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 12 janvier 2005, signée entre l'UNCAM et trois syndicats et approuvée par arrêté ministériel du 3 février 2005.

11. Voir chapitre V, II, A, p. 136.

Ainsi, les objectifs d'économies prévues au moment de la fixation de l'objectif de soins de ville n'ont pas été entièrement atteints.

Toutefois, il convient de relever que la croissance des dépenses de soins de ville connaît un infléchissement par rapport aux années 2002-2004. La progression des dépenses à champ constant est en effet de 3,1 % en 2005 contre 4,4 % en 2004 et 6,2 % en 2003.

3 – L'évolution des principaux postes de dépenses

Les dépenses de soins de ville du régime général augmentent de 3,2 % en 2005 (en dates de soins). Les médicaments, du fait d'un taux de croissance dynamique et de leur poids relatif (près de 33 % du total) contribuent pour 51 % à cette croissance, alors que la réduction des indemnités journalières l'infléchit à la baisse.

Contribution des principaux postes à la croissance des dépenses en 2005

Md€ et %

Poste de dépenses	Montant	Taux de croissance en 2005	Contribution à la croissance des soins de ville
Médicaments	16,7 Md€	4,9 %	50,7 %
Indemnités journalières	7,3 Md€	-1 %	-4,8 %
Honoraires des spécialistes	7,2 Md€	2,2 %	10,1 %
Honoraires des généralistes	4,6 Md€	1,8 %	5,1 %

Source : DSS

a) Les dépenses de médicaments

Alors que le plan médicament de 2004 prévoyait à l'origine, des économies de 900 M€ pour 2005, celles-ci ne seraient que de l'ordre de 530 M€. L'objectif de 900 M€ reposait sur le développement des génériques, des baisses de tarifs et de prix négociées, l'encadrement des prix des médicaments rétrocédés¹² et enfin le développement des grands conditionnements. Ces différentes mesures auraient eu respectivement selon la direction de la sécurité sociale en 2005 un rendement de 234 M€, 168 M€ et de 130 M€. Le développement des grands conditionnements n'a pas produit d'effets perceptibles en 2005.

Ainsi, pour le régime général, l'évolution des dépenses de médicaments remboursés à champ constant demeure dynamique : 5 % en

12. Voir infra, chapitre V, I, p. 125.

2005 (5,2 % en valeur, corrigé des variations saisonnières). Le transfert des dépenses de médicaments facturés par les cliniques, dont la croissance est plus dynamique, vers l'ODMCO, contribue à minorer le taux d'évolution des dépenses de soins de ville : si ses effets ne peuvent être chiffrés pour 2005, un calcul a été effectué pour 2004.

La croissance des dépenses de médicaments en 2005 s'explique notamment par une croissance des quantités de boîtes remboursées nettement plus importante que les années précédentes. L'effet de structure, correspondant à la déformation des ventes vers les médicaments onéreux, demeure soutenu, bien que plus faible qu'en 2004. En revanche, l'évolution des prix continue d'infléchir à la baisse les dépenses en 2005. Ainsi, pour une croissance des dépenses remboursables du régime général (en décaissement) de 6,1 %¹³, l'effet prix est de -1,5 % (contre -1,2 % en 2004), l'effet quantité de +3,4 % (contre -0,1 % en 2004) et l'effet de structure de 4,1 % (contre 7,0 %).

Les économies dues aux génériques en 2005 pour l'ensemble des régimes se décomposent, selon la DSS, de la façon suivante : l'augmentation du taux de pénétration des génériques dans le répertoire a été à l'origine d'une économie de 170 M€ en 2005 ; la baisse des prix de certains médicaments génériques aurait engendré 36 M€ d'économies et la mise en œuvre en juin et novembre des 2^{ème} et 3^{ème} vagues des tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR)¹⁴ ainsi que la baisse de quelques TFR existants, 28 M€ d'économies¹⁵.

b) Les indemnités journalières

Ces dépenses diminuent de 1 % pour le régime général¹⁶. La poursuite de cet infléchissement peut s'expliquer par plusieurs facteurs : le plan de contrôle de la CNAMTS renforcé à partir de 2003, l'engagement conventionnel de 2005, mais aussi le contexte économique et démographique (départs plus importants en retraite anticipée en application de la loi de 2003 réformant les retraites).

13. Le montant des dépenses remboursables correspond à celui des dépenses remboursées majoré du ticket modérateur. (Source CNAMTS).

14. Le tarif forfaitaire de responsabilité correspond à la base de remboursement maximale de médicaments figurant dans un même groupe de génériques. Il est décidé par le CEPS ou par les ministres concernés (art. L. 162-16 CSS).

15. Source : Outil de simulation partagé par le CEPS, le ministère, la CNAMTS, le LEEM, le GEMME et le GERS.

16. Voir chapitre V, II, D, p. 146.

c) Les honoraires

Selon la DSS les dépenses d'honoraires des généralistes pour le régime général ont augmenté de 1,8 %. Des incertitudes demeurent sur l'évolution réelle de ces dépenses compte tenu des données de la CNAMTS qui chiffre à 1 % cette augmentation sur la même année. La croissance des honoraires des spécialistes est de 2,2% contre 5,5 % en 2004. Si la contribution forfaitaire de 1 € a permis au régime général de réaliser des économies de 108 M€ sur ces honoraires, la CCAM a entraîné un coût supplémentaire net pour l'assurance maladie et un gain pour les praticiens de plus de 50 M€.

Les honoraires paramédicaux connaissent la progression la plus forte (4,9 %), après ceux des sages femmes (12,2 %). Mais ces deux postes contribuent seulement pour 0,5 point à la croissance totale de 3,2 % des dépenses de soins de ville.

C – Les dépenses de soins infirmiers en secteur libéral et leurs modalités de régulation

PRÉSENTATION

Après une décennie marquée par l'explosion des dépenses de soins infirmiers, liée notamment à une forte augmentation du nombre des professionnels (+4,8 % par an), les pouvoirs publics ont décidé, à partir de 1992, d'agir sur les deux facteurs de croissance que sont la démographie des infirmiers diplômés d'Etat libéraux (IDEL) et le volume de soins, mais aussi de remodeler qualitativement l'activité des IDEL pour rendre la dépense d'assurance maladie plus efficiente.

De 1992 à 2001, la croissance de la dépense infirmière a connu un infléchissement, mais selon un schéma contraire à l'objectif poursuivi puisque le volume est demeuré le facteur principal de la croissance.

Evolution comparée des dépenses d'IDEL, des masseurs-kinésithérapeutes (MK) et des médecins en taux de croissance annuel moyen

%

Période	IDEL		MK		Médecins et dentistes	
	en valeur	dont volume	en valeur	dont volume	en valeur	dont volume
De 1982 à 1991	14,34	10,64	11,14	7,66	13,69	8,00
De 1991 à 2001	4,27	3,47	4,66	3,44	3,50	2,45
De 2001 à 2004	8,09	3,95	6,06	4,82	4,11	1,24

Source : Tableau réalisé par la Cour des comptes à partir des données du SNIR-PS.

Avec la convention de 2002 marquée par de très fortes revalorisations tarifaires, le dispositif de maîtrise des dépenses élaboré à partir de 1992 a été vidé de son contenu et peu ou pas appliqué. Quant à la redéfinition du rôle des IDEL dans le système de soins, elle n'a pas abouti pour l'instant et constitue l'enjeu de la future convention de 2007.

1 – Les principales caractéristiques de l'activité et de la dépense infirmières

Les dépenses de soins infirmiers présentées au remboursement en 2004 représentaient un montant tous régimes de 3 227 M€, soit environ la moitié des dépenses relatives aux auxiliaires médicaux et 5,0 % de celles relatives aux soins de ville. A ce montant de 3 227 M€ (chiffre tous régimes issu du SNIR-PS géré par la CNAMTS), les comptes nationaux de la santé ajoutent d'autres dépenses notamment les forfaits (750 M€) versés par l'assurance maladie aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ce qui aboutit à un total de 4 328 M€¹⁷.

a) Sources de rémunération et types de prestations des IDEL

Ce montant de 3 227 M€ se compose principalement de deux parties : les honoraires conventionnels (2 567 M€, soit 79,6 %) et les indemnités de déplacement, forfaitaires et kilométriques (650 M€, soit 20,1 %), très importantes pour cette profession dont 70 % des actes sont réalisés au domicile des patients.

17. En 2005, selon la commission des comptes de la sécurité sociale du 8 juin 2006, le montant remboursé par le seul régime général, 2 426 M€, est en augmentation de 5,7 % par rapport à 2004 avec un effet volume supérieur à 5 %.

L'activité de soins (honoraires hors indemnités de déplacement) se répartit depuis 1992 en deux catégories de prestations : d'une part, des actes techniques cotés en AMI¹⁸ (actes médicaux infirmiers) tels les pansements, injections, poses de sonde ou prélèvements, d'autre part les soins de nursing cotés en AIS (actes de soins infirmiers), le plus souvent constitués des séances de soins infirmiers centrées sur la toilette (cotées AIS 3) mais aussi des gardes à domicile (AIS 13 ou 16). En 2002, a été créée la « démarche de soins infirmiers », cotée DI, pour un montant jusqu'à présent peu significatif de 4 M€ en 2004.

En 2004, les dépenses relevant des actes en AMI et en AIS sont respectivement de 1 365 M€ et 1 198 M€ (soit 53 % et 47 % du total des honoraires, 43 % et 37 % du total des dépenses). Mais les actes en AMI représentent 63,2 % du nombre total d'actes réalisés et 45,5 % du nombre total de coefficients. Ainsi, selon l'unité de compte retenue, les soins techniques concernent la majeure partie des interventions et des dépenses, mais une partie minoritaire du temps consacré aux soins. Cette analyse a joué un rôle prépondérant dans la volonté de remodeler l'activité des IDEL.

b) Une patientèle ciblée sur les personnes âgées

Les personnes âgées de plus de 65 ans constituent 65 % de la patientèle recevant des actes techniques (AMI) et 90 % de celle concernée par les soins de nursing (AIS). Cette population étant le plus souvent en ALD, le taux de remboursement des soins infirmiers a toujours été supérieur à 90 % sur longue période (89,5 % pour les actes en AMI et 94,5 % pour les actes en AIS) contre 82 % en moyenne pour l'ensemble des soins de ville.

Par ailleurs, l'intervention des IDEL dans les SSIAD et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est importante¹⁹ mais les honoraires perçus par les professionnels à cette occasion n'apparaissent pas en tant que tels dans les dépenses de l'assurance maladie laquelle versant des forfaits à ces deux structures, les classe en dépenses d'établissements. La comptabilisation

18. Les honoraires sont déterminés par les lettres-clefs et les cotations définies au titre XVI de la nomenclature générale des actes (NGAP). Le coefficient 1 représentant en théorie 10 minutes de temps passé à la réalisation des actes, l'acte technique (coté en moyenne 1,6) est supposé durer 16 minutes et la séance de soins de nursing 30 minutes.

19. Une étude de la DREES sur les SSIAD de 2004 montre que les IDEL y assurent 13 % des interventions, plutôt pour des actes techniques, les soins de nursing étant généralement assurés par des aides soignantes salariées.

des actes dans le dispositif de maîtrise par les « seuils d'efficience », était donc incomplète.

2 – Les outils de maîtrise de la dépense infirmière se sont avérés peu efficaces

La démarche de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, négociée avec les professions, a été initiée au début des années 1990 pour « sortir du cercle vicieux conduisant à multiplier les actes afin de compenser le manque à gagner au plan tarifaire ou les cotations ne reflétant pas la réalité des pratiques » (note du ministre de la santé au premier ministre de mai 1990).

Dans cette optique, plusieurs mesures ont été négociées et mises en œuvre concomitamment dans le secteur des IDEL à partir de 1992. Elles visaient principalement à modérer la croissance de la démographie infirmière ainsi que celle du volume d'actes à travers deux dispositifs, celui de l'OQN et celui des « seuils d'activité ».

Force est de constater que, si un ralentissement de la croissance des dépenses s'est produit entre 1992 et 2001, au demeurant similaire pour l'ensemble des professionnels (cf. le tableau introductif), il n'est pas dû à une limitation des volumes.

a) Une politique tarifaire erratique

Malgré les principes définis en 1992, les revalorisations tarifaires accordées à la profession se sont raréfiées, conduisant à un décrochement important entre l'évolution des tarifs et celle des prix à la consommation. Les professionnels ont cherché à compenser la baisse de leur pouvoir d'achat par une augmentation de leur volume d'activité, comme en témoigne notamment l'allongement de la durée de travail, passée de 47 heures à 50 heures par semaine entre 1993 et 2002. Entre 1992 et 2001, la croissance moyenne annuelle a été de 4,27 % en valeur et 3,47 % en volume.

Cette politique a également nui à la teneur des négociations conventionnelles : les professionnels ont le plus souvent conditionné leur acceptation des mesures structurelles à l'obtention de revalorisations tarifaires demeurées exceptionnelles, elles-mêmes gagées sur les économies largement surévaluées des mesures en cours de discussion.

Face à la pression des organisations professionnelles, les pouvoirs publics ont par ailleurs octroyé des augmentations indirectes de rémunérations, non par la revalorisation des tarifs d'honoraires, mais par divers moyens indirects : revalorisation des frais de déplacement et des

majorations, modification de la cotation des actes (augmentation du coefficient de la lettre-clef attachée à un acte) et surtout autorisation de dérogations à la règle générale du non cumul des actes (article 11 B de la NGAP)²⁰. Pour les IDEL qui réalisent souvent plusieurs petits actes techniques au cours d'une même séance, l'octroi d'une dérogation entraîne mécaniquement une augmentation de la rémunération. C'est ce qui s'est produit lors de la refonte des actes techniques en 1999 qui a entraîné une croissance très forte de la quantité d'actes alors qu'on attendait une proportion accrue d'actes plus qualifiés.

b) Une démographie mal maîtrisée

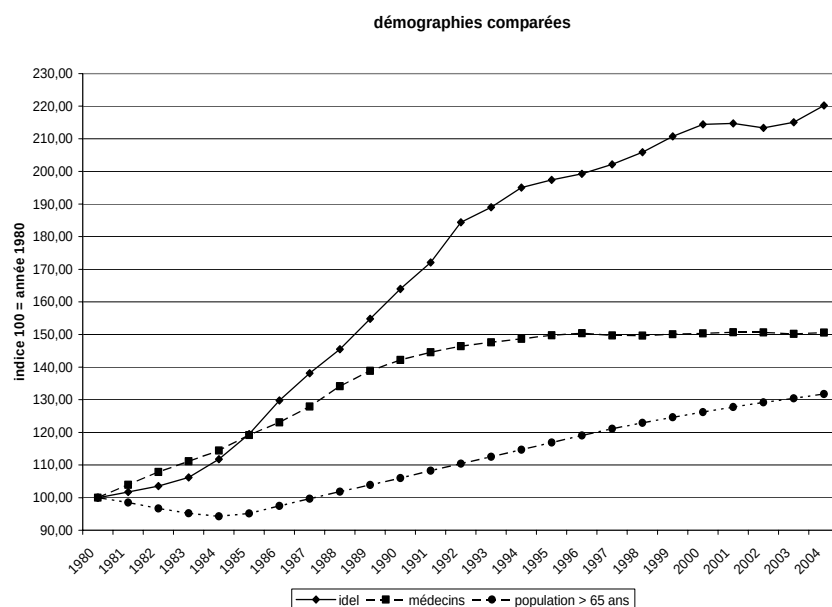
L'effectif des IDEL était de 49 815 en 2004²¹, soit 47 % des auxiliaires médicaux et 20 % de l'ensemble des professionnels de santé libéraux. L'exercice libéral ne concerne toutefois qu'environ 10 % du total des infirmiers diplômés d'Etat, 70 % travaillant dans les établissements de santé et les 20 % restant exerçant comme salariés dans d'autres structures du type dispensaires ou centres de santé. L'exercice libéral des infirmiers constitue d'ailleurs une originalité française : les autres pays fonctionnent selon un mode salarial, y compris dans le secteur privé hors établissements.

L'évolution quantitative

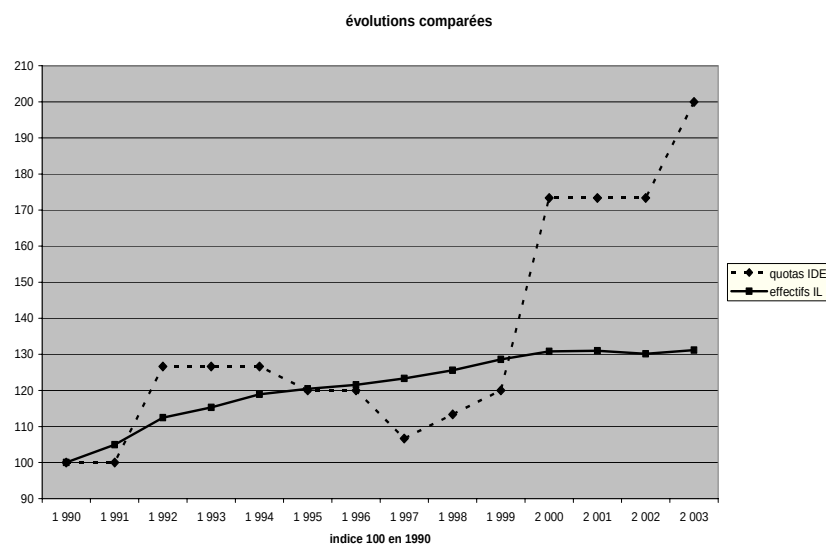
Comme le montre le graphique ci-dessous, la démographie des IDEL se caractérise par une très forte augmentation : de 1980 à 2004, l'offre infirmière est passée de 42 à 82 IDEL pour 100 000 habitants. Cette croissance est totalement déconnectée de celle des principaux facteurs de la demande, à savoir la démographie des prescripteurs (les médecins) et celle de la patientèle des IDEL (la population âgée de plus de 65 ans).

20. Le professionnel de santé, s'il réalise plusieurs actes au cours de la même séance, ne doit facturer à 100 % que le premier acte réalisé (le plus coté) et le second acte à 50 %, les autres actes éventuellement réalisés ne figurant pas sur la feuille de soins.

21. Cet effectif correspond à 46 896 APE (actifs à part entière), c'est-à-dire conventionnés actifs au 31 décembre, non installés dans l'année et ayant moins de 65 ans.



Par ailleurs, les quotas de formation des IDE fixés par la DGS en liaison avec la DHOS n'ont pas d'impact sur l'évolution des effectifs libéraux qui sont peu importants. Ceux-ci sont davantage influencés par la situation de l'emploi hospitalier dans les établissements : l'application des 35 heures et les départs en retraite qui ont créé une demande forte d'IDE dans les établissements expliquent par exemple la stabilité des effectifs des IDEL sur la période 2000-2003.



Les raisons qui conduisent les IDE à s'installer en secteur libéral, analysées notamment dans le rapport de l'ONDPS ²² de 2004, sont diverses et mal cernées.

La répartition géographique de l'offre

Les disparités de l'offre infirmière libérale sur le territoire reproduisent, en les amplifiant, les disparités constatées dans la répartition des médecins généralistes (MG) : les écarts entre les régions sont en effet de 1 à 1,5 pour les MG, de 1 à 1,7 pour l'ensemble des médecins, de 1 à 2 pour l'ensemble des IDE, enfin de 1 à 5 pour les seules IDEL (selon l'ODNPS). Pour 100 000 habitants, la densité est de 36,5 IDEL en Ile-de-France et de 177 en Languedoc Roussillon (212 en Corse). Cette variabilité régionale ne s'explique pas davantage par l'offre alternative que constituent les dispensaires, les SSIAD et les EHPAD, aucune complémentarité n'existant entre ces diverses offres.

Les tentatives de régulation de la démographie

De 1992 à 2001, les actions en matière de démographie infirmière ont été très limitées : pour endiguer la forte croissance d'installations en secteur libéral observée entre 1980 et 1990, elles ont consisté, dès 1992, à créer l'obligation d'ouvrir un cabinet et à geler temporairement le flux d'installations en imposant une expérience professionnelle préalable de

22. Observatoire national de la démographie des professionnels de santé.

trois ans. Celle-ci a été réduite de trois à deux ans dans l'avenant conventionnel n° 6 du 25 juin 2004.

Indépendamment de ce dispositif conjoncturel, la croissance structurelle de la démographie des IDEL s'est nettement ralentie sur les dix dernières années, puisqu'elle n'est plus que de 1,4 % par an (contre 4,8 % sur la période 1980-1990).

Quant aux actions visant à atteindre une meilleure répartition de l'offre sur le territoire, elles ont été définies récemment mais ne se sont pas encore concrétisées. Le recours à des aides du FAQSV introduit par l'article 39 de la LFSS pour 2002 et traduit dans l'avenant conventionnel des IDEL n° 1 de mars 2002 (possibilité de faire appel au fonds à hauteur de 10 000 € par IDEL), est devenu caduc avec la loi du 13 août 2004. Celle-ci a créé des missions régionales de santé (MRS) qui doivent définir les zones déficitaires pour l'ensemble des professions et a introduit la possibilité de fixer des dispositifs d'aide au niveau conventionnel à partir de ce zonage. Parallèlement, la loi relative au développement des territoires ruraux de février 2005 ouvre une possibilité de défiscalisation pour les professionnels de santé qui s'installent en zone rurale ainsi que des aides à l'installation financées par les collectivités territoriales.

c) Des dispositifs de régulation des volumes peu efficaces

L'objectif quantifié national

Bien qu'inspiré de la démarche générale de l'époque consistant à fixer des enveloppes limitatives par profession, suivies de sanctions collectives par reversements ou baisses tarifaires (biologistes et cliniques) en cas dépassement, l'OQN des IDEL a été d'emblée peu contraignant.

En outre, cette démarche a été interrompue par les ordonnances de 1996 qui ont introduit une logique de maîtrise différente, plaçant la régulation des dépenses de prescriptions et donc d'auxiliaires médicaux sous la responsabilité des médecins (fixation d'une enveloppe limitative de dépenses de prescriptions, différenciée entre les généralistes et les spécialistes et sanctionnée par un reversement collectif en cas de dépassement).

La négociation avec les IDEL a donc perdu tout intérêt jusqu'à ce que la CNAMTS reçoive en 2000 la responsabilité de répartir l'objectif de dépenses déléguées (ODD) entre toutes les professions de santé de ville. Mais la démarche de l'ODD et donc la fixation de l'OQN s'est arrêtée dès 2002.

Aucun bilan comptable de l'OQN des IDEL, fixé et réalisé sur l'ensemble de la période d'application, n'a été établi. Les informations

disponibles ne concernent que certains exercices et montrent une déconnexion totale entre les taux fixés et réalisés.

Enfin, avec la parution de la loi sur la rénovation des outils conventionnels et la nouvelle convention de mars 2002 accordant d'importantes revalorisations, le dispositif de 1992 a été définitivement abandonné. La Cour a analysé dans son rapport de septembre 2005 les nouveaux outils conventionnels (ACBUS, CSP et CBP²³). Bien qu'ils conduisent principalement à rémunérer en supplément la bonne application par les professionnels des dispositions obligatoires de leur nomenclature (démarche de soins infirmiers dans le CBP et suivi des personnes insulinodépendantes de plus de 75 ans dans le CSP), les contrats propres aux IDEL n'ont pas suscité leur adhésion : le dernier bilan disponible communiqué par la CNAMTS montre un très faible taux de signatures (3 % pour le CBP contre 40 % initialement ciblés).

Les seuils d'efficience

Comme le précise la convention de 1992, il s'agit « d'un seuil d'activité, compatible avec la qualité des soins (...). Au-delà de ce seuil individuel qui constitue un engagement des professionnels à maintenir leur activité dans des conditions compatibles avec une distribution de soins de qualité, ces derniers reversent à l'assurance maladie tout ou partie du dépassement constaté ». Ce mécanisme individuel a reposé dès son introduction sur une forte ambiguïté car il a été présenté comme poursuivant à la fois un objectif de maîtrise des dépenses et de qualité des pratiques. Les termes utilisés témoignent de cette situation : habituellement dénommés « quotas » par les professionnels, qui y ont vu une limitation injustifiée de leur activité, ils ont été qualifiés de seuils de « qualité » ou « d'efficience » par les administrations.

Le niveau des seuils, d'ailleurs revu régulièrement à la hausse et les modalités de reversement, progressivement desserrées, n'ont cependant répondu à aucun de ces deux objectifs.

Le niveau initial des seuils à ne pas dépasser, compté en nombre de coefficients (hors temps de déplacement et hors activité non comptabilisée), correspondait en effet à une activité d'environ 8 heures par jour sur 365 jours par an : selon les estimations, 10 % des professionnels étaient susceptibles de dépassements et leurs reversements devaient représenter 3,3 % des dépenses d'assurance maladie du secteur.

23. ACBUS : accord de bon usage des soins, CSP : contrat de santé publique, CBP : contrat de bonnes pratiques.

En outre, la procédure de récupération automatique par les caisses des honoraires en dépassement des seuils n'a pas été retenue, et a été remplacée par un système de reversement notifié après passage en commission paritaire départementale.

Au total, un seul bilan de cette procédure a été réalisé par la CNAMTS sur l'exercice 2000 : il en ressortait que sur les 5 % des professionnels ayant dépassé les seuils, deux tiers d'entre eux avaient fait l'objet de sanctions. Le reversement théorique correspondant devait représenter 1 % des dépenses réalisées dans le secteur. Dans la pratique, les montants des reversements effectivement récupérés, isolés dans la comptabilité des caisses depuis 1997 seulement, ont oscillé entre 0,08 % et 0,14 % des dépenses remboursées par l'assurance maladie. Depuis 2003, la procédure de récupération s'est arrêtée.

d) L'impact des mesures de maîtrise des dépenses sur le revenu des IDEL

L'incapacité à maîtriser la dépense infirmière prise en charge par l'assurance maladie n'a pas eu pour autant d'impact favorable sur le niveau de revenu et de pouvoir d'achat des professionnels. En raison de la croissance de leurs effectifs et d'une augmentation régulière de leur taux de charges, les IDEL n'ont retrouvé qu'en 2000 leur niveau de revenu de 1995 et en 2002 celui de leur pouvoir d'achat.

3 – La tentative de redéfinition de l'activité a échoué

Les signataires des protocoles de 1991 (Etat, caisse nationale d'assurance maladie et fédération nationale des infirmières -FNI-) souhaitaient compléter les outils de maîtrise de la dépense infirmière par des mesures qualitatives visant à remodeler leur activité. Cet objectif s'est traduit principalement par la création en 2002 d'une nouvelle prestation, la démarche de soins infirmiers (DSI) cotée DI, dont la conception, la négociation et la mise en œuvre avaient suscité de très fortes tensions y compris avec le corps médical depuis une dizaine d'années. A ce jour, elle est très peu appliquée et sa redéfinition doit intervenir dans le cadre des prochaines négociations devant permettre de renouveler la convention en 2007.

La conception de la DSI se situe au croisement de deux préoccupations d'actualité, l'une relative à la place des professions paramédicales dans le système de soins, l'autre au rôle des IDEL dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile.

a) La place des auxiliaires médicaux dans le système de soins

Les auxiliaires médicaux agissent généralement sur prescriptions des médecins, ce qui leur laisse une marge de manœuvre théoriquement réduite et les cantonne à un rôle d'exécution. L'aspiration à une certaine autonomie et à la définition de leur « rôle propre » constitue donc l'une de leurs revendications permanentes.

De la loi de 1946 qui limitait l'activité des IDE à « des soins prescrits ou conseillés par le médecin » au dernier décret de compétences de février 2002²⁴, le principe du « rôle propre » a été introduit dans la législation en 1978 puis précisé par des décrets en 1981 et en 2002. Il a été en particulier défini par le décret de 1981 de la manière suivante : « relèvent du rôle propre de l'infirmière les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et qui visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes ».

Deux rapports, le rapport Brocas de 1998 et le rapport Berland de 2003, ont contribué à cette réflexion : le premier a introduit la reconnaissance d'un droit limité à l'autoprescription sous la forme d'un « bilan paramédical » ; le second, consacré au transfert de tâches et de compétences entre les professionnels libéraux, a préconisé d'élargir les missions des IDEL à la prévention et à la surveillance, voire de médicaliser la profession en instaurant un droit à la prescription ou à la réalisation de soins primaires. Cette redéfinition est liée à l'émergence souhaitable de nouvelles prises en charge (sorties accélérées des établissements de santé, protocoles de soins pour le traitement des maladies chroniques, soins palliatifs...) et de nouveaux modes d'organisation des soins (réseaux de soins coordonnés, exercice en cabinets pluri-professionnels).

Toutefois, les préconisations du rapport Berland ne se sont pas réellement concrétisées jusqu'à présent, les négociations conventionnelles s'étant focalisées sur le premier aspect de la réflexion, à savoir le « bilan paramédical » traduit en « démarche de soins infirmiers ».

b) Le rôle des IDEL dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile

Les besoins des personnes âgées dépendantes à domicile ou en établissement relèvent concomitamment de soins médico-techniques et

24. Ce décret a été abrogé et intégré dans le décret 2004-802 qui rassemble le décret sur les règles professionnelles de 1993 et celui sur les actes professionnels de 2002.

d'une aide ou assistance à la dépendance. Pour y répondre, un partage coordonné des tâches entre IDEL et aides-soignantes a été mis en place dans les établissements et les SSIAD²⁵, mais celui-ci n'est pas opératoire en ville, les aides soignants n'ayant pas le statut libéral et ne pouvant dès lors intervenir par délégation des infirmiers. La conséquence en est que les IDEL assument en ville la totalité des interventions et consacrent la majorité de leur temps en soins de nursing (séances de soins infirmiers cotés en AIS 3).

Dès lors, l'assurance maladie a cherché de manière constante à réduire cette part d'activité des IDEL au bénéfice des actes techniques. Dès 1992, la première étape de cette démarche générale a consisté à différencier par la cotation les actes techniques (AMI) des soins de nursing (AIS). Cette position de principe de l'assurance maladie reposait sur trois considérations :

- l'assurance maladie ne doit pas prendre en charge les prestations relevant davantage de la dépendance que de la maladie²⁶ ;
- l'activité en AIS 3 semble constituer pour les IDEL une variable d'ajustement de leur revenu. Les régions surdotées ou sous-dotées en IDEL montrent une consommation de soins techniques à peu près constante (rapportée à la population prise en charge), mais les régions surdotées connaissent en revanche une consommation de soins en AIS très supérieure. En d'autres termes, l'activité de nursing serait liée à la quantité d'offre et non à la demande ;
- enfin, les infirmiers diplômés sont surqualifiés pour réaliser des soins de nursing.

La réorganisation visée par les parties conventionnelles consiste donc à opérer un transfert des soins de nursing vers les auxiliaires de vie (travailleurs sociaux) ou vers l'entourage et non, comme dans les SSIAD ou les EHPAD, vers les aides soignants qui ne peuvent intervenir en dehors du statut salarié. Sur ce sujet, la position de la FNI, promoteur de la démarche, est particulièrement ambiguë : tout en cherchant à minorer la part de soins de nursing dans l'activité des IDEL, elle s'oppose à tout ce qui peut s'apparenter à une atteinte à leur statut, en particulier à

25. L'article 4 du décret de compétences de 2002 précise le lien juridique de collaboration qui unit les infirmiers aux aides-soignants dans ce cas de figure.

26. Cette question essentielle et générale du partage du financement entre les soins et l'aide à la dépendance se pose également pour les SSIAD financés à 100 % par l'assurance maladie. Quant aux EHPAD, la tarification mise en place par la réforme de 1999 met à la charge de l'assurance maladie 100 % des charges infirmiers et 70 % des charges d'aides-soignants.

l'extension des SSIAD et la modification du statut des aides-soignants pour la promotion duquel plusieurs projets de loi ont été déposés.

Les critères qui permettent de distinguer les actes relevant de la dépendance ou de la maladie reposent soit sur la nature des actes (les actes élémentaires de la vie quotidienne ne requièrent qu'une aide), soit sur le caractère stabilisé ou non de l'état de dépendance. Faute d'un véritable consensus d'experts sur leur pertinence, ils ont été introduits de manière assez floue dans la fiche de diagnostic que doit établir l'infirmier au cours de la DSI.

c) La logique de la démarche de soins infirmiers (DSI) et les raisons de son échec

La DSI finalement mise en œuvre à partir de 2002 conduit à instaurer une étape intermédiaire entre la prescription du médecin et la réalisation des séances de soins infirmiers (AIS 3). La DSI proprement dite, prescrite par le médecin, confie à l'IDEL une série de tâches telles que l'observation du patient et de son environnement, le diagnostic et la prescription d'une prise en charge. L'IDEL qui bénéficie ainsi d'une compétence de diagnostic et d'autoprescription peut alors prescrire trois types d'interventions : les séances de soins infirmiers (AIS 3), les programmes d'aide personnalisés (AIS 3,1), les séances de surveillance clinique et de prévention (AIS 4) selon plusieurs combinaisons possibles²⁷.

Les deux prestations nouvelles sont destinées à garantir la bonne mise en œuvre du transfert éventuel du patient sur l'entourage ou les travailleurs sociaux : au cours du programme d'aide personnalisé qui dure 15 jours, l'IDEL aide le patient à accomplir les actes quotidiens de la vie, éduque son entourage ou organise le relais vers les travailleurs sociaux (en l'occurrence les aides ménagères). Quant à la séance de surveillance clinique et de prévention, elle dure 30 minutes et est réalisée une fois par semaine pendant un mois.

Dans ce dispositif, aucun acte en AIS (sauf les gardes à domicile de l'article 12) ne devait être prescrit ni réalisé sans une DSI préalable. Il devait en résulter une raréfaction des séances de soins infirmiers (AIS 3) due au transfert possible de la prise en charge du patient sur son entourage ou les travailleurs sociaux.

27. La prescription peut comporter : soit AIS 3 ou AIS 3,1 ou AIS 4, soit AIS 3 puis AIS 4, soit AIS 3,1 puis AIS 4.

La mise en place du dispositif a été laborieuse. Destiné à être introduit en septembre 1998, le dispositif qui s'appelait initialement « plan de soins infirmier » (PSI) a fait l'objet d'un recours syndical, d'un refus d'approbation ministériel, d'un recours de la CNAMTS contre ce refus avant d'être abandonné avec la convention en 2001.

La DSI qui a remplacé le PSI a été paradoxalement introduite par le syndicat Convergence infirmière (CI) hostile au dispositif, mais devenu seul signataire de la convention du 1^{er} mars 2002. Cet accord a reposé d'une part sur des modifications du dispositif initial demandées par le syndicat CI, d'autre part sur l'obtention de multiples avantages dont une revalorisation de la lettre-clef AIS -la première depuis sa création en 1992- allant directement à l'encontre de l'objectif poursuivi de raréfaction des soins de nursing AIS 3.

L'application du dispositif demeure pour l'instant marginale comme le montrent les chiffres ci-dessous, en complet décalage par rapport aux évaluations initiales²⁸.

Evolution des actes infirmiers par lettre clé

Actes (en milliers)	2000	2001	2002	2003	2004
AMI	134 217	178 962	196 883	215 100	232 012
AIS	139 702	138 441	140 876	134 850	135 362
DSI				175	368

Source : SNIR-PS

Les difficultés de mise en place du dispositif et son échec actuel tiennent essentiellement à l'hostilité qu'il a déclenchée dans la profession ainsi que dans le corps médical. La logique du dispositif n'a été en effet acceptée ni par la profession qui souhaitait conserver son activité de nursing ni par le corps médical qui y voyait un alourdissement de ses

28. Les premières évaluations financières du plan de soins infirmiers réalisées par la CNAMTS en coordination avec la DSS reposaient uniquement sur les informations fournies par la FNI et aboutissaient à une économie générale très favorable qui entraînait une baisse de 16 % des actes AIS 3 (séances de soins infirmiers) soit une économie nette de 123 M€ (143 M€ d'économies pour un coût supplémentaire dû aux nouvelles prestations de 20 M€).

tâches et un partage de responsabilités inadéquat (le médecin doit en effet approuver la prescription faite par l'IDEL²⁹).

CONCLUSION

Le mode de gestion essentiellement conventionnel de la profession des infirmiers libéraux n'a pas permis de mettre en œuvre des outils efficaces de régulation.

L'économie du dispositif défini en 1992 reposait à la fois sur la volonté d'assurer à la profession une progression suffisante du revenu afin d'éviter une croissance excessive des volumes d'actes destinée à compenser la perte de son pouvoir d'achat et sur le souhait de restructurer l'activité des IDEL en minorant la part des soins de nursing au bénéfice de soins techniques.

Aucun des outils mis en place pour concrétiser cette démarche générale n'a vraiment fonctionné. L'hostilité immédiate de la profession a conduit les parties conventionnelles à leur apporter des aménagements qui en ont altéré l'efficacité et à les compenser par des avantages financiers sans commune mesure avec les économies attendues.

En outre, ce processus difficile ne s'est attaché qu'à un seul aspect, certes important, des missions des IDEL dans le système de soins, celui des soins de nursing en secteur libéral. Or, il conviendrait que leurs compétences soient revues de manière globale selon les pistes ouvertes par le rapport Berland. C'est à cette seule condition que pourront être estimés les besoins réels de la population en soins infirmiers, faute de quoi toute tentative de régulation de la démographie et de l'activité s'opèrera à l'aveugle.

RECOMMANDATION

1. Mettre fin au dispositif intitulé démarche de soins infirmiers et redéfinir les missions et les activités des infirmiers libéraux notamment par rapport à celles des médecins et des aides-soignants.

29. Pour débloquer la situation, cette approbation d'abord explicite du médecin a été rendue tacite dans l'arrêté de 2002 et devrait disparaître dans la future redéfinition de la DSI.

D – Les dépenses des établissements de santé

L'exercice 2005 a été marqué par la mise en oeuvre de deux réformes financières importantes dans le secteur hospitalier : le plan de redressement de l'assurance maladie 2005-2007 issu de la loi du 13 août 2004 et la mise en œuvre, en grandeur réelle, de la tarification à l'activité (T2A)³⁰, issue de la LFSS 2004.

Selon les premières estimations présentées par la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin 2006, l'ONDAM hospitalier de 2005 fixé à 60 926 M€ connaît un fort dépassement de 669 M€ qui contrarie l'infléchissement de croissance prévu dans le plan de redressement.

1 – Le cadre de présentation et de régulation est plus pertinent

En 2005, d'importantes modifications ont été introduites dans la présentation et la régulation des dépenses des établissements de santé au sein de l'ONDAM. Elles apportent une amélioration certaine, mais rendent délicate l'analyse suivie des exercices 2004 et 2005.

a) Un périmètre élargi

Le périmètre des dépenses incluses dans la ligne « établissements de santé » de la nomenclature a été élargi : ont été intégrées en base 2005 les dépenses afférentes aux établissements de santé des DOM, jusqu'alors englobées dans une ligne spécifique DOM qui agrégeait l'ensemble de leurs dépenses d'assurance maladie (1 725 M€) ainsi que les dépenses afférentes aux produits consommables du secteur privé³¹ jusqu'alors comptabilisées en soins de ville (1 458 M€).

b) Un reclassement des dépenses dû à la T2A

Le reclassement des dépenses à l'intérieur de la ligne « établissements de santé » a été rendu nécessaire par l'application de la

30. Voir deuxième partie, chapitre VI.

31. Secteur privé : établissements privés anciennement sous objectif quantifié national (OQN) ; secteur public : établissements publics et privés PSPH anciennement sous dotation globale (DG).

tarification à l'activité (T2A). Quatre nouveaux « objectifs » régulés ont été mis en place en 2005³².

Les quatre « objectifs » (articles L. 162-22-9, L. 162-22-13, L. 174-1-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale définis par la LFSS 2004) sont les suivants : ODMCO, MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), ODAM (objectif des dépenses d'assurance maladie), OQN (objectif quantifié national).

L'ODMCO et la dotation MIGAC retracent les dépenses découlant de l'application du dispositif de la T2A, secteurs public et privé confondus ; les deux autres objectifs, ODAM et OQN, retracent les dépenses hors T2A, respectivement dans le secteur public et le secteur privé.

c) Une régulation étendue

Désormais sont incluses dans les quatre objectifs régulés fixés par arrêtés, outre les dépenses mentionnées au a) ci-dessus, l'ancienne ligne comptable des dépenses du secteur privé hors OQN³³ pour un montant de l'ordre de 715 M€.

Il demeure cependant des lignes « autres dépenses » non incluses dans les objectifs pour un montant total de 777 M€ dans la base 2005 dont 507 M€ dans le secteur public (honoraires du secteur public et autres frais d'hospitalisation publique) et 270 M€ dans le secteur privé (conventions internationales, établissements étrangers sous convention et unités de soins de longue durée).

d) La disparition des dispositifs de régulation indépendants de l'ONDAM

Antérieurement à 2005, les dépenses de chaque secteur étaient régulées par le biais de dispositifs indépendants de l'ONDAM. Dans le secteur public, il s'agissait d'un objectif de « dépenses encadrées »

32. A partir de 2006, les quatre objectifs sont regroupés dans deux « sous-objectifs » votés dans la LFSS (« dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » et « autres dépenses relatives aux établissements de santé »). On peut regretter l'incohérence des termes qui fait des « objectifs » des sous-ensembles des « sous-objectifs » désormais votés.

33. Prestations de dialyse alternative, d'hospitalisation à domicile, séances forfaitaires de scanner et d'IRMN, traitement de l'insuffisance respiratoire, IVG, établissements hors contrat (L. 162-22-6-e).

financées à la fois par l'assurance maladie (dotation globale en recettes de groupe I) et par les recettes de groupe II (provenant pour la majeure partie de la participation des assurés). L'ensemble régulé était donc plus large que celui comptabilisé dans l'ONDAM. Dans le secteur privé, il s'agissait de l'objectif quantifié national (OQN) comprenant les dépenses d'assurance maladie relatives à un champ d'établissements et de prestations différent de la ligne « cliniques » comptabilisée dans la nomenclature de l'ONDAM.

Cette dichotomie a été supprimée en 2005 et les quatre nouveaux objectifs de dépenses d'assurance maladie mentionnés précédemment constituent désormais les seuls ensembles régulés. En conséquence, dans le secteur anciennement sous dotation globale la notion de « dépenses encadrées » a disparu : celles-ci ont été traduites, au moyen d'un taux de conversion, en dépenses d'assurance maladie, ce qui a constitué l'une des difficultés de l'exercice budgétaire 2005 (cf. infra).

2 – Mais le suivi des dépenses réalisées doit être amélioré

Il existe plusieurs types d'informations hétérogènes concourant au suivi des dépenses d'assurance maladie afférentes aux établissements de santé.

D'une part, le suivi de l'ONDAM réalisé dans le cadre de la CCSS est fondé sur les données comptables exhaustives des différents régimes d'assurance maladie, non retraitées statistiquement par la DSS et retracées dans les tableaux de centralisation des données comptables des caisses (TCDC). Elles comprennent des provisions estimées par les régimes d'assurance maladie sur une base statistique, puisque la totalité des dépenses en droits constatés n'est pas connue à la clôture de l'exercice ; ces montants sont susceptibles d'être corrigés de manière extracomptable au cours des deux exercices suivant l'exercice considéré. Ces informations ne sont pas enregistrées selon la nomenclature détaillée de l'ONDAM vue précédemment et ne permettent qu'un constat agrégé. En particulier, en ce qui concerne les établissements privés, les « autres dépenses » non régulées mentionnées plus haut (270 M€ en prévision pour 2005) ne sont pas isolées dans une ligne comptable et se trouvent intégrées dans les dépenses afférentes aux objectifs fixés par arrêté.

D'autre part, les lignes régulées (rappelées précédemment page 32) correspondant aux objectifs de dépenses d'assurance maladie fixés par arrêtés (ODMCO, MIGAC, ODAM, OQN) font l'objet d'un suivi différent : il s'agit d'un suivi statistique particulier, expressément prévu par les textes (articles L. 162-22-2, L. 162-22-9, R. 162-41-4 et R. 162-42-2 du code de la sécurité sociale) et fondé :

- dans le secteur privé, sur les statistiques issues soit des caisses centralisatrices des paiements soit du SNIR-AM³⁴ ;
- dans le secteur public, sur les notifications de dotations et sur les versements réalisés par les caisses pivots.

Cette situation rend impossible la réconciliation des chiffres disponibles et confuse l'estimation des dépenses réalisées. Deux exemples significatifs peuvent illustrer cette difficulté majeure pour l'exercice 2005, celui des dotations MIGAC et celui des dépenses des établissements privés ex OQN :

- les dotations MIGAC figurent pour 4 671 M€ en objectif fixé pour 2005 et 4 789 M€ en dépenses réalisées dans les comptes de la CCSS de juin 2006 ; les autres sources d'information montraient en juin 2006 que 4 829 M€ avaient été délégués par la DHOS aux ARH, 4 993 M€ notifiés par les ARH aux établissements.;
- dans les comptes de la CCSS de juin 2006, les dépenses réalisées par les établissements privés ex OQN sont estimées à 10 363 M€ pour un objectif 2005 fixé à 10 065 M€ : ces informations comptables ne permettent cependant pas de répartir le dépassement de 298 M€ entre les lignes que sont l'ODMCO, l'OQN, la dotation MIGAC et les « autres dépenses » déjà évoquées ni d'évaluer de ce fait la pertinence du rebasage effectué pour 2006 sur chacun des deux objectifs ODMCO et OQN (cf. infra).

Des travaux vont être engagés par la mission comptable permanente, la DSS et la DHOS en collaboration avec les caisses pour tenter de rapprocher le suivi des lignes régulées du suivi comptable de l'ONDAM.

34. Le système national interrégimes de l'assurance maladie a remplacé en 2005, dans le secteur des cliniques, l'ancien système du SNIR-EP. Une partie des autres régimes n'alimente pas encore la nouvelle base de données, ce qui contraint à extrapoler les dépenses du seul régime général pour obtenir une estimation des dépenses tous régimes.

3 – Un fort dépassement 2005 faisant l’objet de différentes estimations

a) L’estimation faite en juillet 2005 et la décision de rebasage prise en septembre 2005

Le dépassement 2005 a été estimé à plusieurs reprises en cours d’exercice, en particulier en juillet 2005 au moment du précadrage de l’objectif 2006.

La recommandation 2005-22 du 8 juillet 2005 du conseil de l’hospitalisation estimait alors le dépassement sur les quatre objectifs (hors « autres dépenses ») à 947 M€ et préconisait de le réduire à 460 M€ grâce à des économies de 487 M€ réparties sur les dépenses des deux secteurs : baisse des tarifs ODMCO et OQN d’une part, gel de certaines mesures nouvelles en dotation d’autre part.

L’arbitrage rendu par le ministre en septembre 2005 a établi le dépassement prévisionnel des quatre objectifs de 2005 à 625 M€ donnant lieu à un rebasage pour 2006. Pour ce faire, aucune baisse tarifaire n’a été décidée, mais seulement le gel ou la diminution de certaines mesures nouvelles sur les dotations du seul secteur public pour 296 M€.

Cet arbitrage a constitué en réalité la reconnaissance de dépenses supplémentaires pour la fin de la campagne par rapport aux objectifs initialement fixés, à savoir :

- +363 M€ sur le secteur public répartis à hauteur de 175 M€ sur les trois dotations DAF (ODAM), MIGAC et DAC et de 188 M€ sur l’activité MCO facturée (tarifs, produits facturables en sus et forfaits annuels) ;
- +262 M€ sur le secteur privé répartis à hauteur de 146 M€ sur l’OQN et de 116 M€ sur l’activité MCO facturée (tarifs, produits facturables en sus et forfaits annuels).

b) Les constats de dépassement faits par la CCSS en juin 2006

Le montant total des dépenses afférentes aux établissements de santé réalisées en 2005 et figurant dans le rapport de la CCSS de juin 2006 est de 61 595 M€ ce qui représente un dépassement total très important de 669 M€ (soit +1,1 % de l’objectif fixé), inégalement réparti entre les deux secteurs d’établissements : +37 1M€ (soit +0,7 % de l’objectif) dans le secteur public et +298 M€ (soit +3,0 % de l’objectif) dans le secteur privé.

En revanche, par rapport au montant du dépassement estimé en septembre 2005 et ayant donné lieu à un rebasement pour 2006, le dépassement supplémentaire (« surdépassement ») de 2005 estimé en juin 2006, considéré globalement, semble modéré puisqu'il n'est que de 44 M€ (8 M€ dans le secteur public et 36 M€ dans le secteur privé) ce qui pourrait conduire à considérer, dans un premier temps, que le risque lié à une minoration de la base est faible pour l'exercice 2006. En réalité, il n'en est rien puisque ce « surdépassement » sera plus élevé.

Ventilation des objectifs fixés et des réalisations estimées par secteur

En millions d'euros

	Objectifs 2005	Réalisé 2005	Ecart à l'objectif	Rebasage en LFSS 2006	Risque sur l'objectif 2006
Versements aux établissements sanitaires publics et privés	60 926	61 595	669	625	+ 44
Dont établissements sanitaires publics	50 861	51 232	371	363	+ 8
ODMCO secteur public	31 190	31 328	138	170	- 32
MIGAC secteur public	4 657	4 789	132	159	- 27
ODAM	14 507	14 712	205	34	+171
Régularisation et correction des arrêtés tardifs de 2004			- 25		
Autres établissements sanitaires hors SSA-INI	356	428	-79	Néant	- 79
Honoraires du secteur public	151				
Dont établissements privés à but lucratif	10 065	10 363	298	262	+ 36
ODMCO secteur privé (y c DMI médicaments en sus)	8 194	8 630			
MIGAC secteur privé	14	12			
OQN (psychiatrie et soins de suite)	1 587	1 722			
Autres (USLD et convention internationales)	270	Intégré dans les 3 lignes ci-dessus			

Source : Tableau simplifié réalisé par la Cour à partir des tableaux de la DSS homogènes avec les chiffres de la CCSS.

c) L'estimation du « surdépassement »

Dans le secteur privé, le régime d'avances mis en place en raison du démarrage de la T2A et de la CCAM a fortement perturbé les flux de liquidation et rendu difficile l'estimation des provisions enregistrées dans

les données comptables des TCDC : les provisions enregistrées et prises en compte par la CCSS de juin 2006 sont insuffisantes selon la DSS et devraient être augmentées de 175 M€ dès septembre 2006.

Le dépassement des dépenses du secteur privé serait alors de 473 M€ (+4,7 % de l'objectif).

Le dépassement total des dépenses des établissements sanitaires publics et privés en 2005 serait quant à lui de 844 M€ (+1,4 % de l'objectif), supérieur de 219 M€ au rebasage de 625 M€ effectué pour 2006 et non plus de 44 M€ comme estimé en juin 2006.

Par ailleurs, au vu des informations issues du suivi statistique mentionné ci-dessus, d'autres risques potentiels existent en particulier sur l'activité facturée MCO des deux secteurs.

4 – Les causes du dépassement de 2005

Les causes du dépassement de 2005 tiennent à la fois à la construction même de l'ONDAM hospitalier et aux décisions prises en cours de campagne.

a) Une construction mal calibrée de l'ONDAM hospitalier 2005

La construction et la définition de l'ONDAM hospitalier de 2005 a été très étalée dans le temps, en raison des difficultés soulevées par la mise en œuvre de la T2A. La première étape a correspondu au cadrage du PLFSS, les étapes suivantes à la fixation réglementaire des objectifs (arrêtés du 9 mai 2005) et des tarifs de l'activité facturée en MCO (arrêtés du 30 juin parus au journal officiel du 2 août 2005), alors que la campagne tarifaire démarre théoriquement le 1^{er} mars. Ces différentes étapes ont comporté plusieurs erreurs d'estimation et donné lieu à certaines décisions peu réalistes.

Une base sous-estimée

L'objectif hospitalier 2005 a été fixé sur une base de dépenses sous-estimées : d'une part, en raison de difficultés liées à l'appréciation des réalisations 2004 à prendre en compte, d'autre part en raison d'erreurs portant sur le passage, pour les hôpitaux, des dépenses encadrées aux dépenses d'assurance maladie.

L'impact des réalisations 2004

La mauvaise estimation de la base a été particulièrement significative pour 2005, en raison notamment d'un quatrième trimestre

2004 dont la très forte croissance a été constatée postérieurement à la construction de l'ONDAM 2005.

La base pour 2005 (qui incluait en rebasage un dépassement de 2004 estimé à 150 M€) a été fixée à 58 822 M€. Les réalisations de 2004 fixées dans le rapport de la CCSS de juin 2006 font apparaître en définitive un dépassement de 425 M€ pour 2004. Un dépassement supplémentaire de 275 M€ n'a donc pas été pris en compte dans la base pour 2005.

Ce phénomène de sous-estimation de la base entraînant mécaniquement un dépassement de l'objectif au cours de l'exercice suivant est d'ailleurs récurrent. Le dépassement constaté en 2004 tenait lui-même à la sous-estimation des réalisations 2003 et donc de la base pour 2004. Cela limite l'efficacité régulatrice de l'ONDAM.

Le passage des dépenses encadrées aux dépenses d'assurance maladie

Comme cela a été vu au d) supra, les dépenses encadrées du secteur public ont été traduites en dépenses d'assurance maladie pour définir la nouvelle base de 2005. Pour ce faire, le ministère a retenu un taux de conversion de 92,95 % alors qu'il était en réalité de 93,7 %. Cette insuffisance qui correspond à un montant de 360 M€ a été compensée, dès la première circulaire budgétaire d'avril 2005, par la notification d'une enveloppe supplémentaire non prévue de 190 M€ aux hôpitaux

Des hypothèses de cadrage peu réalistes

Une seconde série de raisons explique le dépassement de l'ONDAM 2005.

Une volonté de décélération fondée sur des estimations d'économies peu réalistes à court terme

Selon le plan de redressement financier de l'assurance maladie 2005-2007, le secteur hospitalier devait contribuer sur l'ensemble de la période à hauteur de 1,9 Md€ à la réduction des dépenses tendancielle³⁵, notamment par des économies de 850 M€ sur les achats et un effort

35. Ce plan de décélération prévoyait des taux de croissance de l'ONDAM hospitalier de 3,5 % en 2005, 2,9 % en 2006 et 2,0 % en 2007, mais les taux de croissance autorisés pour 2005 (+3,6 %) et pour 2006 (+3,5 %) leur sont en réalité supérieurs.

supplémentaire des assurés de 300 M€³⁶. Dès 2005, ces économies ont été revues à la baisse : 157 M€ sur les achats et 100 M€ sur les assurés.

Si les moindres dépenses résultant de l'augmentation de la participation de l'assuré sont mécaniques dès lors que les mesures sont prises, il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit de gains de productivité demandés sans délai aux établissements publics.

L'affectation des mesures nouvelles a augmenté le risque de dérapage

Le montant des mesures nouvelles à affecter pour 2005 était de 2 104 M€ : 1 769 M€ dans le secteur public, 325 M€ dans le secteur privé et 10 M€ en « dépenses autres ».

En ce qui concerne la partie facturée de l'ODMCO³⁷, la distribution des mesures nouvelles s'est fondée sur plusieurs hypothèses de croissance, afin d'en déduire la marge disponible à affecter aux hausses tarifaires.

A cet égard, la recommandation du 10 février 2005 du conseil de l'hospitalisation (CH) préconisait une baisse tarifaire de -1,25 % dans le secteur public et de -0,22 % dans le secteur privé. Les hypothèses retenues étaient, notamment, une croissance en volume de 2 % de l'activité soumise à tarifs et une croissance en valeur des produits facturables en sus de 11,9 %. Cette préconisation constituait déjà une hypothèse optimiste, particulièrement dans le secteur privé.

L'arbitrage ministériel rendu dans les arrêtés tarifaires du 30 juin 2005 a conduit non pas à des baisses mais à des hausses tarifaires de +0,27 % dans le secteur public et de +1,98 % dans le secteur privé. Ces hausses tarifaires ont été compensées par une révision à la baisse des hypothèses de croissance : +1 % en volume de l'activité soumise à tarifs au lieu de +2 % et une croissance en valeur des produits facturables de 9,7 % au lieu de 11,9 %³⁸.

36. En 2005, les économies prévues sont de 250 M€ pour les achats et de 130 M€ sur les assurés. En 2006, le montant d'économies prévues est de 1 269 M€ dont 560 M€ pour les achats et la gestion des hôpitaux et 180 M€ sur les assurés. Cet objectif paraît difficile à atteindre.

37. En 2005, la totalité de l'activité MCO était facturée à 100 % des tarifs nationaux dans le secteur privé et à 25 % des tarifs nationaux dans le secteur public (le reste étant financé par une dotation annuelle complémentaire, la DAC, fixée en début d'exercice).

38. Ainsi, dans les dépenses comptabilisées en réalisations 2005, les produits facturables en sus ont augmenté de 27,3 % par rapport à la base dans le secteur public.

b) Des mesures nouvelles supplémentaires décidées en cours d'exercice

En cours d'exercice 2005, d'autres mesures ministérielles ont été décidées qui ont accentué les risques de dépassement inclus dans le cadrage de début de campagne du secteur public (rattrapage déjà mentionné de 190 M€, financements complémentaires aux établissements participant au service public hospitalier, augmentation des crédits affectés au plan urgences, augmentation non prévue du point de la fonction publique hospitalière). Au total ces mesures ont représenté un surplus de dépenses de 480 M€.

5 – Perspectives 2006

Le respect de l'ONDAM hospitalier en 2006 se trouve exposé à trois risques majeurs.

Le premier résulte mécaniquement d'une possible sous-estimation de sa base, le rebasage de 625 M€ s'avérant inférieur aux estimations du dépassement 2005 tel qu'analysé dans le point 3 .

Le second risque tient au fait que le rythme réel de croissance des dépenses hospitalières est très soutenu comme le montre le tableau ci-dessous et comme le confirment les chiffres de la CNAMTS portant sur le premier trimestre de 2006.

Evolution 2005

	Réalisations présentées par la CCSS	Statistiques de la CNAMTS en année glissante
Secteur public	+ 4,2 %	+ 3,9 %
Secteur privé	+ 4,5 %	+ 6,3 %
Total	+ 4,2 %	+ 4,3 %

Ce tableau indique les taux d'évolution des dépenses hospitalières en 2005 tels qu'ils résultent d'une part des réalisations 2005 estimées par la CCSS de juin 2006 (rapportées à la base 2005 corrigée qui reflète les réalisations effectivement constatées en 2004), d'autre part des statistiques de la CNAMTS (en droits constatés dans le secteur public, en date de soins dans le secteur privé).

Enfin, le troisième risque porte sur l'activité MCO facturée. Sa croissance s'est avérée très soutenue en 2005, nettement supérieure à

toutes les prévisions ; or, cette croissance aura un impact plus que proportionnel sur les dépenses du secteur public du fait de l'augmentation de la part facturée qui passe de 25 % à 35 % (progressivité de la T2A) et à 100 % pour certaines prestations.

Compte tenu de l'incertitude qui pèse sur les constats de 2005 et sur l'évolution de 2006, le ministre de la santé a conservé dans l'ONDAM hospitalier pour 2006 un montant non affecté de mesures nouvelles de 250 M€, correspondant au risque sur l'ODMCO, et a gelé 200 M€ en début d'exercice sur les dotations DAC, DAF et MIGAC.

CONCLUSION

La Cour constate que les informations comptables et statistiques permettant un suivi rigoureux des dépenses d'assurance maladie du secteur hospitalier sont d'une fiabilité très insuffisante.

Cette insuffisance a des répercussions tant sur les prévisions que sur le constat des réalisations, ce qui prive l'ONDAM d'une grande partie de sa fonction de régulation.

En ce qui concerne l'ONDAM 2005, les décisions prises par le ministre tant au moment du cadrage de l'exercice qu'en cours de campagne ont amplifié le risque dû à la sous-estimation initiale des réalisations 2004.

Dans le secteur public notamment, l'effet inflationniste de la T2A, s'il a été mal anticipé, a été cependant cantonné par le mécanisme de progressivité propre au secteur public : le dépassement de ce secteur, au demeurant beaucoup moins important que celui du secteur privé, est en effet imputable pour une bonne part aux mesures nouvelles supplémentaires accordées en dotation.

Le surdépassement probable de 2005, l'extension de la part d'activité MCO facturée dans le secteur public, ainsi que l'accélération du rythme de croissance des dépenses observée font d'ores et déjà peser des incertitudes sur le respect de l'ONDAM hospitalier de 2006.

RECOMMANDATIONS

2. Concernant la fiabilité des informations :

- accélérer les investigations sur l'origine des écarts importants qui apparaissent entre les données comptables des caisses et les délégations de dotations ;
- apporter sans délai des améliorations au système d'information de la CNAMTS concernant les établissements du secteur privé (SNIR-AM).

3. Concernant la régulation des dépenses :

- clarifier le contenu, la présentation et le suivi comptable des « dépenses autres » dans la ligne « établissements de santé » ;
- si la situation l'exige, prendre des mesures infra-annuelles d'ajustement selon des modalités plus efficaces que celles qui ont été appliquées en 2005.

E – L'ONDAM médico-social : enveloppe « Personnes handicapées »

1 – Présentation de l'ONDAM-PH

a) Définition

Jusqu'en 2005, le Parlement ne votait en LFSS que le montant global de l'ONDAM. Celui-ci était ensuite décomposé par le Gouvernement en plusieurs enveloppes, dont, à partir de 1999, l'enveloppe médico-sociale, dite ONDAM médico-social. Au sein de celui-ci, étaient distinguées deux sous enveloppes : une pour les personnes âgées, l'autre pour les personnes handicapées (PH).

En application de la loi organique du 2 août 2005, la LFSS fixe désormais six enveloppes au sein de l'ONDAM, dont la « contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées ». Pour 2006, elle s'élève à 6,6 Md€.

b) Construction de l'ONDAM-PH

L'ONDAM-PH est tout à la fois une dépense pour l'assurance maladie et la ressource essentielle des structures qui accueillent des personnes handicapées. Il est la résultante de plusieurs calculs :

- un montant total annuel des dépenses (appelées ci-après dépenses autorisées) prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations des établissements médico-sociaux est décidé par le ministère et réparti par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)³⁹. Ce montant (7 021 M€ en 2006) est notifié par circulaire annuelle aux administrations déconcentrées : il s'agit du total des moyens nécessaires au fonctionnement des structures concernées ;

39. La CNSA a été créée par la loi du 30 juin 2004 modifiée par la loi du 11 février 2005.

- ce montant est multiplié par un facteur de conversion (0,977 en 2006) qui tient compte de l'existence des autres ressources dont disposent les établissements médico-sociaux concernés. Est ainsi obtenu un objectif de dépenses (OD) (6 857 M€ en 2006), qui, jusqu'en 2004, se confondait avec l'enveloppe personnes handicapées de l'ONDAM médico-social.
- à partir de 2006, l'ONDAM-PH n'est plus égal à l'OD, mais est déduit de ce dernier car l'OD (rebaptisé objectif global de dépenses) correspond désormais au total des ressources apportées par l'assurance maladie et par une fraction du produit des impositions affectées à la CNSA⁴⁰. C'est en soustrayant le produit attendu de ces dernières ressources (227 M€ en 2006) du montant arrêté pour l'OGD (6 857 M€ en 2006) qu'on détermine le montant proposé au Parlement pour l'ONDAM-PH.

Evolution de l'objectif de dépenses (OD)

	M€							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
OD	4 515,23	4 837,82	5 058,56	5 240,29	5 846,08	6 220	6 656,4	6 857*
dont CNSA							150	227

*Le montant de l'ONDAM-PH intégré dans ce chiffre est 6 630 M€ et non le chiffre arrondi de 6,6 Md€ figurant dans la LFSS.

Source : DGAS

Les textes prévoient pourtant un enchaînement inverse de celui exposé ci-dessus : l'art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose en effet que l'OD est arrêté « en fonction » de l'ONDAM et que les dépenses autorisées le sont « sur la base » de l'OD, ce qui entend évidemment donner au Parlement un rôle différent de celui que lui réserve la pratique.

c) Périmètre de l'ONDAM-PH

Structures financées par l'ONDAM

L'art. L. 312-1 du CASF, modifié par la loi susvisée du 11 février 2005, donne une liste des établissements médico-sociaux en général, dont ceux s'adressant aux personnes mineures et majeures handicapées. Mais

40. Il s'agit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) acquittée par les employeurs en compensation de l'abandon d'un jour férié par les salariés et de la contribution additionnelle au prélèvement social sur les revenus du patrimoine et des placements.

cela ne suffit pas à préciser les catégories d'établissements et de services entrant dans le champ de l'ONDAM-PH

Prestations prises en charge au sein des structures

Le champ des prestations prises en charge par l'assurance maladie est plus large que pour la dépendance des personnes âgées⁴¹ puisqu'il couvre tout ou partie, selon les établissements et services d'accueil des personnes handicapées, de l'ensemble accueil-hébergement-soins. De plus, bien que le projet en ait existé, aucune distinction n'est faite au sein des soins, entre ce qui est lié au handicap et ce qui ne l'est pas.

L'assurance maladie prend ainsi en charge des dépenses autres que de soins mais, en application de textes réglementaires multiples et parfois imprécis sur des points importants, cette part dépend des catégories d'établissements.

2 – Les relations incertaines entre l'ONDAM-PH et les dépenses autorisées

S'il est désormais voté par le Parlement, l'ONDAM-PH reste construit selon les méthodes antérieures et encourt de ce fait les mêmes critiques.

Or, depuis la loi du 11 février 2005, l'ONDAM-PH devrait avoir pour objet de permettre au Parlement d'exercer un effet régulateur sur les dépenses. La CNSA, pour sa part, doit, en application de la COG qui la lie à l'Etat, contribuer à l'élaboration de l'ONDAM.

Ressources et dépenses de la CNSA

La CNSA est un établissement public administratif de l'Etat qui a une fonction de financement et d'expertise dans le domaine de la dépendance et du handicap et dont les ressources proviennent de l'assurance maladie (78,2 %), de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA : 14,3 %), de la CSG (7 %) et des caisses de retraite (0,5 %). Avec ces ressources, elle finance essentiellement les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (36,4 %) et personnes handicapées (49,3 %). Elle contribue aussi au financement de prestations telles que l'APA (9,9 %) et la prestation de compensation du handicap (3,6 %).

Une telle évolution suppose un changement profond dans les modalités de travail des administrations et institutions concernées. En

41 .Cf. Le rapport public particulier de la Cour sur « les personnes âgées dépendantes » de novembre 2005.

effet, la fonction régulatrice de l'ONDAM-PH est entravée de diverses manières :

- entre l'OD et les dépenses autorisées, s'interpose le facteur de conversion évoqué ci-dessus qui varie chaque année et dont le calcul n'est pas justifié au Parlement ;
- l'écart entre l'ONDAM voté et les dépenses autorisées peut augmenter fortement en cours d'année du fait des corrections apportées aux secondes, récapitulées en général par une circulaire en fin d'année. Celles-ci ont représenté en 2003 plus de 190 M€, soit près de 3 % du total des dépenses ;
- les dépenses autorisées résultent en réalité de deux vagues de décisions successives : celle de l'administration centrale (et de la CNSA à l'avenir) puis celles des DDASS auxquelles les premières décisions ont été notifiées. Le total de ce qui est en fait autorisé dans les départements n'était pas connu, jusqu'ici, au niveau national ;
- du fait des opérations de débasage-rebasage, qui ne sont pas forcément identiques sur l'ONDAM-PH et sur les dépenses autorisées, le taux d'augmentation annuel des deux indicateurs n'a jamais été le même depuis 1999. Or ce taux, non inscrit dans la loi, fait cependant l'objet de débats à l'occasion du vote de la LFSS.

3 – Une gestion qui ne permet pas de connaître la réalité de la dépense de l'assurance maladie

a) Le respect apparent de l'objectif de dépenses (OD)

Les évolutions constatées de l'OD montrent que les écarts n'ont pas été très importants entre prévisions et réalisations. Entre 1999 et 2004, seuls deux exercices ont connu des écarts supérieurs à 2 points par rapport à l'objectif arrêté.

Diverses constatations permettent cependant de douter de cet équilibre apparent car :

- il recouvre des phénomènes contradictoires de sous-consommation et de dépassement selon les phases d'exécution des plans pluriannuels de créations d'équipements ;
- surtout, les modes de financement des établissements et services sont structurellement porteurs de dépassements. La plupart des établissements fonctionnent en prix de journée, ce qui est de nature à

accroître les dépenses⁴². Les DDASS reçoivent en début d'exercice des enveloppes de dépenses limitatives mais, au final, les CPAM devront payer au vu des facturations. Dès lors, il est classique de constater que le nombre des journées est sous-estimé, ce qui conduira par la suite à un dépassement des dépenses autorisées pour ces établissements et à un supplément de dépenses pour l'assurance maladie.

b) La réalité des coûts est largement inconnue

Le calcul de l'évolution des dépenses autorisées

L'enveloppe des dépenses autorisées est fondée à 95 % sur la reconduction des dépenses antérieures. Or, celles-ci reposent sur une base ancienne qui mériterait d'être réévaluée ainsi que sur une structure des coûts qui n'a pas évolué au rythme de la modification du parc des structures d'accueil. La mesure des effets des revalorisations salariales et des conventions collectives mériterait elle aussi d'être améliorée. Il est de ce fait difficile de savoir si les mesures nouvelles (hors leur composante relative aux personnels, soit près de 40 % des mesures nouvelles dans la période récente) servent effectivement à augmenter les capacités malgré les efforts de suivi de la DGAS.

Le paiement par les caisses d'assurance maladie

Le montant total de ce que versent les caisses primaires aux établissements et structures n'est pas connu avec précision. Excepté lorsque la structure est financée par dotation globale, il n'y a pas de caisses pivots et les caisses primaires elles-mêmes n'ont connaissance que du tarif arrêté et non d'une enveloppe. La CNAMTS centralise ainsi des données incertaines.

De ce fait, il est difficile d'interpréter avec précision les causes des écarts enregistrés entre les dépenses effectives de l'assurance maladie et l'ONDAM-PH. Les exercices de débasage-rebasage de plusieurs dizaines de millions d'euros, effectués entre 2002 et 2004, ont encore accru la difficulté.

Ces difficultés sont largement dues à un défaut d'information. Un système national de recueil de données a été étudié pendant plusieurs années et sa mise en place annoncée à plusieurs reprises. Il n'a finalement pas vu le jour pour des raisons techniques. Cette tâche est désormais confiée à la CNSA. Ce chantier sera effectivement déterminant. De lui

42. Ceux qui reçoivent une dotation globale ou des forfaits de soins ne représentent qu'environ 16 % de la dépense de 2005.

dépendront l'actualisation des coûts, l'amélioration du chiffrage de la reconduction, le suivi des autorisations et des dépenses effectives, ce qui supposera, outre un investissement informatique, un effort de partage de l'information. Cette lacune majeure est reconnue puisque la COG de la CNSA stipule dans une annexe qu'il est nécessaire qu'un « état des lieux précis soit effectué pour mesurer l'engagement actuel » des organismes d'assurance maladie.

La prise en charge des dépassements éventuels.

Dès lors que les caisses ne pourront pas opérer une distinction dans l'origine des deux types de ressources qu'elles emploient (96 % provenant de l'assurance maladie et 4 % de la CNSA) et dès lors qu'elles paient les factures qui leur sont présentées même en dépassement des dépenses autorisées et de l'ONDAM-PH, il en résultera un biais dans le suivi de l'ONDAM. La question se pose de savoir ce que la CNSA versera aux caisses d'assurance maladie, leur dépense effective ou le montant correspondant à l'objectif de dépenses. Dans le premier cas, les ajustements de ressources seront supportés par la CNSA sur ses ressources propres, dans le second par l'assurance maladie. L'imprécision actuelle des textes peut autoriser des lectures divergentes.

4 – Les risques pour l'assurance maladie résultant de l'imprécision du périmètre de l'ONDAM

a) Les structures

La définition du handicap donnée par la loi du 11 février 2005 (art. L. 114 du CASF) pose des problèmes de frontière, sur au moins trois points :

- l'altération substantielle des fonctions mentales et psychiques fait partie des causes de handicap, ce qui pose le problème de la frontière entre psychiatrie et handicap. Cette approche est contemporaine du plan santé mentale 2005-2008 ;
- la loi range parmi les structures relevant du sous-objectif PH ceux qui accueillent des adultes handicapés « quel que soit leur âge ». Outre que cette précision n'est pas compatible avec la nécessité, résultant de la loi organique relative aux LFSS d'individualiser un sous-objectif PH et un sous-objectif personnes âgées dans l'ONDAM, elle pose un problème reconnu par le législateur lui-même mais dont il a reporté le traitement. L'article 13 de la loi du 11 février 2005 dispose en effet que devront être supprimées dans un délai de cinq ans « les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en

fonction de critères d'âge en matière (...) de prise en charge des frais d'hébergement ». Les enjeux financiers d'une telle suppression seront importants ;

- relèvent aussi du sous-objectif les structures accueillant « les personnes atteintes de pathologies chroniques », ce qui pose de nouveau le problème de la frontière avec le secteur sanitaire. La loi du 11 février 2005 avait sorti les unités de soins de longue durée (USLD) de l'enveloppe hospitalière pour les rattacher à la sphère des établissements médico-sociaux relevant de la CNSA. Mais la LFSS suivante est revenue provisoirement à la situation antérieure en laissant à l'administration jusqu'au 1^{er} janvier 2007 pour élaborer le référentiel qui permettra, dans chaque région, à l'ARH et au préfet de répartir les capacités d'accueil et les crédits de chaque USLD entre le domaine de l'ONDAM-PH et celui des établissements de santé

La frontière n'est pas non plus toujours rigoureuse entre le secteur médico-social et le secteur social (urgences, hébergements sans accompagnement...). La LFSS pour 2006 a cependant résolu une difficulté en extrayant de l'ONDAM-PH les structures pour personnes confrontées à des difficultés spécifiques (notamment les structures d'addictologie) qui sont désormais placées dans un sous-objectif de l'ONDAM « dépenses relatives aux autres modes de prise en charge ».

Les contours du secteur médico-social sont mouvants notamment du fait du transfert d'établissements ou de parties d'établissements sanitaires. Or, ces transferts sont imparfaitement connus au niveau national, en raison de défaillances dans l'appareil statistique et de divergences entre les services de l'Etat et les caisses. Par ailleurs, certaines structures d'accueil de personnes handicapées ne sont pas comptabilisées dans le champ médico-social parce que portées par des budgets annexes d'hôpitaux.

b) Les prestations

Parmi les domaines où la prise en charge par l'assurance maladie paraît insuffisamment bornée et donc maîtrisée, il faut plus particulièrement citer :

- l'éducation dans les instituts médico-éducatifs et médico-pédagogiques : le partage de la prise en charge entre Etat (enseignants) et sécurité sociale (éducateurs spécialisés) n'est pas assez précisément défini ;

- le transport des personnes handicapées vers les structures d'accueil : sur ce point la situation est moins claire et plus variable pour les handicapés adultes que pour les jeunes ;
- les soins complémentaires : aux termes du CASF⁴³, l'assurance maladie prend en charge, en plus du tarif des établissements, non seulement les soins « autres que ceux correspondant » à leur mission, mais aussi ceux qui y correspondent dès lors que leur intensité ou leur technicité les empêchent d'être assurés complètement par l'établissement. Pour éviter les doubles prises en charge, les caisses sont contraintes de mettre en œuvre des contrôles particulièrement exigeants et d'une efficacité incertaine.

*

* *

L'adéquation de l'objectif de dépenses et de l'ONDAM-PH aux besoins dépend de la politique du handicap dont ils sont la traduction budgétaire. Cette traduction a été partielle jusqu'ici puisque le total des dépenses annoncées ou prévues pour les plans pluriannuels 1999-2003 et 2001-2003, par exemple, n'a pas été intégralement traduit dans les objectifs de dépenses.

Sans porter d'appréciation sur la politique menée en faveur des personnes handicapées, il faut constater que ses modes d'élaboration sont perfectibles⁴⁴. C'est pourquoi, un dispositif a été mis en place par étapes (lois de 2002 et 2005 notamment) visant à faire remonter du terrain la définition des besoins et la sélection des priorités. C'est le sens de l'institution des schémas d'organisation sociale et médico-sociale et surtout de celle des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

SYNTHÈSE

L'ONDAM-PH pose de très nombreux problèmes, qu'il s'agisse de son mode d'élaboration, du périmètre des structures et des prestations qu'il recouvre, de sa gestion, de la connaissance réelle des coûts ou de l'absence d'un système fiable d'information comptable et statistique.

43. Articles R. 314-26 et 314-122.

44. Voir sur ce sujet, le rapport public particulier de la Cour « La vie avec un handicap » de juin 2003.

Il importe d'y remédier dans les meilleurs délais pour permettre à l'assurance maladie de connaître les dépenses qu'elle est appelée à financer.

RECOMMANDATIONS

4. Préciser, en annexe au PLFSS, les catégories des établissements et de services entrant dans le champ de l'ONDAM-PH.

5. Définir dans un texte réglementaire les catégories de dépenses incombant à l'assurance maladie pour chaque catégorie d'établissements pour personnes handicapées.

6. Mettre en place un système d'information statistique et comptable sur les établissements relevant de l'ONDAM-PH pour en suivre les dépenses.

II - Les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

A – L'objectif de branche

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a fixé l'objectif à 10,5 Md€, soit une augmentation de 8,2 % par rapport à l'objectif initial de 2004. Cet objectif a été révisé et porté à 10,7 Md€ par la LFSS pour 2006, alors que les dépenses étaient pratiquement toutes exécutées. Pourtant, le montant total réalisé est finalement de 10,3 Md€ (+4 % par rapport à la dépense 2004).

En 2005, la contribution de 330 M€ versée à la branche assurance maladie et destinée à compenser le coût pour celle-ci de la sous-déclaration des maladies professionnelles et accidents du travail a encore été retranchée de l'objectif de la branche AT-MP. Ce n'est plus le cas à compter de 2006.

Par ailleurs il convient de rappeler que certaines dépenses de l'objectif de branche sont incluses dans l'ONDAM (prestations pour incapacité temporaire).

B – L'accroissement du déficit de la branche AT-MP en 2005 (régime général)

Le déficit de la branche AT-MP du régime général s'élève à -438,1 M€ (contre -183,8 M€ en 2004). Il serait supérieur si l'estimation de la commission⁴⁵ chargée de formuler un avis sur le montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie avait été retenue.

1 – Le non respect du principe d'équilibre

Malgré l'obligation d'équilibre de la branche, posé par l'article L. 242-5 du CSS, le taux de la cotisation n'a pas été fixé en fonction des prévisions de dépenses. Une hausse de 0,1 point des cotisations rapportant environ 400 M€ n'a pas été retenue par le gouvernement pour 2005⁴⁶.

2 – L'évolution des dépenses

a) Les contributions de la branche AT-MP du régime général au fonds amiante

L'augmentation de 4,48 % des charges du régime général en 2005 tient principalement aux contributions du régime au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Ces contributions, qui s'élèvent respectivement à 200 M€ et 600 M€, représentent 8,2 % des charges de la branche en 2005 et progressent de 33,3 % par rapport à 2004. Elles contribuent pour presque la moitié à l'accroissement général des charges.

La progression continue du montant de la contribution au FCAATA ⁴⁷ s'explique d'une part, par la conception extensive du périmètre des dépenses du fonds⁴⁸, d'autre part, par l'absence d'autre source importante de financement. La contribution instaurée à compter du 5 octobre 2004 par la LFSS pour 2005 à la charge des entreprises dont les salariés bénéficient de l'allocation versée par le FCAATA est d'un rendement limité (68 M€ incluant le 4^{ème} trimestre 2004).

45. Commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale.

46. Le taux net moyen des cotisations, de 2,185 %, a été porté à 2,285 % pour 2006.

47. La dotation de la branche AT-MP du régime général au FCATAA est portée à 700 M€ en 2006.

48. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2005, p. 76-77.

b) L'évolution des prestations légales

Selon la DSS, les prestations légales augmentent de 1,4 % en 2005. Les dépenses de prestations d'incapacité permanente (55 % des prestations légales) progressent de 2,2 % par rapport à 2004, tandis que les prestations d'incapacité temporaire n'augmentent que de 0,5 %.

SYNTHÈSE

Le principe légal d'équilibre des recettes et des dépenses de cette branche n'est pas respecté alors même que l'Etat augmente chaque année les contributions du régime général aux fonds amiante (FIVA et FCAATA).

III - Les dépenses de la branche retraite

L'objectif initial de dépenses de la branche retraite (l'ensemble des régimes obligatoires de base) pour 2005, fixé à 156,7 Md€ par la LFSS pour 2005, a été réduit à 155,2 Md€ par la LFSS pour 2006. Il semblait, en effet, au moment de l'adoption de cette dernière que le coût des retraites anticipées autorisées par la loi « Fillon » pour les bénéficiaires de carrières longues avait été surestimé l'année précédente. La LFSS pour 2006 prévoyait un déficit de 2,1 Md€ de la branche retraite en 2005, contre un excédent de 0,6 Md€ en 2003 et 2004.

En réalité, les dépenses se sont élevées à 156,5 Md€ en 2005, contre 147,3 Md€ en 2004 (soit +6,25 %).

Les dépenses du régime général (81,4 Md€), qui représentent 47,2 % du total de la branche retraite, ont augmenté de 7,5 % en 2005, contre 5,2 % en 2004. Cette progression est imputable à deux facteurs qui ont entraîné chacun un surcroît de dépenses de 1,3 Md€ : les retraites anticipées évoquées ci-dessus (145 000 en 2005 contre 61 000 en 2004, en moyenne annuelle) et la prise en charge d'une partie des prestations des agents du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG), adossé au régime général depuis 2005.

Des progressions de charges plus importantes que celles du régime général ont été enregistrées par les régimes de retraite des fonctionnaires de l'Etat (6 %), de la CNRACL (7,5 %), de la CANCAVA (6,3 %), des avocats (6,5 %) et des autres professions libérales (6 %).

Charges de la branche retraite du régime général

Charges	2004 (M€)	2005 (M€)	% 2005/2004
A Charges de gestion technique	74 730	80 173	+ 7,3
dont :			
- prestations légales retraite	67 702	73 101	8,0
- (dont prestations légales de retraite hors IEG)	67 702	71 724	+ 5,9
- prestations légales veuvage	78	64	- 16,7
- action sociale	320	287	- 10,2
- compensation généralisée	2 866	5 100	+ 77,9
- autres transferts	2 922	768	- 87,0
- dotation aux provisions	367	283	- 23,0
- charges financières	17	91	+ 415,0
B Charges de gestion courante	971	980	+ 0,9
C Charges exceptionnelles	29	267	
Total	75 243	80 673	+ 7,5

Source : CSSS

La progression des prestations légales de retraite du régime général est supérieure à celle prévue en septembre 2005 par la commission des comptes de la sécurité sociale (8 % contre 7,5 %). Elle est beaucoup plus forte que les années précédentes (+ 3,8 % en 2003 et + 5,2 % en 2004) notamment pour les raisons suivantes :

- l'évolution des prestations de droits propres hors industries électriques et gazières (IEG) (6,2 %), supérieure de 301 M€ aux prévisions, imputable à la fois à celle des effectifs (3,2 % en moyenne annuelle), à celle du montant moyen de la pension (0,8 %) et à la revalorisation de 2 % des pensions ; l'augmentation des effectifs et celle du montant moyen sont liées pour l'essentiel à la croissance des retraites anticipées, dont les titulaires bénéficient de pensions plus élevées que la moyenne ;
- les prestations versées par le régime général à celui des IEG (1 376,6 M€) ont également été supérieures aux prévisions de 16,7 M€ ; ces prestations ont pour contrepartie une soulte versée par le régime des IEG au régime général auquel il est adossé (voir chapitre X) ;

Par ailleurs, le déficit de la branche retraite du régime général (1 876,3 M€), constaté pour la première fois depuis 1997, a entraîné une augmentation, de 17,8 M€ à 91,6 M€, des frais financiers payés par la CNAVTS à l'ACOSS, qui gère sa trésorerie.

L'augmentation de 77,9 % des charges de compensation généralisée est liée à un changement de méthode comptable : le déficit du régime des salariés agricoles (2 213 M€) est pris en compte en 2005 dans les charges de compensation et non plus sous la forme d'une contribution d'équilibre versée par la CNAVTS audit régime.

Les prestations de veuvage ont en revanche diminué de 16,7 % en raison de la réforme des pensions de réversion qui permet de percevoir celles-ci dès 52 ans au lieu de 55 ans, ce qui réduit le nombre de bénéficiaires de l'allocation versée aux veuves avant l'âge légal de la pension de réversion.

La réduction des charges d'action sociale de 10,2 % s'explique à la fois par une baisse des dépenses d'aide ménagère de 3,8 % (évoquée au chapitre sur l'action sociale) et par la fin du plan « canicule » de 2004, qui entraîne une économie de 4,5 %.

IV - Les dépenses de la branche famille

Pour la première fois depuis 1998, les comptes de la branche famille avaient été déficitaires en 2004 (-357 M€), principalement du fait de la croissance des aides spécifiques à la petite enfance. En 2005, le déficit s'est fortement accru (-1314 M€). La raison principale tient à nouveau à l'augmentation des aides légales à la petite enfance (+9,8%) et des dépenses d'action sociale à destination majoritairement de la petite enfance (+15,4%), augmentations qui ont été très supérieures à la progression des recettes de la branche (+3,9%).

A – Les mesures nouvelles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005

La LFSS pour 2005 n'a pas créé de nouvelles charges significatives pour la branche famille. En revanche, l'année 2005 s'est caractérisée, d'une part, par la poursuite de la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) créée par la LFSS pour 2004 et, d'autre part, par la poursuite de la forte augmentation des dépenses d'action sociale due en partie aux investissements importants consentis ces dernières années pour la création de places d'accueil collectif des jeunes enfants⁴⁹.

49. Voir chapitre IX, « L'action sociale dans le régime général ».

B – L'évolution des dépenses

Le montant total des dépenses de la branche s'est établi à 52,1 Md€, soit une progression de 5,8 % par rapport à 2004 :

Evolution des principaux postes de dépenses de la branche famille en 2005

	Dépenses 2005 (M€)	Evolution 2005/2004 (%)
Prestations légales :	35 834	+ 4,4
- Allocations familiales	11 952	+ 2,2
- Complément familial	1 595	+ 1,3
- Allocation pour jeune enfant	986	- 44,7
- APE, AFEAMA, AGED	3 278	- 35,1
- PAJE	5 229	+ 189,0
- Monoparentalité	2 042	+ 6,0
- Allocation de rentrée scolaire	1 381	+ 0,8
- Logement	3 495	+ 0,6
- Handicapés	5 553	+ 4,7
- Frais de tutelle	201	+ 3,4
- Autres	122	+ 1,6
Prestations extra-légales (action sociale)	3 324	+ 15,4
Transferts versés :	10 210	+ 7,4
- AVPF	4 224	+ 7,2
- Majoration pour enfant (FSV)	2 087	+ 6,2
- Congé paternité	230	+ 3,1
- Financement FNH-FNAL	3 491	+ 6,7
- Autres transferts versés	178	+ 4,7
Charges de personnel et autres charges de gestion courante	1 887	+ 5,2
Charges diverses	804	
Total	52 059	+ 5,8

Source : CNAF

1 – Une augmentation importante des prestations familiales

a) Les prestations d'entretien (hors petite enfance)

La base mensuelle des allocations familiales (BMAF), sur laquelle le niveau de la plupart des prestations familiales est indexé, a été revalorisée de 2,2 % au 1^{er} janvier 2005. Les allocations familiales, le

complément familial de même que l'allocation de rentrée scolaire ont varié respectivement de +2,2 %, +1,3 % et +0,8 %, ces écarts étant principalement dus à des facteurs démographiques de faible ampleur sur l'année et à l'évolution des ressources des parents pour le complément familial et l'allocation de rentrée scolaire.

b) Les prestations spécifiques à la petite enfance

Les dépenses relatives à la PAJE et aux prestations que la PAJE remplace progressivement (APJE, allocation d'adoption, APE, AFEAMA et AGED) ont augmenté de 847 M€ en 2005 (+9,8 %), passant de 8,647 Md€ à 9,494 Md€. Après l'augmentation constatée de 512 M€ en 2004, cela représente une progression des prestations légales spécifiques à la petite enfance de 1,359 Md€ en deux ans.

La raison principale de cette augmentation est la création de la PAJE⁵⁰. D'après les analyses de la CNAF, cette création a provoqué un surcroît de dépenses de 890 M€ en deux ans, dépenses supplémentaires provenant principalement :

- de l'assouplissement des conditions de ressources pour l'éligibilité au socle de la PAJE (« prime à la naissance ou à l'adoption » et « allocation de base » versée aux enfants de 0 à 3 ans sous conditions de ressources) par rapport à l'ancienne APJE (surcoût d'environ 270 M€),
- des nouvelles modalités du « complément de libre choix d'activité »⁵¹ de la PAJE par rapport à l'ancienne APE, en particulier l'éligibilité au premier enfant et la revalorisation de la prestation pour les temps partiels (surcoût d'environ 130 M€),
- et des nouvelles modalités du « complément de libre choix de garde »⁵² de PAJE : surcoût total d'environ 490 M€, avec un effet prix (augmentation du montant du complément et des seuils de modulation) et un effet volume (augmentation du recours à ces modes de garde du fait d'un meilleur soutien financier par la branche famille).

50. D'autres facteurs ont joué un rôle, mais d'ampleur beaucoup plus limitée : revalorisations de la BMAF, légère augmentation du nombre de naissances et succès du recours aux assistantes maternelles.

51. Aide au parent souhaitant ne pas avoir d'activité professionnelle pour élever son enfant de moins de trois ans

52. Ce complément remplace l'AFEAMA pour la garde de l'enfant de moins de six ans par une assistante maternelle, et l'AGED pour la garde par une employée à domicile.

La CNAF estime qu'à la fin de sa montée en charge (2009), la PAJE représentera un surcoût annuel de l'ordre de 1,6 Md€. C'est deux fois plus que les estimations présentées par le Gouvernement au Parlement avant le vote de la LFSS pour 2004 (estimation du coût annuel de la PAJE de 850 M€). Une telle défaillance dans la prévision va au-delà de l'incertitude statistique et mériterait d'être expliquée.

c) L'allocation de parent isolé

De même que les autres prestations liées à la précarité (les dépenses relatives au RMI ont ainsi augmenté de 6,8 % en 2005), l'allocation de parent isolé a connu une croissance significative, passant de 0,900 Md€ en 2004 à 0,972 Md€ en 2005, soit une augmentation de 8,0 % due principalement à l'augmentation du nombre de parents nouvellement isolés et éligibles⁵³. Cette augmentation des dépenses n'a pas d'effet sur le solde de la branche car la dépense au titre de l'API est intégralement remboursée par l'Etat.

d) Les aides au logement

La revalorisation des barèmes des aides au logement pour 2003 n'a eu lieu qu'au second trimestre 2004, avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2003. Les dépenses avaient donc augmenté de 6,3 % en 2004, et du fait de cet effet de base, n'ont progressé que de 0,6 % en 2005.

e) Les aides aux personnes handicapées

L'allocation adultes handicapés (AAH) et son complément ont représenté une dépense totale de 5,032 Md€, soit une augmentation de 4,6 % due à la revalorisation de la BMAF et à la hausse du nombre de bénéficiaires (+2,0 %). Cette progression n'a pas d'incidence sur le solde financier de la branche car les dépenses au titre de l'AAH et de son complément sont intégralement remboursées par l'Etat.

Par ailleurs, les dépenses relatives à l'allocation d'éducation spéciale (AES)⁵⁴ sont passées de 0,492 Md€ en 2004 à 0,521 Md€ en 2005, soit une progression de 5,9 %.

53. L'API est versée pendant une durée maximale de 12 mois (ou pour une durée plus longue mais limitée aux trois ans de l'enfant pour les parents isolés de très jeunes enfants) aux parents isolés dont les revenus sont très faibles.

54. Allocation renommée « allocation d'éducation de l'enfant handicapé » par la loi du 11 février 2005.

2 – Une très forte augmentation des dépenses d'action sociale

Les prestations extra-légales, qui avaient déjà augmenté de 17,6 % en 2004 ont augmenté à nouveau de 15,4 % en 2005, passant de 2,879 Md€ à 3,324 Md€.

Les raisons de ces augmentations sont décrites dans le chapitre IX de ce rapport, consacré à l'action sociale dans le régime général. Les deux-tiers de la dépense supplémentaire (soit environ 350 M€) sont dus à la forte progression des prestations extra-légales spécifiques à la garde du jeune enfant du fait, d'une part, des investissements récents pour la création des nouvelles places d'accueil collectif (budgets d'investissement supplémentaires votés de plus de 800 M€ depuis 2000) et, d'autre part, d'une politique volontariste de la CNAF de développement des prestations de service.

3 – Une augmentation des transferts versés

En l'absence d'une modification du niveau de contribution de la branche famille au FSV (le taux est resté fixé à 60 % pour 2005), l'augmentation importante du poste transferts versés et autres charges techniques est due à une régularisation avec la CNAVTS au titre de l'AVPF⁵⁵ (surcoût de 307 M€ ayant une incidence faible sur le solde de la branche car compensé par des produits de 266 M€), ainsi qu'à une modification du financement par la branche famille des aides personnelles au logement (APL) versées par le FNH.

Lors du conseil de gestion du FNH de 3 janvier 2006, il a été en effet décidé de faire passer la contribution de la branche famille de 50,28 % à 54,50 %⁵⁶ des dépenses totales d'APL, entraînant un surcoût pour la branche de 260 M€ au titre de 2005. Cette décision a été prise après la fin de l'année à laquelle elle s'applique et sans consultation du Parlement alors que l'impact sur le solde de la branche est très significatif : le surcoût de 260 M€ représente 20 % du déficit total de la branche famille en 2005.

55. Assurance vieillesse des parents au foyer, abondement de retraite servi par la branche retraite et financé par la branche famille.

56. L'objectif était d'être plus proche de la réalité, la branche famille finançant en principe les APL versées aux familles avec enfants et l'Etat les APL versées aux autres bénéficiaires.

Chapitre II

Les ressources de la sécurité sociale

PRÉSENTATION

Ce chapitre présente d'abord les ressources des régimes de base et du régime général. Il analyse ensuite la situation des fonds qui doivent concourir au financement des organismes de sécurité sociale : le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA), d'une part, et le fonds de solidarité vieillesse (FSV), d'autre part. Enfin, sont examinées les relations entre l'Etat et les régimes de sécurité sociale nées du remboursement par l'Etat des exonérations de cotisations et des prestations liquidées pour son compte par les organismes sociaux. A ce titre, la fin du chapitre établit le montant des créances détenues par les régimes de sécurité sociale à l'égard de l'Etat.

I - L'évolution des ressources depuis quatre ans

A – Les mesures qui affectent les ressources en 2005

Les ressources des régimes de base ont été principalement modifiées en 2005, au bénéfice de l'assurance maladie et de la CNSA, par les dispositions respectivement des lois du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées. Les mesures sont les suivantes :

- majoration, au profit de l'assurance maladie, du taux de la CSG de 0,7 point sur les revenus du capital, de 0,4 point sur les revenus de remplacement soumis à l'impôt sur le revenu, de 2 points sur les produits des jeux ;
- élargissement de 95 à 97 % de l'assiette de la CSG et de la CRDS applicable aux salariés et aux chômeurs par réduction de la déduction forfaitaire de 5 % à 3 %. Le supplément de CSG est affecté à l'assurance maladie ;
- contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) de 0,03 % affectée à la CNAMTS ;
- augmentation de 21,42 % en 2004 à 32,50 % de la fraction affectée à la CNAMTS des droits de consommation sur les tabacs manufacturés ;
- création d'un prélèvement additionnel de 0,3 % sur les revenus du capital (revenus du patrimoine et de placement) au profit de la nouvelle caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

En outre, à la suite de l'adossement du financement du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG) aux régimes de droit commun, la CNAVTS reçoit, à partir de 2005 et pendant vingt ans, la fraction de la « soulte » relative aux activités régulées. Cette partie de la soulte est financée par la contribution tarifaire d'acheminement (CTA).

Enfin, les trois taxes antérieurement affectées au budget annexe des prestations sociales des non salariés agricoles -BAPSA- (à savoir une fraction du produit de la TVA, le prélèvement sur le droit de consommation sur les alcools, la taxe sur les tabacs manufacturés) ont été supprimées et remplacées par une part, fixée à 52,06 % en loi de finances pour 2005, du produit des droits de consommation sur les tabacs affecté au FFIPSA qui a succédé au BAPSA.

B – Les ressources des régimes de base en 2005

Les ressources des régimes de base en 2005. Prévisions et réalisations (en droits constatés)

En Md€

Catégories de recettes	Réalisations 2004 (1)	LFSS 2005 initiale (2)	Agrégats révisés LFSS 2006	Réalisations 2005 (3)	2005/2004 (3)/(1)	Ecart entre réalisations et LFSS initiale (3)-(2)
Cotisations effectives*	186,5	189,8	189,0	190,9	2,4 %	1,9
Cotisations fictives**	31,6	34,1	33,8	34,2	8,1 %	0,4
Contributions publiques dont : cotisations prises en charge par l'Etat	32,0 19,8	33,0 21,2	31,0 19,0	29,0 16,5	-9,4 % -16,9 %	-2,0 -2,5
Impôts et taxes affectés	67,9	85,4	76,5	78,8	16,1 %	2,3
Transferts reçus	13,2	0,6	14,9	14,8	11,9 %	-0,1
Revenus des capitaux	0,4	1,0	0,4	0,4	-5,9 %	0,4
Autres ressources	3,6	6,7	3,6	4,8	33,3 %	1,2
Total des recettes	335,3	350,5	349,2	352,9	5,3 %	3,7

* Hors cotisations prises en charge par l'Etat. ** Les cotisations fictives représentent la contribution de l'employeur au financement des prestations sociales qu'il fournit directement.

Champ : France entière – Loi de financement de la sécurité sociale

Source : Direction de la sécurité sociale

C – Les ressources du régime général

Les ressources du régime général s'établissent à 260,8 Md€ en 2005, en progression de 5,1% par rapport à 2004. Le produit des cotisations sociales a augmenté de 3,6 % et atteint 153 Md€, soit 58,7 % des ressources. Le produit de la CSG affecté au régime général s'est élevé

à 54,4 Md€, en augmentation de 8,6 %, sous l'effet des mesures adoptées dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie.

Les ressources du régime général

En Md€

	2004	2005	Variation
Cotisations	147,8	153,0	3,6%
- cotisations des assurés	31,3	32,6	
- cotisations des employeurs	116,5	120,4	
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,2	0,3	
Contributions publiques	25,0	23,9	- 4,4%
dont cotisations prises en charge par l'Etat	18,8	17,4	- 1,4%
Impôts et taxes affectés	53,2	61,5	15,6%
dont CSG	50,1	54,4	8,6%
Transferts divers entre organismes de sécurité sociale et assimilés	12,0	13,2	10,0%
Versements de la Cades	1,1		
Autres ressources	8,9	8,9	
(dont reprises sur provisions)	6,9	5,3	
Total des ressources	248,2	260,8	5,1%

Source : Direction de la sécurité sociale. Montants bruts des ressources.

L'ensemble des impôts et taxes affectés progresse de 15,6 % en raison des mesures nouvelles en 2005 (contribution additionnelle à la CSSS et augmentation de la part des droits sur les tabacs affectée à la CNAMTS) et de l'anticipation à fin décembre du versement des taxes tabac de janvier et février. Les droits de consommation sur les tabacs versés à la CNAMTS augmentent ainsi de 1 911 M€ à 3 376 M€. Toutefois, du fait de la stagnation des prix et des volumes observée entre 2004 et 2005, le produit des droits sur les tabacs recouvré par l'Etat est resté stable à 9,2 Md€.

Par ailleurs, le montant des cotisations prises en charge par l'Etat diminue de 1,4 Md€ entre 2004 et 2005. En effet, par anticipation sur la modification du financement des exonérations sociales intervenue au titre de la loi de finances pour 2006, un arrêté du 2 février 2006⁵⁷ prévoit, à titre exceptionnel, le rattachement à l'exercice 2005 de recettes fiscales transférées à partir du 1^{er} janvier 2006 et correspondant aux produits à recevoir afférents aux compensations attendues pour la fin 2005.

57. Pris en application de l'article 56 de la loi de finances.

Enfin, la progression des transferts entre organismes de sécurité sociale a été de 10 % sous l'effet, d'une part, du versement à la CNAVTS en 2005 de la partie de la soulte des IEG correspondant aux activités régulées (287 M€) et, d'autre part, de l'augmentation des transferts en provenance du FSV (+733 M€).

II - Les organismes qui concourent au financement des régimes de sécurité sociale

A – Le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA)

Créé par l'article 40 de la loi de finances pour 2004, le FFIPSA a été substitué au budget annexe des prestations sociales des non salariés agricoles (BAPSA) au 1^{er} janvier 2005. A donc été inscrit dans le bilan d'ouverture du FFIPSA une créance sur l'Etat de 3,2 Md€ correspondant au déficit du BAPSA au 31 décembre 2004. L'article 117 de la loi de finances rectificative pour 2005 a autorisé, à hauteur de 2,5 Md€, le transfert à l'Etat de l'emprunt contracté par la caisse centrale de la mutualité agricole (CCMSA) pour assurer le financement du FFIPSA. Ce transfert réduit d'autant la créance du FFIPSA sur l'Etat mais laisse subsister dans les comptes du fonds une créance nette de 618 M€.

Charges et produits du FFIPSA par section

M€

	Charges	Produits
Maladie-maternité	6 852,0 <i>dont prestations 6 283,4</i>	5 998,4 <i>dont taxes tabac 2 784,5</i> <i>compensation 1 361,0</i>
Résultat		- 853,6
Retraite	8 262,7 <i>dont prestations 8 046,0</i>	7 715,0 <i>dont taxes tabac 2 346,3</i> <i>compensation 4 285,0</i>
Résultat		- 547,7
Famille	557,9	557,9
Total		- 1 401,3

Source : FFIPSA

Du fait de la baisse du nombre de bénéficiaires et de pensionnés, les dépenses d'assurance maladie ont diminué de 2,1 % entre 2004 et 2005 (et ont été inférieures de 200 M€ à la prévision initiale). Les dépenses d'assurance vieillesse sont, quant à elles, restées stables. En revanche, malgré le versement anticipé à fin décembre d'une partie du

produit de la taxe tabac, de l'ordre de 306 M€, ce qui a permis de contenir par ailleurs le déficit de l'exercice à 1,4 Md€, il convient de souligner la diminution des impôts et taxes affectés au FFIPSA par rapport aux années précédentes⁵⁸.

Le déficit annuel étant estimé pour 2006 à 1,7 Md€ et pour 2007 à 1,8 Md€, le FFIPSA présentera une situation nette négative de près de 3,7 Md€ à fin 2006 et de plus de 5,5 Md€ à fin 2007.

Comme la Cour l'a déjà indiqué, le FFIPSA est « une structure dont l'Etat a la responsabilité du rééquilibrage [financier] dans le silence de la loi, car il [le] contrôle »⁵⁹. En conséquence, l'Etat devra faire figurer dans son bilan d'ouverture pour 2006 une provision pour risques et charges du montant de la situation nette du FFIPSA.

Le ministre des finances considère, dans la réponse qui a été apportée en juin dernier au rapport de la Cour sur les comptes de l'Etat⁶⁰ à propos de la situation du FFIPSA et du FSV, que « le postulat selon lequel il revient à l'Etat d'assurer l'équilibre des établissements publics n'apparaît pas établi a priori ». Cette orientation montre que l'Etat n'est pas disposé à régler rapidement et de manière transparente cette question. Elle posera également un problème en matière de certification des comptes de l'Etat, d'une part, et de la sécurité sociale, d'autre part. Si la position de l'Etat devait être maintenue, la CCMSA devrait provisionner sa créance sur le FFIPSA.

Par conséquent et sans remettre en cause l'unité du régime agricole, la Cour recommande la suppression du FFIPSA et la recherche de solutions distinctes pour chacune de ses branches.

B – Le fonds de solidarité vieillesse (FSV)

L'évolution des produits et charges du FSV est retracé dans le tableau suivant :

58. Le produit global de la taxe tabac pour le FFIPSA s'est ainsi élevé à 5 130,8 M€. En 2004, le BAPSA avait reçu 4 814 M€ de taxes tabac plus 775 M€ provenant de la C3S (soit un total de 5 589 M€).

59. Voir le rapport de la Cour sur les comptes de l'Etat, de mai 2006, p. 122.

60. Voir le rapport de la Cour sur les comptes de l'Etat de mai 2006, page 256.

	<i>En Md€</i>			
	2002	2003	2004	2005
Produits	11,0	12,5	13,4	12,5
dont :				
- CSG	9,1	9,3	9,6	9,8
- Prélèvement social de 2 %	0,4	0,4	0,4	0,4
- C3S	0,6	0,9	1,3	0,2
- Transfert CNAF	1,0	1,9	2,0	2,1
- Autres*	/	0,2	0,1	/
Charges	12,4	13,4	14,0	14,6
dont :				
- Prestations prises en charge	5,6	5,7	5,9	6,2
- Cotisations prises en charge	6,6	7,4	7,9	8,3
- Gestion courante	0,1	0,3	0,1	0,1
Solde de l'exercice	- 1,4	- 0,9	- 0,6	-2
Solde cumulé	-0,1	-1,1	-1,7	-3,7

* *Produits exceptionnels*

Source : FSV

Comme l'avait annoncé la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de 2005, le déficit cumulé du FSV a atteint à la fin de l'année 2005 un montant de 3,7 Md€, soit près de 30 % du total de ses ressources.

Les prévisions figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (annexe B) montrent que les prochains exercices seront tous déficitaires, ce qui devrait porter le déficit cumulé du FSV à 8,2 Md€ en 2009.

La Cour constate que les pouvoirs publics n'ont, en aucune manière, pris la mesure de ce problème. Elle ne peut donc que réitérer sa recommandation visant à ce que les modalités d'un retour rapide à l'équilibre du FSV soient prévues dans le PLFSS pour 2007.

Si ce choix n'était pas fait, et parallèlement à la position retenue pour le FFIPSA, la Cour estime que la CNAVTS devrait également provisionner sa créance vis-à-vis du FSV dans ses comptes.

Compte tenu de ce qui précède et afin d'établir sur des bases incontestables les comptes de la branche retraite du régime général et les tableaux d'équilibre de la branche retraite tous régimes, la Cour demande que les ressources nécessaires au rééquilibrage du FSV soient dégagées. A défaut, elle recommande la suppression du FSV.

C – Le fonds de réserve des retraites (FRR)

Les ressources nouvelles affectées au FRR ont poursuivi la décroissance amorcée depuis 2002. En 2005, le fonds a été abondé de 1 529 M€, en diminution de 620 M€ par rapport à 2004. La seule recette pérenne en augmentation est le produit du prélèvement social de 2% sur les revenus du capital. Les excédents de la CNAVTS ont fortement reculé en 2004. Leur reversement a atteint 255 M€ en 2005 contre 946 M€ un an auparavant. Les autres sources de recettes ont disparu ou sont insignifiantes.

Les ressources et le résultat cumulé du FRR

En M€

	2003	2004	2005
Abondements	3 326,4	2 158,0	1 529,3
- Excédent de la CNAVTS (N-1)	1 659,0	945,9	254,6
- Prélèvement social de 2%	1 152,9	1 211,6	1 271,4
- Caisses d'épargne	432,5		
- Contribution de 8,2% (PPESV) et consignations prescrites de la Caisse des dépôts	0,2	0,5	3,2
- Recettes de privatisations			0,1
- Réserves retraite de la CPS Mayotte	81,8		
Produits financiers nets de charges	305,6	342,2	725,1
Résultat cumulé au 31 décembre (hors soulte)	16 445,5	18 945,8	21 200,1

Source : Direction de la sécurité sociale.

L'activation des mandats de gestion en matière d'investissement à partir de la mi-2004 a permis d'augmenter fortement les produits financiers encaissés en 2005. Ceux-ci ont atteint 1 350 M€ à la suite de la réalisation d'importantes plus-values. Après soustraction des charges de gestion administrative et de gestion financière, les produits financiers nets ont doublé entre 2004 et 2005 et s'élèvent à 725 M€ en 2005.

Le FRR s'est vu confier en 2005 la gestion financière d'une partie de la soulte (3 Md€) versée par les entreprises des industries électriques et gazières, à la suite de l'adossement du régime des IEG. Cette somme n'est pas comptabilisée dans le résultat cumulé.

Au 31 décembre 2005, le résultat cumulé s'établit à 21,2 Md€ (hors plus values latentes évaluées à 2,05 Md€), en augmentation de 2,25 Md€ sur un an. Celui-ci équivaut à trois mois des prestations légales vieillesse versées par la CNAVTS en 2005 (hors prestations au titre de

l'adossement des IEG). Il ne représente que 14 % de l'objectif fixé au FRR lors de sa création en 1999 (152 Md€ en 2020).

III - Les relations entre l'Etat et la sécurité sociale

A – Les versements de l'Etat à la sécurité sociale

Les organismes de sécurité sociale versent pour le compte et au nom de l'État des prestations que l'État doit leur rembourser. Ce dernier doit également compenser les pertes de recettes résultant de mesures d'allègement ou d'exonération de cotisations sociales et verser des subventions à certains régimes de sécurité sociale. Le tableau ci-après retrace ces versements pour les trois dernières années, par grands agrégats. Il appelle les commentaires suivants :

- l'augmentation très forte entre 2003 et 2004 des compensations d'exonérations est en partie liée à la suppression du FOREC, qui a conduit à la reprise en charge par l'État de dépenses incombant à ce fonds, et pour le reste à l'incidence de la loi Fillon ;
- la diminution, entre 2003 et 2004, des charges d'intervention s'explique par le transfert du RMI, hors prime de Noël (en 2004 seulement) aux départements ;
- la disparition de la charge liée au financement du BAPSA est liée à la disparition de ce dernier dans les conditions indiquées supra.

Evolution des dépenses à la charge de l'Etat

En M€

Interventions de l'Etat	2003	2004	2005
- Allocation du RMI, prime de Noël versée aux rmistes	5 161	283	0
- Allocation de l'AAH	4 578	4 763	4 924
- Contribution au FNAL	2 948	2 912	3 227
- Contribution au FNAH	2 291	2 241	2 457
- Allocation parent isolé	807	770	895
- Fonds de financement de la CMU	970	1 036	695
- Divers	859	699	671
Total I	17 614	12 704	12 869
Contributions de l'Etat aux régimes de sécurité sociale			
- SNCF	2 315	2 431	2 527
- Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	987	1 012	951
- Financement au BAPSA	523	20	0
- Etablissement national des invalides de la marine	745	778	822
- CANSSM	528	628	576
- Divers	640	625	588
Total II	5 738	5 494	5 464
Compensations de cotisations sociales exonérées			
- Financement formation professionnelle	1 172	1 157	1 167
- Compensation exonérations cotisations	1 103	17 388	16 443
- Action économique	140	238	120
- Divers	25	118	753
Total III	2 440	18 901	18 483
Prestations prises en charge par l'Etat			
- Prestations pensionnés de guerre	185	170	184
- Divers	61	71	67
Total IV	246	241	251
Total Général	26 038	37 340	37 067

Source : Direction générale de la comptabilité publique et organismes sociaux

B – Les créances des organismes de sécurité sociale sur l'Etat

Au 31 décembre 2005, les créances des organismes de sécurité sociale sur l'État s'élevaient à quelque 7 Md€. Le tableau ci-dessous détaille la répartition de ces créances. Les tableaux suivants qui ne concernent que le régime général en retracent l'évolution.

Répartition des créances et des produits à recevoir (PAR) sur l'Etat par régimes bénéficiaires au 31/12/2005

En M€

	Tous régimes de sécurité sociale	Régime général	Régime agricole	Autres régimes
I - Prestations	3 073	3 008	62	3
II – Mesures emploi	3 249	2 233⁶¹	527	487
III – Autres prestations	683		683	
dont FFIPSA	618	0	618 ⁶²	
Total I +II+III	6 938	5 242	1 207	490

Source : ACOSS, CCMSA, CANAM, CNAVPL, ORGANIC, CANCAVA, CANSSM, ENIM, CRPCEN

1 – Les dettes de l'Etat relatives aux prestations versées par le régime général

Le tableau ci-après décrit les principales prestations que divers organismes de sécurité sociale versent pour le compte de l'État ainsi que les prises en charge de cotisations sociales. La situation est arrêtée au 31 décembre en droits constatés. Elle intègre donc les produits à recevoir au titre de l'exercice en cause par l'organisme payeur (qui n'ont pas encore été notifiés à l'État) mais elle ne comprend pas les versements effectués par l'Etat en « journée complémentaire ».

61. Ce montant de 2 233 M€ diffère de celui qui figure dans les comptes de l'ACOSS (3 351 M€). Cet écart s'explique par l'interprétation à donner au passage, en 1998, à une comptabilisation en droits constatés des remboursements d'exonérations de charges sociales mais cet écart est sans incidence sur l'échéancier des règlements de l'Etat. Au 1^{er} janvier 2006 le bilan de l'ACOSS et le bilan de l'Etat devront afficher un montant identique des créances et des dettes réciproques.

62. Ce chiffre n'inclut pas la reprise en janvier 2006 par l'Etat de l'emprunt de 2,5 Md€ contracté par la CCMSA.

**Droits constatés à l'égard de l'Etat au 31 décembre 2005
par branche du régime général**

en M €

	Situation au 31/12/2004	Situation au 31 décembre 2005			
	Ensemble des caisses nationales	Ensemble des caisses nationales	CNAV	CNAM branche AM	CNAF
Allocation de parent isolé	240,6	348,5			348,5
Revenu minimum d'insertion et prime de Noël	316,0	316,4			316,4
Allocation aux adultes handicapés	517,3	602,3			602,3
Aide médicale d'Etat	488,9	680,8		680,8	
CMU complémentaire	186,6	78,7		78,7	
Fonds national de l'habitat	336,7	42,7			42,7
Fonds national de l'aide au logement (dont ALT)	656,3	690,6			690,6
Divers	269,6	247,7	10,6	240,0	-2,9
Total	3012,0	3 007,7	10,6	999,5	1 997,6

Source : Caisses nationales

Les droits sur l'Etat à fin 2005 se sont maintenus au même niveau qu'en 2004. Le seul effort significatif de résorption concerne le FNH. La diminution de la dette à l'égard de la CNAMTS via le fonds CMU, créancier apparent, est liée à la forte diminution des remboursements à la charge de l'État⁶³. Les insuffisances des dotations budgétaires restent importantes pour la plupart des autres postes (AME, API, AAH, FNAL). En raison de la forte dégradation de la situation de trésorerie du régime en cours d'exercice 2005, ces retards ont eu une incidence non négligeable en termes de frais financiers.

63. Cf. infra, chapitre VII, V, B, 1.

2 – Les mesures emploi : le remboursement des allègements de cotisations sociales

L'année 2005 a vu la mise en œuvre de nouvelles mesures d'exonérations liées aux services à la personne, aux organismes d'intérêt général ayant leur siège en zone de revitalisation rurale, à la rémunération des sportifs professionnels, aux pôles de compétitivité, aux contrats d'accompagnement à l'emploi, aux parcours d'accès aux emplois de la fonction publique (en catégorie C), aux contrats d'avenir.

Financées sur crédits budgétaires, ces mesures d'allègement ont en commun de faire l'objet d'une sous-dotation budgétaire récurrente, comme l'illustre pour 2005 le tableau ci-après.

Cette situation est appelée à se modifier partiellement en 2006 du fait de l'affectation aux régimes de sécurité sociale d'impôts et de taxes en remplacement de dépenses d'intervention. Par ordre d'importance, ces ressources affectées sont les suivantes : 95 % de la taxe sur les salaires, la TVA brute collectée par les commerçants en gros de produits pharmaceutiques, la TVA brute collectée par les fournisseurs de tabac, les droits de consommation sur les alcools et d'autres droits indirects, ainsi que la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire. Une clause prévoit qu'au cas où le produit de ces taxes serait insuffisant (à 2 % près⁶⁴), les attributions de produits fiscaux pourraient être modifiées.

64. Soit 300 M€.

**Créances et produits à recevoir liés aux mesures en faveur de l'emploi :
évolution au cours de l'exercice 2005**

En M€

Catégories d'exonérations	Créances et PAR au 31/12/2004	Produits dus par l'Etat en 2005	Produits encaissés par le régime général en 2005	Créances et PAR au 31/12/2005
Mesures d'exonérations autres que relatives aux 35 heures	1 250,8	2 643,8	1 928,4	1 966,2
<i>Exonérations de charges sociales pour l'outre-mer</i>	161,6	880,3	702,7	339,2
<i>Exonérations au profit du secteur textile habillement</i>	289,9	0	0	289,9
<i>Contrats de qualification</i>	147,7	293,8	193,0	248,5
<i>Contrats d'apprentissage</i>	233,9	673,3	542,9	364,3
<i>Autres exonérations*</i>	417,7	796,4	489,8	724,3
Dispositif 35 heures	691,3	14 520,6	14 945,2	266,7
<i>Exonérations de cotisations d'allocations familiales</i>	137,8	0,7	0	138,5
<i>Incitation à la réduction du temps de travail « Aubry I » (loi du 13 juin 1998)</i>	89,2	129,4	240,9	-22,3
<i>Incitation à la réduction du temps de travail « Aubry II »</i>	55,8	10,4	0	66,2
<i>Incitation à l'ARTT (loi Robien du 11 juin 1996)</i>	37,5	45,0	0	82,5
<i>Réduction dégressive de cotisations bas salaires</i>	-186,1**	-11,1	0	-197,2**
<i>Réduction bas salaires (loi Fillon)</i>	557,1	14 346,2	14 704,3	199,0
Total	1 942,1	17 164,4	16 873,6	2 232,9

** La ligne « autres exonérations » correspond à une série de mesures spéciales qui se sont ajoutées au cours des années : contrats initiative-emploi, jeunes entreprises innovantes, contrats de retour à l'emploi, embauche du 2^{ème} au 50^{ème} salarié dans les entreprises situées en zones de revitalisation rurale ou de redynamisation urbaine, dispositif en faveur des 50 premiers salariés des entreprises situées en zone franche urbaine, versements en application de la loi du 26 décembre 1996 relative à la zone franche Corse, dispositif en faveur des hôtels, cafés et restaurants (au titre de l'article L. 241-14 du CSS), exonérations emploi SNCF.

** Créances de l'Etat sur l'ACOSS

Source : ACOSS et Cour des comptes

Le tableau ci-dessus retrace le niveau des droits constatés (créances et produits à recevoir) sur l'Etat des régimes de sécurité sociale

pour l'année 2005. Il est intégré dans le montant cumulé des droits sur l'Etat constatés au 31 décembre 2005⁶⁵.

Il est ainsi constaté un accroissement en 2005 des dettes de l'Etat vis-à-vis des organismes de sécurité sociale.

En outre, un examen plus détaillé permet d'observer que certaines mesures (exonérations pour les jeunes créateurs ou repreneurs d'entreprises, ou, pour le régime agricole, les contrats vendanges) ne donnent lieu à aucun financement dans le budget de l'Etat, contrairement aux dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

Enfin, la Cour rappelle que les dettes anciennes, en partie contestées par l'Etat⁶⁶, représentent un montant de 1 378 M€ (tous régimes). Elles devront être inscrites dans le bilan d'ouverture de l'Etat. A défaut, les organismes de sécurité sociale (CNAMTS, CNAF, ACOSS, CCMSA) devront alors constater une perte dans leur compte de résultat de 2006.

*

* *

Au total, la Cour constate une nouvelle fois que la situation en fin d'exercice fait apparaître des dérives critiquables :

- l'accroissement régulier des dettes de l'Etat du fait d'une insuffisance chronique de dotations budgétaires destinées à financer les prestations versées en son nom ou à compenser les exonérations de cotisations sociales ;

65 . Ainsi, à titre d'illustration, pour les mesures d'exonération autres que celles liées aux 35 heures, l'ACOSS avait constaté, au 31 décembre 2004, 1 250,8 M€ de produits. Il s'en est ajouté courant 2005, y compris les produits à recevoir nés au cours de l'exercice, mais non encore notifiés au 31 décembre, pour 2 643,8 M€, soit un cumul de 3 894,6 M€. Après déduction des versements reçus en 2005, quelle qu'en soit l'année budgétaire d'imputation, soit 1 928,4 M€, on aboutit à un solde de 1 966,2 M€ au 31 décembre 2005.

66. Cette question avait donné lieu en janvier-mars 2003 à un échange de lettres entre l'ACOSS et les tutelles relatif au provisionnement de diverses créances de l'ACOSS sur l'Etat, dont le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004 s'était fait l'écho (pp. 109-110). La Cour avait souhaité que « l'examen conjoint entre les différents services ministériels concernés » évoqué dans la réponse de la DSS soit mené rapidement. A ce jour, cette question demeure pendante. Elle doit impérativement être réglée dans le cadre du bilan d'ouverture de l'Etat au 1^{er} janvier 2006.

- une confirmation de la tendance à reporter vers des organismes aux ressources insuffisantes ou incertaines les impasses financières liées à l'écart désormais structurel des charges et des produits ;
- un enchevêtrement, au fil des ans, des sources de financement et des situations débitrices de l'Etat, par lequel ce dernier a accru l'opacité du tableau d'ensemble des multiples déficits qu'entraîne l'insuffisance des ressources de la sécurité sociale.

RECOMMANDATIONS

7. *Prévoir les crédits budgétaires ou les ressources fiscales nécessaires au financement des prestations et aux remboursements des exonérations de cotisations sociales à la charge de l'Etat.*

8. *Apporter les ressources nécessaires au rééquilibrage du régime des exploitants agricoles et supprimer le FFIPSA.*

9. *Apporter les ressources nécessaires au rééquilibrage du FSV. A défaut, supprimer ce fonds.*

Chapitre III

Les résultats et le financement des déficits

PRÉSENTATION

Ce chapitre rend compte des résultats financiers des régimes de sécurité sociale ainsi que du financement du solde de trésorerie de ces régimes et de leurs déficits.

Pour la deuxième année consécutive, toutes les branches du régime général sont déficitaires, mais le déficit global du régime est réduit de 13,2 Md€ à 11,6 Md€ en 2005 grâce au début de redressement enregistré par la branche maladie.

Toutefois, compte tenu des déficits du FSV et du FFIPSA, le besoin global de financement des organismes de base de sécurité sociale (tous régimes confondus) et des fonds qui concourent à leur financement fait apparaître une dégradation : 14,4 Md€ en 2005 (contre 14,2 Md€ en 2004), soit 4% des ressources de l'ensemble des régimes.

La reprise de 6,6 Md€ de déficit de la branche maladie par la CADES a permis de maintenir les besoins de trésorerie du régime général dans la limite du plafond d'avances de 13 Md€ voté par le Parlement. Toutefois, fin 2005, la trésorerie de l'ACOSS était à nouveau déficitaire de 6,9 Md€.

Dans ce contexte, ce chapitre examine les modalités de financement des déficits par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et aborde la question du financement des déficits futurs.

I - Les résultats financiers

A – Les résultats du régime général

Comme l'année précédente, toutes les branches du régime général ont été déficitaires en 2005. Hors opérations exceptionnelles ayant affecté les résultats 2004, les branches AT-MP, famille et retraite accusent une nouvelle dégradation, particulièrement sensible pour les deux dernières. En revanche, la branche maladie amorce un redressement et réduit son déficit de plus de 12 Md€ à 8 Md€. Ce redressement a permis de diminuer le déficit du régime général qui passe de 13,2 Md€ en 2004 à 11,6 Md€ en 2005, soit le niveau atteint en 2003.

	2004	2005
Maladie	- 12 288	- 8 009
AT – MP	- 315	- 438
Famille	- 561	- 1 315
Retraite	- 75	- 1 876
Total régime général	- 13 240	- 11 638

Source : Cour des comptes

B – Les résultats consolidés des régimes obligatoires de base et des fonds de financement

Du fait de l'amélioration des résultats du régime général et des régimes des indépendants, le déficit des régimes obligatoires de base s'est légèrement réduit de 12,8 Md€ en 2004 à 11,0 Md€ en 2005. En revanche, du fait de la forte dégradation des résultats du FSV et du FFIPSA, le besoin global de financement est légèrement supérieur en 2005 à celui de 2004 : 14,4 Md€ contre 14,2 Md€. Il représente en 2005 4% des ressources de l'ensemble des régimes.

En M€

	2004	2005
Régime général	- 13 240	- 11 638
dont :		
CNAM	- 12 288	- 8 009
CNAM AT-MP	- 315	- 438
CNAVTS	- 75	- 1 876
CNAF	- 561	- 1 314
Régimes spéciaux	435	304
Régimes agricoles	19	22
dont exploitants agricoles	- 124	- 134*
Régimes des non agricoles	- 51	307
dont :		
CANAM	- 160	309
ORGANIC	- 12	- 45
CANCANA	39	32
Ensemble des régimes de base	-12 836	- 11 005
FSV	- 640	- 2 005
BAPSA (2004), FFIPSA (2005)	- 715	- 1401
Besoin global de financement	- 14 190	- 14 411

Source : Cour des comptes

* Le résultat du régime des exploitants agricoles tient compte, outre des problèmes résiduels de périmètre, d'un produit à recevoir du FFIPSA de 818 M€ et de l'impact de la T2A sur le calcul de la dotation aux provisions pour prestations évalué à 550 M€.

II - La situation de trésorerie de l'ACOSS en 2005

A – Les plafonds de découvert autorisés en 2005

L'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a autorisé cinq régimes obligatoires de base à « couvrir leurs besoins de trésorerie par des ressources non permanentes » dans les limites suivantes :

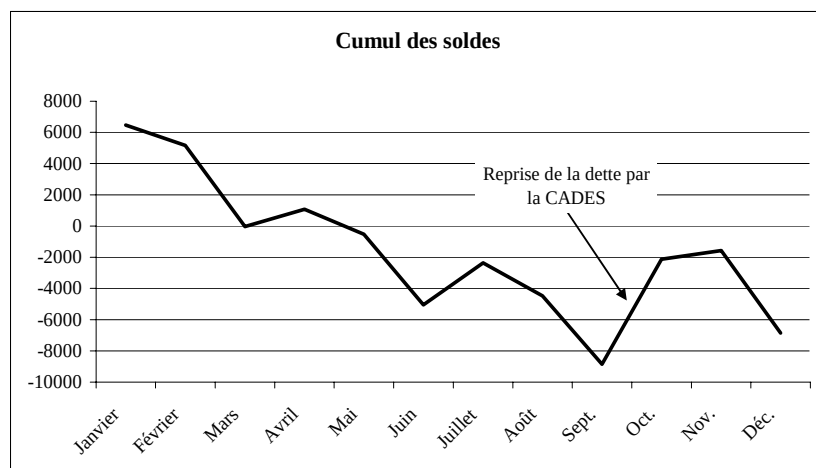
Régime général	13,0 Md€
Régime des exploitants agricoles	6,2 Md€
CNRACL	0,5 Md€
CANSSM	0,2 Md€
Caisse nationale des industries électriques et gazières	0,5 Md€

Source : LFSS pour 2005

B – La situation de trésorerie de l'ACOSS

Compte tenu de la reprise de dette par la CADES intervenue en 2004, la trésorerie de l'ACOSS présentait début janvier 2005 une situation positive de 3,4 Md€. En dépit d'une nouvelle reprise de dette de 6,6 Md€ intervenue fin septembre, elle a terminé l'année 2005 avec un solde négatif de 6,9 Md€ ramené à un solde positif de 115,6 M€ grâce à une avance de trésorerie de la caisse des dépôts et consignations de 7 Md€.

Sur l'ensemble de l'année, la trésorerie n'a été positive que 159 jours (surtout en début d'année) et a été négative 206 jours. Compte tenu du faible nombre de mois où les encaissements excèdent les tirages, de l'importance des excédents des tirages sur les encaissements, le cumul des soldes aboutit à une dégradation constante. Sans l'intervention de la CADES, le découvert aurait dépassé de 463 M€ le plafond autorisé de 13 Md€.



Source : ACOSS

Produits et charges financiers sont inégalement répartis entre les branches. La branche famille, bien que déficitaire sur la totalité de l'exercice, a souvent connu des excédents de trésorerie et bénéficie donc de produits financiers nets. En revanche, la branche maladie et, surtout, la branche retraite (qui n'a pas bénéficié de la reprise de déficits par la CADES), sont quasi constamment déficitaires. Les frais financiers générés contribuent à dégrader leur résultat.

Montant net des intérêts versés ou reçus par les différentes branches du régime général

En M€

	2002	2003	2004	2005
Maladie	- 306,8	- 377,1	- 469,8	- 55,8
AT	+ 62,0	+ 42,9	+ 26,1	+ 11,4
Famille	+ 120,1	+ 111,1	+ 97,3	+ 82,1
Vieillesse	+ 71,8	+ 43,3	- 5,7	- 91,2
Total des branches	-52,9	- 179,8	- 352,1	-53,5
Compte ACOSS⁶⁷	67,3	- 122,7	- 280,0	- 7,4
Versé au FNGA	120,7	57,1	72,1	46,1

Source : ACOSS

Le taux EONIA, qui sert de base au calcul des intérêts débiteurs et créditeurs⁶⁸, a augmenté au cours de 2005, passant de 2,08 % en janvier (et même 2,06 % en février) à 2,26 % en décembre. Cette augmentation devrait se poursuivre et accroître les frais financiers.

Même à taux EONIA constant, la situation très dégradée à fin décembre 2005 devrait entraîner un doublement des charges financières en 2006.

III - Le financement des déficits

La dégradation des comptes du régime général à partir du début des années quatre vingt dix et l'absence des mesures permettant de les redresser ont entraîné le recours à des emprunts de long terme pour financer les déficits. C'est à cette fin qu'a été créée la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) en 1996.

67. En application de l'article R. 255-7 du code de la sécurité sociale, la différence entre, d'un côté, les intérêts débiteurs et créditeurs résultant de la gestion quotidienne de la trésorerie de chaque branche et, de l'autre, la masse des intérêts issus de la gestion de la trésorerie d'ensemble du recouvrement, vient en déduction des contributions de la CNAMTS, de la CNAF et de la CNAVTS au fonds national de gestion administrative du recouvrement. Ainsi en 2005, la somme des intérêts débiteurs et créditeurs des quatre branches fait apparaître à leurs dépens une charge financière globale de 53,5 M€, alors que la charge débitrice de l'ACOSS n'a été que de 7,4 M€. La différence a été un produit de 46,1 M€ pour le FNGA.

68. Les intérêts en faveur de la sécurité sociale sont calculés à hauteur de 15/16^{ème} du taux EONIA (European OverNight Index Average) ; ceux que la sécurité sociale verse à la CDC à hauteur de 5/4 de ce même taux. Soit, au taux EONIA de 2,06 %, respectivement 1,93125 % et 2,575 %.

A – Le financement des déficits par la CADES

La caisse des dépôts et consignations effectue les avances de trésorerie nécessaires à la couverture des découverts qui naissent en cours d'année des décalages entre les encaissements et les décaissements. Un plafond d'avances est voté annuellement par le Parlement. L'ACOSS n'étant pas autorisée à recourir à des emprunts à plus d'un an, le bon fonctionnement de ce système d'avances suppose, qu'en cas de déficit, les décisions soient prises rapidement pour assurer le rééquilibrage des comptes.

De la fin des années 60 jusqu'au début des années 90, la croissance tendancielle plus rapide des dépenses que des recettes s'est traduite par une succession, à intervalles réguliers, de plans de redressement. Exceptionnellement, dans l'attente des mesures destinées à rééquilibrer les comptes des régimes de sécurité sociale, les pouvoirs publics autorisaient l'ACOSS à recourir à des mesures transitoires : avances du trésor public et prêt exceptionnel de la caisse des dépôts et consignations.

La récession de 1992 a créé une situation nouvelle pour les régimes de sécurité sociale. La chute brutale des recettes a entraîné des déficits sans précédent que les mesures habituelles de redressement n'ont pas été en mesure de résorber. Fin 1993, devant un déficit cumulé de 110 MdF (16,7 Md€), l'article 105 de la loi de finances pour 1994 avait prévu de le faire reprendre par l'Etat. En l'absence d'un véritable plan de redressement et en raison de la croissance toujours vive des dépenses d'assurance maladie, les régimes de sécurité sociale n'ont pu être rééquilibrés. Fin 1995, l'ACOSS a dû à nouveau faire face à un déficit cumulé de près de 21 Md€ (137 MdF) et solliciter un prêt exceptionnel de la caisse des dépôts.

1 – L'activité de la CADES

a) La création de la caisse

C'est dans ce contexte que la CADES a été créée par l'ordonnance du 24 janvier 1996 pour assurer l'amortissement de 18,3 Md€ au titre des déficits des exercices 1994 et 1995, auxquels ont été ajoutés 2,5 Md€ au titre du déficit prévisionnel de 1996. L'article 4-IV de l'ordonnance de 1996 a également fixé à la CADES la mission de verser à l'Etat 1,91 Md€ par an, pendant 13 ans, au titre du remboursement des charges d'intérêt et de l'amortissement du principal de la dette du régime général reprise par l'Etat à la fin de 1993.

La création de la CADES devait permettre d'étaler sur une période de 14 ans le financement des déficits accumulés grâce à l'affectation d'une ressource, la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et en l'autorisant à recourir à une gamme large d'instruments de refinancement.

La volonté des pouvoirs publics fut d'isoler la dette sociale, ainsi que la contribution exigée des contribuables et d'exclure, dès l'origine, un dispositif à usage permanent.

Deux raisons expliquent cette décision : d'une part, la notion de dette sociale est une anomalie au regard des principes des finances publiques⁶⁹, d'autre part, le cantonnement des déficits dans une structure dédiée à son amortissement et dotée d'un impôt affecté, créé à cette fin, était censé avoir un effet vertueux de responsabilisation des comportements.

b) Les charges croissantes de la caisse

La dette reprise par la CADES en 1996 était de 44,6 Md€. Fin 2006, elle atteindra près de 110 Md€. La croissance des charges de la CADES a trois sources :

- le refinancement permanent des découverts de l'ACOSS

D'exceptionnel, le refinancement par la CADES est devenu au fil des décisions de pouvoirs publics un mode récurrent de reprise des déficits non résorbés par des mesures de redressement. Deux nouvelles opérations sont intervenues en 1998 au titre des exercices 1996 et 1997 (11,4 Md€) et à titre prévisionnel pour 1998 (1,8 Md€). La loi du 13 août 2004 a prévu le transfert des déficits cumulés de la branche maladie du régime général pour 2003 et 2004 dans la limite de 35 Md€ et, pour 2005 et 2006, dans la limite de 15 Md€. Les déficits de la branche maladie du régime général ont été de 0,77 Md€ en 1999, 1,36 Md€ en 2000, 2,06 Md€ en 2001, 11,1 Md€ en 2003, 11,6 Md€ en 2004 et 8 Md€ en

69. Voir le rapport de la Cour de juin 2006 sur la situation et les perspectives des finances publiques, p. 92 : « La dette sociale constitue une anomalie des finances publiques françaises. Elle contrevient à la « règle d'or » qui réserve l'emprunt au financement des dépenses d'investissement ».

2005⁷⁰. La reprise des déficits de la branche maladie du régime général a donc concerné tous les exercices depuis 1996.

- l'accélération des versements à l'Etat

L'ordonnance de 1996 avait mis initialement à la charge de la CADES 13 versements à l'Etat. La loi de finances pour 2002 a remplacé les sept derniers par quatre versements de 3 Md€ en 2002, 2003, 2004 et 2005. Les versements à l'Etat ont été de 23,3Md€ sur la période 1996-2005⁷¹. Le remboursement du principal a assuré pendant neuf ans au budget de l'Etat une recette exceptionnelle alors même que la reprise de la dette de l'ACOSS envers la caisse des dépôts a été financée par des moyens de trésorerie, sans inscription de charges dans le budget de l'Etat. Cette dissymétrie dans le traitement comptable de cette opération a été critiquée par la Cour⁷².

- les versements aux organismes de sécurité sociale

En dehors du versement de 457 M€ effectué à la CANAM pour les déficits de 1995 et 1996, les lois de financement de la sécurité sociale pour 2003 et 2004 ont mis à la charge de la CADES plusieurs versements répartis entre la CNAMTS, la CNAF et la CNAVTS qui ont eu pour objet de solder les dettes du FOREC, à l'égard de ces régimes, relatives aux exonérations de sécurité sociale. Deux sont intervenus en 2003, d'une part aux branches du régime général pour un montant de 1,096 Md€ et d'autre part à divers régimes de sécurité sociale pour un montant de 0,2 Md€. Un versement a été effectué en 2004 aux branches du régime général pour un montant de 1,097 Md€.

Le tableau ci-après récapitule les passifs pris en charge par la caisse depuis 1996.

70. Pour 2005, le décret du 5 octobre a fixé à 8,3 Md€ le montant du transfert de la CADES à l'ACOSS. Néanmoins, le versement effectif a été inférieur à ce montant de 1,69 Md€. En effet, la loi du 13 août 2004 avait fixé à 35 Md€ la limite des versements de la CADES (cumul prévisionnel des résultats comptables). Or le déficit cumulé à la fin de 2004 n'a été que de 33,31 Md€. Le versement de 35 Md€ a donc été affecté à hauteur de 1,69 Md€ (35-33,31) à la reprise du déficit de 2005 et le versement pour 2005 a été en conséquence ajusté à la baisse (8,3-1,69=6,6).

71. Ce montant est représentatif des annuités de remboursements à l'Etat de l'emprunt de 16,7 Md€ représentant la partie des déficits antérieurs à 1993 non apurée à fin 1995 par le FSV. Ces remboursements se sont échelonnés entre 1996 et 2005 inclus. Ils comprennent donc le capital et les intérêts.

72. Voir le rapport de la Cour sur les résultats et la gestion budgétaire de mai 2006, p. 210.

Passifs repris par la CADES depuis 1996

Md€

Année de reprise de dette	1996	1998	2003	2004	2005	2006 **	Total au 31/12/006 **
Régime Général	20,8	13,26		35,0	6,6	6,7	82,4
Etat*	23,38						23,38
CANAM	0,45						0,45
Champ FOREC			1,28	1,09			2,37
TOTAL	44,63	13,26	1,28	36,09	6,6	6,7	108,6

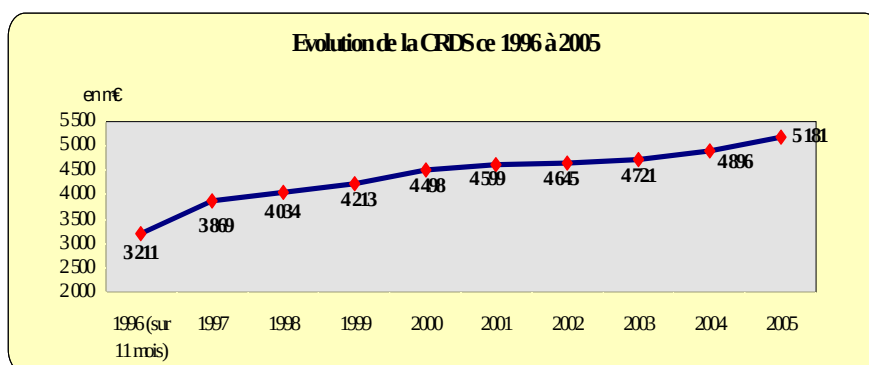
* La dette prise en charge par la CADES a été amortie par la caisse sans inscription au passif de son bilan. Les charges annuelles étaient retracées au compte de résultat et les versements restant à effectuer mentionnés hors bilan.

**Montants prévisionnels.

Source : CADES

2 – L'évolution de la situation financière de la CADES

En dehors d'une modification de son assiette en 2004 (qui est passée de 95 % à 97 % des revenus) la progression de la CRDS⁷³ résulte uniquement de la dynamique des revenus. De 1996 à 2005, le produit de la CRDS a augmenté de 61,4 %.



Or, dans le même temps, la dette à amortir a été multipliée par 2,4 et la CADES a eu à financer des charges croissantes d'intérêt. En outre, du fait des différents remboursements imposés à la CADES, notamment l'accélération des versements à l'Etat, les résultats de la gestion (somme du produits net bancaire et des produits et charges d'exploitation) se sont

73. Son taux est resté stable depuis 1996 (0,5 %).

fortement dégradés, passant d'un excédent de 1,14 Md€ en 2000 à un résultat négatif de 400 M€ en 2005.

Résultats de la CADES 2000-2005

En Md€

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
I – Produit net bancaire (coût du refinancement- produits de trésorerie)	-1,46	-1,56	-1,44	-1,43	-1,55	-2,55
II – Produits et charges d'exploitation non bancaires (CRDS- versements à l'Etat et aux organismes de sécurité sociale)	2,6	2,73	1,66	0,44	0,80	2,18
Total	1,14	1,17	0,22	-0,99	-0,75	-0,37

Source : ACCT. Tableau Cour des comptes

De son côté, la situation nette qui était encore de -30 Md€ en 2003 a plus que doublé en 2005 pour passer à -72,7 Md€ en 2005.

En outre, l'absence de mesures d'accroissement des recettes s'est traduite mécaniquement par une dégradation du ratio ressources/situation nette qui est passé de 15 % en 1996 à 6,4 % en 2004.

A compter de 2006, la fin du versement à l'Etat devrait améliorer sensiblement le résultat (estimé à 2,3 Md€ pour 2006), donc la part des ressources affectées à l'amortissement. Néanmoins, compte tenu de l'accroissement sensible de la charge d'intérêts des emprunts contractés par la caisse (2,9 Md€ par an en moyenne sur la période 2005-2009 contre 1,4 Md€ sur la période 1996-2004), le niveau d'amortissement de la dette devrait décroître jusqu'en 2008 (2,57 Md€ par an en moyenne sur la période 2005-2009 contre près de 3 Md€ sur la période 1996-2004).

3 – Les conséquences de la loi organique du 2 août 2005

L'ordonnance de 1996 avait créé la CADES pour une durée de 13 ans et un mois. L'extinction de la dette sociale aurait donc dû avoir lieu le 31 janvier 2009. En contrepartie de nouveaux transferts de déficits décidés pour 1997 et 1998, la durée de vie de la CADES a été allongée de cinq ans et son terme repoussé ainsi au 31 janvier 2014. La loi du 13 août 2004 a mis fin à toute durée déterminée puisque désormais l'existence de la CADES est acquise jusqu'à « l'extinction des missions mentionnées à l'article 4 » de l'ordonnance de 1996.

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale comporte deux dispositions importantes relatives à la dette de la sécurité sociale :

- d'une part, l'article premier (LO. 111-3 du code de la sécurité sociale) dispose que la LFSS « détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base ». Cette disposition permet d'intégrer la CADES dans le champ des lois de financement ;
- d'autre part, l'article 20, prévoit désormais que « tout nouveau transfert de dette à la caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale⁷⁴ ». Cet article n'interdit pas en soi le transfert d'un déficit à la CADES. Il indique que ce transfert doit s'accompagner d'une augmentation des ressources (hausse de la CRDS ou apport d'autres ressources) permettant de maintenir inchangée la date d'achèvement des missions de la CADES⁷⁵ après les reprises 2004, 2005 et 2006.

74. Dans sa décision n° 2005-519 du 29 juillet 2005, le Conseil constitutionnel, considérant que cette disposition « trouve son fondement dans l'habilitation conférée à la loi organique par le vingtième alinéa de l'article 34 de la Constitution en vertu duquel « les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique », a conféré à cet article un niveau organique. S'il s'est inscrit dans le droit fil de sa jurisprudence antérieure selon laquelle toute reprise de dette diminue les charges financières des régimes et, à ce titre, trouve sa place dans une LFSS (DC n° 98-104 du 18 décembre 1998), le Conseil intègre désormais directement les dépenses de remboursement de la dette sociale dans le champ de l'équilibre de la sécurité sociale.

75. Cette date n'est plus opposable depuis la loi du 13 août 2004. Elle est estimée par la caisse dans ses travaux de simulation et s'échelonne entre 2020 et 2028.

Toutefois, en l'absence de terme explicitement défini, l'estimation du niveau de ressources nécessaires ainsi défini peut être divergente selon la prévision du taux de croissance de l'économie ou la corrélation entre le taux de croissance du PIB et le rendement de la CRDS. En outre, en l'absence de borne fixée par la loi, la date précise de terminaison ne peut être connue. Néanmoins, ces dispositions constituent un progrès par rapport aux pratiques passées, le principe d'une hausse de la ressource affectée à la CADES devant limiter son report dans le temps.

B – La couverture des besoins de financement

Depuis la loi organique du 2 août 2005, les lois de financement de la sécurité sociale doivent contenir pour l'année de la loi et les trois années suivantes un tableau des objectifs de dépenses et des prévisions de recettes (et donc du solde) de chacune des branches des régimes et des fonds concourant à leur financement⁷⁶. Ces tableaux font apparaître jusqu'en 2009 (terme de la prévision) tant pour les régimes de base que pour le régime général une situation financière constamment déficitaire.

1 – Des prévisions de déficits cumulés considérables

La reprise par la CADES des déficits ayant été limitée à celui de la seule branche maladie du régime général, le déficit cumulé (toutes branches et fonds confondus) est estimé à 16 Md€ à la fin de 2006.

76. Annexe B de la LFSS pour 2006.

**Besoin de financement du régime général et des fonds de financement
2004-2006 hors branche maladie**

En Md€

	2004*	2005*	2006 prévisions	Besoin de financement
Vieillesse	0,3	-1,9	-1,4	-3,3**
Famille	-0,4	-1,3	-1,2	-2,9
AT-MP	-0,2	-0,4	-0,2	-0,8
FSV	-1,75	-2	-1,5	-5,25
FFIPSA	-3,2 (dette BAPSA)	-1,4	-1,7	-3,8***
Total				-16,05

* Chiffres définitifs 2004 et 2005

** Le résultat de 2004 a été affecté au FRR.

*** Le montant de 3,8 Md€ s'explique par la reprise de 2,5 Md€ par le budget de l'Etat (LFR pour 2005).

Source : LFSS pour 2006 pour la colonne 2006. Tableau Cour des comptes

En l'absence de toute mesure nouvelle de redressement, les tableaux annexés à la LFSS font apparaître des besoins de financement sur la période 2007-2009 qui pourraient atteindre 21 Md€.

**Besoin de financement du régime général et des fonds de financement
2007-2009**

En Md€

	2007	2008	2009	2007-2009
Maladie	-3,5	-1,7	0,6	-4,6
AT-MP	-0,1	0,1	0,1	0,1
Famille	-1,2	-0,8	-0,3	-2,3
Vieillesse	-1,7	-1,8	-2,2	-5,7
FSV	-1,4	-1,1	-0,5	-3,0
FFIPSA	-1,8	-1,8	-1,9	-5,5
Total				-21,0

Source : LFSS pour 2006. Tableau Cour des comptes

Fin 2009, les besoins 2004 – 2009 s'établiraient ainsi à 37,05 Md€ pour le régime général et les fonds de financement⁷⁷, soit un montant du même ordre que ceux des déficits de 1993 et 1995 (37,7 Md€) qui ont conduit les pouvoirs publics à créer la CADES.

77. Le besoin de financement de l'ensemble des régimes de base se monterait, selon les tableaux annexés, à près de 44 Md€.

2 – L'absence de ressources permanentes

La loi organique, reprenant en cela des dispositions antérieures, dispose que la loi de financement « arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources⁷⁸ ». La référence à des besoins de trésorerie et la détermination de leurs limites sont justifiées par l'obligation légale d'équilibre financier des régimes. Cependant, les notions de « ressources non permanentes » et de « besoins de trésorerie » n'ont été précisées ni par les textes ni par le Conseil constitutionnel dans ses décisions sur les LFSS.

La fixation récente des plafonds d'avances à des niveaux élevés dépasse largement les seuls besoins de trésorerie. Ainsi, alors que de 1998 à 2002, les plafonds autorisés n'ont pas dépassé 4,4 Md€ chaque année, ce plafond a été fixé à 12,5 Md€ (relevé à 15 Md€) en 2003, 33 Md€ en 2004⁷⁹, 13 Md€ en 2005 et 18,5 Md€ pour 2006.

Ces niveaux reflètent une interprétation extensive de la notion de trésorerie qui, au-delà des décalages infra annuels entre les encaissements des recettes et les paiements des prestations, vise à couvrir d'une part, la contraction des ressources pouvant résulter du caractère cyclique de l'évolution de la masse salariale et, d'autre part, les déficits non résorbés en fin d'année qui se trouvent ainsi reportés sur la trésorerie de l'exercice suivant. L'inclusion de ces deux composantes dans les besoins de trésorerie, alors que leur montant devra à un moment ou à un autre être couvert par des ressources permanentes, est abusive et fausse la perception des besoins de financement.

Cette situation a trois conséquences directes :

- d'abord, le découvert très élevé de l'ACOSS, résultant de ces déficits cumulés, entraîne de très importants frais financiers (près d'1,5 Md€ pour la branche maladie pour les exercices 2001 à 2005).

78. LO. 111-3.

79. L'importance du plafond 2004 (33 Md€) s'explique par le fait que l'ACOSS a terminé l'année 2003 sur un découvert de trésorerie de 14 Md€.

Charges financières de la CNAMTS 2001-2005 (en Md€)

	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Branche maladie du régime général	-255,9	-306,8	-377,1	-469,8	-55,8	1465,4

Source : ACOSS

- ensuite, elle montre que l'obligation pour les établissements publics en charge de la gestion d'une branche du régime général d'assurer l'équilibre financier de la branche⁸⁰ n'est pas respectée. Ce régime juridique, issu des ordonnances de 1967, est depuis longtemps caduc.
- enfin, en augmentant les déficits à financer, elle rend plus difficile la mise en place de mesures de redressement autres que les transformations successives du découvert bancaire de l'ACOSS en endettement à long terme.

Les textes organisant le financement du solde des régimes de sécurité sociale apparaissent ainsi déconnectés de la réalité. Depuis plus d'un quart de siècle, les établissements publics en charge des branches du régime général n'ont jamais été en mesure d'assurer l'équilibre financier de leur branche.

Le recours à des mesures de trésorerie pour financer des découverts relevant de ressources permanentes n'a fait que différer les réformes nécessaires. Il a permis de ne pas faire apparaître dans la loi de financement de la sécurité sociale les vrais besoins de financement. Si, depuis la loi organique du 2 août 2005, la LFSS fait apparaître les soldes des régimes et des fonds, elle ne prévoit toujours pas les ressources permanentes à affecter au financement de ces soldes lorsqu'ils sont déficitaires.

*

* *

Deux conclusions peuvent être tirées de l'analyse des modalités de financement du solde du régime général.

A l'horizon 2009, les besoins de financement du régime général et des fonds de financement, tels que résultant des prévisions de la LFSS, sont considérables (37 Md€ pour le régime général et les fonds de financement). La multiplication de déficits non financés pose la question du financement en dernier ressort de la sécurité sociale. La résorption de

⁸⁰ Articles L. 351 et R. 251-3, 251-15, 251-24 du code de la sécurité sociale.

ces déficits impliquera tout à la fois des efforts accrus en matière de maîtrise des dépenses et une hausse des prélèvements⁸¹, quelle que soit la solution retenue (transfert à la CADES ou apport de ressources aux régimes et fonds concernés).

Afin de poursuivre dans la voie ouverte par la loi du 2 août 2005, il serait opportun de limiter les avances de trésorerie à la seule couverture du besoin de trésorerie défini strictement par les décalages infra annuels entre les encaissements et les décaissements. Cette décision aurait le mérite de faire apparaître plus nettement la réalité exacte des besoins de financement pour chaque exercice. La situation financière de la sécurité sociale serait rendue ainsi plus transparente et la question de son équilibre financier pourrait alors être posée de manière appropriée.

RECOMMANDATION

10. Limiter le plafond des avances à la couverture des seuls besoins de trésorerie.

81. Il est rappelé qu'un point de CSG rapporte environ 9 Md€ par an.

Chapitre IV

Les contrôles effectués sous l'autorité de la Cour des comptes

I - Les contrôles des COREC

PRÉSENTATION

En application de l'article LO.132-3 du code des juridictions financières, la Cour présente chaque année une synthèse des rapports et avis émis par les comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC). Ces comités, placés sous la surveillance de la Cour, réunissent, sous la présidence des trésoriers payeurs généraux de région, les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les chefs des services régionaux de l'inspection du travail et de la protection sociale (SRITEPSA). Ils ont encore constitué en 2005 un instrument essentiel de contrôle externe des organismes de sécurité sociale.

Les modalités du contrôle exercé pour ces organismes sont en train d'évoluer à la suite du renforcement des dispositifs de contrôle interne mis en place par les organismes tête de réseau, d'une part, et de l'entrée en vigueur à partir de 2007, d'opérations de certification des comptes, d'autre part. La Cour et les administrations partenaires des COREC ont été ainsi conduites à envisager de nouvelles modalités de collaboration en vue de maintenir une forme de contrôle sur les organismes de sécurité sociale et de constituer un réseau d'alerte permettant de mieux cibler les contrôles.

A – Les contrôles effectués en 2005

1 – Le nombre et la diversité des organismes soumis au contrôle

Les COREC exercent leur contrôle périodique sur l'ensemble des organismes de sécurité sociale, leurs groupements et les organismes qui gèrent par délégation un régime obligatoire (notamment les organismes conventionnés pour les travailleurs indépendants).

Les organismes recensés au 1er janvier 2006

	Organismes de sécurité sociale	Organismes de regroupement de caisse	Organismes conventionnés
UCANSS	1		
CRAM-CRAV et instance de gestion Alsace-Moselle	18		
CPAM	128		
CAF	123		
URSSAF	101		
Unions et fédérations*		98	
CGSS+ CSS Mayotte et CPS St Pierre et Miquelon	6		
SLM-SLI (mutuelles)			38
Total régime général	513		
URCAM		22	
Régime agricole**	69	55	
Total régime agricole	124		
Régime des non salariés***	95		169
Total régime des non salariés	264		
Régimes spéciaux			
Régime minier	23		
Régime des industries électrique & gazières****	107		
Autres régimes spéciaux et particuliers*****	18		

Source : DSS

*dont UGECAM, CERTI, CRFP, CTI, CNEDI.

** dont 1 caisse nationale. 22 caisses locales étant organisées en 9 fédérations, ces 9 fédérations sont incluses dans la colonne « organismes de regroupement de caisses »

*** dont 3 caisses nationales (CANCANA, ORGANIC, CANAM).

A la date de création du RSI, il y aura 30 caisses de base et 1 caisse nationale, soit 31 organismes de sécurité sociale contre 95 actuellement.

**** dont 1 caisse nationale des industries électriques et gazières mise en place en 2005.

***** création d'une nouvelle caisse de retraite RATP au 1/1/06.

Un effort sensible d'adaptation de certains réseaux aux nouvelles conditions techniques et démographiques a été engagé :

- en 2005, le mouvement de regroupement des caisses de MSA s'est accéléré, avec la création de huit nouvelles caisses pluri-départementales regroupant 21 caisses de MSA ;
- de même, pour la gestion du risque maladie des professions indépendantes, le nombre d'organismes conventionnés (OC) a diminué du fait de la décision des mutuelles du Mans et des AGF de transférer en 2005 leurs activités à ce titre à la réunion des assureurs maladie (RAM) ;
- la constitution du régime social des indépendants (RSI) va s'accompagner, à partir de juillet 2006, d'une fusion de trois caisses nationales (CANAM, ORGANIC et CANCAVA) et d'une réduction de 92 à 30 du nombre de caisses régionales qui constitueront le réseau du nouveau régime unique ;
- en fin d'année 2006, le régime minier devrait adopter une nouvelle organisation de son réseau. Cette réforme prévue par un décret de novembre 2004 doit se traduire par la disparition des unions régionales et des caisses locales remplacées par sept caisses régionales.

Par comparaison la stabilité de la structure des organismes du régime général est frappante.

2 – Les contrôles réalisés

L'évolution du nombre des contrôles réalisés en 2005 est présentée dans le tableau suivant.

Répartition par type de contrôle

	2002	2003	2004	2005
Contrôles approfondis des comptes et de la gestion	252 (46 %)	215 (39 %)	92 (50 %)	83 (61%)
Contrôles intermédiaires (contrôles des comptes et suivi de la gestion)	294	314	91	53
Total des organismes contrôlés	546	529	183	136
Enquêtes thématiques	2	5	3	2
dont nombre d'organismes concernés par ces enquêtes	83	123	80	31

Source : Cour des comptes

L'analyse du nombre de jours de contrôle a paru utile pour mieux apprécier l'ampleur du travail des COREC, le temps de contrôle sur place étant recensé dans les rapports d'ensemble. Il s'est élevé à 2 036 jours. Si l'on inclut le travail préalable d'analyse des documents et celui de la rédaction des rapports et de contradiction avec les organismes, on peut évaluer le temps consacré en 2005 à l'ensemble des contrôles à un total d'un peu plus de 5 000 jours de travail (soit plus de 25 équivalents temps plein sur la base de 200 jours de contrôle par agent).

Même s'il a sensiblement diminué suite à la décision prise de limiter les contrôles des COREC aux organismes les plus importants⁸², cet effort reste significatif.

82. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p.120 et 121 et de septembre 2005, p. 131 et 132.

3 – Les avis rendus

Répartition des avis par type de contrôle et par campagne

	2004		2005	
Avis favorables	79	43,2 %	59	43,4 %
Avis favorables avec recommandations	75	41 %	60	44,1 %
Avis favorables avec réserves	23	12,6 %	17	12,5 %
Avis défavorables	5	2,7 %	0	
Sursis à statuer et sans avis	1	0,6 %	0	
Total des organismes contrôlés	183		136	

Source : Cour des comptes

Si aucun avis défavorable n'a été rendu en 2005, le nombre d'avis rendus avec observations de toute nature (recommandations ou réserves) reste élevé (57 % au total).

4 – La signification des recommandations

Le tableau qui suit montre le caractère prépondérant des trois domaines les plus concernés par les recommandations : la tenue de la comptabilité, le contrôle interne et la gestion du budget.

Domaine visé par les recommandations	Nombre total d'organismes concernés
Tenue et suivi de la comptabilité	49
Contrôle interne	42
Gestion du budget	35
Action sanitaire et sociale	10
Sécurité	9
Gestion de trésorerie	9
Qualité du service rendu	7
Autres	10
Total	171

Source : Cour des comptes

Les nombreuses observations relatives à la tenue des comptes montrent que, dans le cadre de la préparation à la certification des comptes, d'importants progrès restent à accomplir. Dans 60 % des organismes ainsi signalés, les recommandations concernent le recouvrement des indus ou les recours contre tiers, pour lesquels la

procédure est jugée inexistante, mal appliquée ou inefficace. Selon les rapports, la gestion du contentieux, l'apurement des comptes de tiers⁸³, les états de développements des soldes de comptes présentent des insuffisances.

Dans plus du quart des organismes, les recommandations visent des défaillances comptables d'une certaine gravité. Elles concernent les dates d'enregistrement des opérations, le rattachement des charges à l'exercice, le calcul des dotations aux amortissements et provisions, l'inventaire des immobilisations ainsi que la tenue des comptabilités auxiliaires.

Si seuls les organismes du régime général sont concernés par la certification dès l'exercice 2006, cette démarche sera néanmoins étendue d'ici 2008 à l'ensemble des régimes. Dans cette perspective, la mise en conformité de leur comptabilité est donc particulièrement importante.

Les observations relatives au contrôle interne visent d'abord la poursuite de l'effort afin de stabiliser les acquis et de mieux garantir l'efficacité de la démarche. Elles mettent ainsi en évidence le caractère encore très insuffisant du contrôle interne et de l'analyse préalable des risques.

Enfin il convient de signaler que dans un organisme sur deux, le COREC a formulé au moins une recommandation sur la gestion du budget de la caisse portant sur la qualité des prévisions, la maîtrise de l'exécution du budget ou les délais de paiement des fournisseurs et prestataires de service.

5 – Le suivi des recommandations

Les recommandations font l'objet d'un suivi de plus en plus systématique par plusieurs COREC, ce qui permet de confirmer⁸⁴ le niveau élevé de leur prise en considération par les organismes.

Ce résultat traduit le caractère constructif des échanges qui accompagnent ou suivent les contrôles des COREC. Cela n'a pas toujours été le cas, comme le montre l'exemple du contrôle approfondi des comptes et de la gestion de la CAF de Lyon pour les exercices 2003 et 2004. Les constats critiques du COREC concernaient des indus dans le versement de frais de déplacement et d'indemnités dus à certains

83. Ce constat confirme les résultats de l'examen plus général des comptes de tiers dans les organismes du régime général effectué en 2004.

84. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2005, p 133-134.

administrateurs (pour un montant global d'environ 60 000 € dont près de 50 000 pour la présidente).

Des difficultés particulières sont cependant à noter :

- pour des organismes de taille réduite :

Plusieurs contrôles effectués en 2005 par le COREC d'Ile-de-France ont porté sur des organismes de petite taille : la caisse de retraite des sages femmes (4 300 ressortissants), la caisse de retraite des personnels de l'Opéra National de Paris (3 300 ressortissants), ou la caisse de retraite et prévoyance des vétérinaires (12 500 ressortissants).

Le suivi des recommandations déjà émises met en évidence la situation particulière de ces organismes qui peinent à intégrer les exigences nouvelles liées notamment au contrôle interne, alors même que, selon les données recueillies par le COREC, leurs coûts de gestion sont déjà élevés (entre 112 € et 157 € en moyenne par ressortissant).

Comme la Cour l'a déjà souligné, il conviendrait que ces organismes mutualisent leurs opérations de gestion.

- pour des organismes qui ont du mal à se redresser.

Le contexte initial dégradé de certains organismes n'a pas permis, malgré des efforts significatifs, de rétablir la situation.

C'est le cas pour la caisse nationale des barreaux français (CNBF) dont les comptes ont fait l'objet d'un avis favorable avec réserve. Celle-ci n'a toujours pas mis en place un véritable contrôle interne, ni tenu compte des observations précédentes sur la procédure du recouvrement, jugée lourde et peu efficace.

Malgré des efforts indéniables la caisse de mutualité sociale agricole de Corse, présente encore un taux d'absentéisme trop important. Plus grave, en dépit du renfort de plusieurs agents mis à disposition par le réseau de la MSA, les résultats du recouvrement restent trop faibles.

La caisse de Mayotte a, elle aussi, fait l'objet de plusieurs contrôles successifs conclus par des réserves. En dépit d'une forte augmentation des moyens notamment en effectifs, les résultats demeurent insuffisants, en particulier pour le recouvrement des cotisations des entreprises. En outre, l'exercice du contrôle interne sur les dépenses liées aux frais de déplacement traduit un manque de rigueur préoccupant.

B – Les premiers contrôles effectués dans le cadre du réseau d’alerte

Conformément à leurs responsabilités nouvelles, les organismes têtes de réseau déploient des outils de suivi et d’appui à la gestion des organismes de base. Mais la qualité de ces outils et l’efficacité de ces démarches sont encore variables selon les branches ou les régimes. C’est pourquoi la Cour, associée aux administrations partenaires des COREC, a souhaité renouveler ses modalités de contrôle, en procédant à des contrôles ciblés sur les organismes dont les performances paraissent les plus décevantes et en examinant en même temps si les actions correctives définies au sein du réseau étaient pertinentes.

A défaut d’un regard externe critique régulier, le risque existe d’une moindre exigence du contrôle interne aux réseaux et du suivi des performances, alors même que les efforts de modernisation de la gestion et de déploiement d’outils sont loin d’être achevés dans les organismes.

Prolongeant l’orientation définie en 2004 vers une plus grande sélectivité des contrôles⁸⁵, la Cour et ses partenaires ont estimé possible de supprimer à terme le dispositif des COREC dès lors que les contrôles internes aux caisses et aux réseaux se seraient montrés adaptés et fiables et que serait maintenu un contrôle externe suffisant des organismes dans le cadre d’un réseau d’alerte⁸⁶.

Pour constituer ce réseau, la Cour a procédé en 2005 à des travaux préparatoires. Des indicateurs en nombre réduit permettant d’appeler l’attention sur d’éventuelles insuffisances ont ainsi été définis pour les branches du régime général et la MSA.

Sur le fondement des signalements ainsi obtenus, deux premiers contrôles ont été effectués par la Cour. Le premier a porté sur l’URSSAF et la CAF de Digne, cette dernière⁸⁷ étant ciblée en raison de ses résultats médiocres pour la qualité de service (accueil téléphonique et délais de liquidation des prestations). Le contrôle a montré que les progrès

85. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p 120.

86. L’expression est inspirée de celle qui décrit le dispositif de partage de l’information et des interventions correctives que les services de l’Etat ont mis en œuvre pour procéder au suivi de la situation financière des collectivités territoriales.

87. La CAF de Digne présente par ailleurs un taux d’absentéisme anormalement élevé. Pour les responsable locaux, ce phénomène résulterait notamment du nombre important de cures thermales faites par les agents de la caisse (en raison de la présence d’établissements thermaux à Digne et à Gréoux-les-Bains), la direction de la caisse ne disposant d’aucun moyen légal pour s’y opposer.

demandés depuis plus de deux ans par la caisse nationale n'étaient toujours pas réalisés. Les résultats se sont améliorés au cours de la période récente.

La Cour a pu examiner le dispositif de suivi déjà instauré par la CNAF et a noté les orientations inscrites dans la récente COG signée entre la branche famille et l'Etat. Ces orientations préconisent notamment de renforcer les procédures de suivi en cas de signalement particulier afférent à la gestion d'un organisme.

La Cour a également cherché à apprécier le dispositif de direction partagée, qui consiste à confier à une même équipe de direction la responsabilité de diriger plusieurs organismes relevant de branches différentes sur un même site. Dans le cas de Digne, il est apparu que les synergies étaient très réduites et que la spécialisation des gestions, dans chaque branche, conduisait à privilégier plutôt des regroupements de directions, au sein d'une même branche, sur des sites distincts d'une même région.

Un deuxième contrôle ciblé a porté sur la CPAM de Bobigny. Ce contrôle a mis en évidence que le regroupement des centres de production (liquidation des prestations) restait inabouti (de 40 en 2002, ils sont passés à 27 en 2005), alors même que le développement de Sesam-Vitale et la nécessité de mieux suivre l'activité des professionnels de santé poussaient à une réduction plus marquée.

L'analyse des fonctions de support a également mis en évidence des surcoûts injustifiés, du fait d'une gestion très insuffisante du patrimoine immobilier ou du maintien d'effectifs trop importants pour les fonctions de maintenance et d'entretien technique des sites.

La présence d'un nombre important d'informaticiens a également été noté alors même que les développements applicatifs sont désormais pris en charge de manière générale par le niveau national et que même pour la définition d'outils de gestion, le recours à des outils nationaux permet des démarches comparatives plus efficaces.

Au-delà de cette seule CPAM, il est apparu que la CNAMTS n'avait pas encore défini les procédures appropriées qui pourraient lui permettre de comprendre les causes des insuffisances apparentes et de définir, en lien avec les caisses concernées, les actions correctrices utiles.

C – La mise en place de la branche ATEXA dans le régime agricole

La loi du 30 novembre 2001 a créé un régime obligatoire d'assurance contre les accidents de travail et les maladies professionnelles

(AT/MP) des exploitants agricoles. Ce régime, désigné indifféremment par l'un des deux sigles ATEXA ou AEXA, est entré en vigueur le 1^{er} avril 2002. Sa gestion est confiée aux deux réseaux d'opérateurs déjà compétents pour la gestion de l'assurance maladie, la MSA, d'une part, et les assureurs privés, regroupés dans le cadre de « l'association des assureurs en AEXA » (AAA), d'autre part. Toutefois, en dehors des missions de gestion (calcul, émission puis recouvrement des cotisations, versement des prestations), qui relèvent des deux réseaux, la loi a distingué des missions dites « pivot », de prévention, de contrôle médical, de centralisation des comptes et de répartition des entreprises en classes de risques, confiées au seul réseau de la MSA.

Les opérateurs de la branche

Pour le risque AT/MP, il existait seulement jusqu'en 2002 une obligation d'assurance, au demeurant mal sanctionnée. La loi de 2001 a instauré une quatrième branche au sein de la sécurité sociale agricole. Les exploitants agricoles peuvent choisir librement l'un ou l'autre opérateur intervenant déjà dans le secteur des prestations agricoles : d'une part, la MSA qui assure la totalité du risque vieillesse et environ 90 % du risque maladie, d'autre part, les assureurs privés, qui assurent également les risques dits « de la vie privée » ou les risques économiques. Pour la gestion du risque AT/MP, la loi a prévu que les assureurs privés se regroupent au sein d'une « association des assureurs en AEXA », dont les opérations sont en pratique déléguées à l'association « APRIA réunion de sociétés d'assurances » ou « APRIA-RSA », connue jusqu'en 2005 sous la dénomination de « GAMEX ». Cette structure gère par ailleurs l'assurance maladie de plus de 50 % des professions indépendantes non agricoles et de près de 10 % des exploitants agricoles.

Pour près de 630 000 assurés en 2004, on dénombre un peu plus de 36 000 déclarations d'accidents du travail et 1 220 déclarations de maladies professionnelles. Des cotisations d'environ 160 M€ ont ainsi été recouvrées (l'assiette et les modalités de recouvrement sont analogues à celles des autres branches). Les prestations versées ont atteint 85 M€ environ. En ajoutant à ces dernières les dépenses de gestion et les dotations destinées à un fonds de réserve des rentes et à un fonds de prévention, les charges s'élèvent au total à un peu plus de 150 M€

Deux ans après l'entrée en vigueur de cette nouvelle branche, les COREC ont procédé à un premier bilan de sa mise en œuvre. Celui-ci est fondé sur les investigations menées en 2005 d'une part à la caisse centrale de mutualité sociale agricole mais aussi au niveau local dans 18 caisses de MSA et, d'autre part, dans diverses implantations d'APRIA RSA (siège, centres nationaux de gestion des prestations ou plates-formes mises en place à Landerneau et Aurillac et dans 11 bureaux du réseau APRIA- RSA).

Ces contrôles ont permis de constater que les nouveaux dispositifs prévus par la loi sont désormais en place. Mais un examen plus attentif révèle une insuffisante rigueur dans les procédures. Des correctifs doivent être rapidement apportés.

1 – Les missions nouvelles ont été assurées

a) L'affiliation

La mise en oeuvre de la nouvelle loi impliquait en premier lieu que tous les exploitants soient affiliés au nouveau régime. Les exploitants ont dû choisir leur opérateur et, à défaut de réponse, ont fait l'objet de mises en demeure prévues par la réglementation. Dans certains cas, rares selon les rapports, des rappels ont été nécessaires. Ils ont surtout concerné des exploitants agricoles exerçant cette fonction à titre secondaire et qui jusqu'ici se croyaient dispensés de cette obligation. La procédure prévue d'affiliation automatique par décision du SRITEPSA, n'a été que rarement utilisée et les contestations de cette obligation devant les tribunaux sont restées exceptionnelles

Dans quelques cas, en particulier dans les premiers mois, quelques cas de « démarchages » de la part de caisses de MSA ou d'assureurs privés, ressentis comme agressifs, ont été signalés aux auditeurs des COREC. Ils sont restés isolés. Le réseau APRIA-RSA assure désormais 70 % environ des exploitants contre 30 % pour la MSA.

b) Les missions pivot de classement des exploitations et de prévention

Le classement des exploitations en catégories de risques vise à établir des niveaux différenciés de cotisations. Selon les rapports des COREC, cette tâche, confiée aux seules caisses de MSA, a été réalisée sans difficulté.

Les actions de prévention, déjà mises en œuvre par les caisses de MSA en direction des seuls salariés agricoles, sont désormais développées également vers les exploitants agricoles. Progressivement, des thèmes spécifiques pour ceux-ci ont été intégrés dans les programmes pluriannuels de prévention. Même s'il n'est pas toujours aisé de distinguer les actions destinées de manière ciblée aux exploitants, on peut là aussi considérer qu'un autre objectif important de la loi est en cours de réalisation.

c) Les missions de gestion

Les gestionnaires du nouveau régime ont su faire face aux déclarations d'accidents ou de maladies professionnelles. La transition s'est bien effectuée car leur gestion s'inscrivait dans la continuité des gestions antérieures. Les caisses de MSA étaient déjà compétentes pour les accidents de travail des salariés agricoles et APRIA-RSA a pu bénéficier de l'expérience transmise par les assureurs privés qui géraient précédemment les contrats.

Les contrôles effectués par les auditeurs des COREC sur des dossiers sélectionnés par sondage n'ont pas révélé un taux d'erreur anormal. Les données disponibles en ce qui concerne la mesure de la satisfaction des assurés semblent indiquer que le régime a fonctionné sans heurts. Quant aux décisions prises pour la reconnaissance des maladies professionnelles ou les taux d'invalidité permanente, les COREC ont signalé que le contentieux engendré restait limité.

2 – Des procédures défailtantes*a) Le recouvrement*

L'examen des taux de recouvrement témoigne en premier lieu d'une insuffisante rigueur, notamment dans le réseau APRIA-RSA. Le taux de recouvrement y était en 2004 inférieur de plus de six points à celui des cotisations maladie (82,5 % en ATEXA contre 88,8 % en maladie). Au moment du contrôle des COREC, aucune procédure de recouvrement contentieux n'avait encore été mise en œuvre dans le réseau.

Au-delà des difficultés normales de mise en route, on note l'absence, au sein d'APRIA-RSA, de toute incitation à une meilleure performance du recouvrement. Le système dit « de l'émission », qui impute aux dépenses administratives des organismes une partie des restes à recouvrer, n'est appliqué qu'au recouvrement des seules caisses de MSA. Pour le reste, la rémunération de la gestion est fondée sur des remises de gestion qui ne sont pas modulées, comme c'est le cas dans de nombreux autres régimes (par exemple pour le régime maladie des professions indépendantes -AMPI- lui aussi géré par APRIA-RSA), en fonction des performances constatées notamment pour le recouvrement des cotisations⁸⁸.

88. Sur la notion de remise de gestion, voir le chapitre VIII, II, A, 2, p. 240.

b) Le contrôle des justifications médicales et les modalités d'intervention du contrôle médical

Les délais d'envoi par les assurés des déclarations d'accident de travail sont importants. Alors même que le délai prévu par la réglementation (huit jours⁸⁹) est plus long que celui instauré pour la déclaration des accidents des salariés (un jour), 30 % à 40 % des déclarations arrivent hors délai à la MSA, avec des délais moyens allant de 9 à 25 jours. Pour la plate-forme de Landerneau, le délai relevé était de 21 jours à fin 2004.

De tels délais rendent délicat l'exercice du contrôle normalement prévu en cas de doute sur la matérialité de l'accident et sur la reconnaissance ou l'imputabilité des dépenses à un accident de travail. Les demandes d'explication ou les enquêtes administratives sont rares et les procédures peu formalisées. Il est par conséquent difficile d'établir des statistiques fiables. Les COREC ont noté à ce titre qu'en dépit de 275 déclarations d'accidents de travail dans les MSA du Doubs et de Loire Atlantique, ces deux caisses n'avaient diligenté aucune enquête.

Le contrôle médical (qui fait partie des missions pivot confiées aux caisses de MSA) est très hétérogène et le ciblage des interventions est très variable. Pour les assurés relevant des MSA, certains contrôles médicaux délèguent une large part du suivi des dossiers aux services administratifs, d'autres non. En revanche, toutes les déclarations d'accidents de travail traitées par APRIA-RSA doivent être soumises au contrôle médical de la MSA, ce qui conduit à un volume de dossiers important et non ciblé.

Les COREC ont noté enfin que les outils nationaux destinés à faciliter les contrôles et à homogénéiser les décisions, concernant la fixation des taux d'invalidité et de rentes, n'étaient utilisés que dans moins de la moitié des dossiers.

89. Le délai est de 15 jours pour la déclaration des maladies professionnelles. Il n'est pas non plus respecté et les sanctions prévues, ne sont pas ni pour les accidents du travail ni pour les maladies professionnelles. Certes, le constat de retards dans les déclarations n'est pas propre au régime ATEXA, comme l'a montré le rapport public particulier de la Cour sur la gestion du risque accidents de travail et maladies professionnelles. En l'occurrence, cependant, l'importance du retard est telle qu'elle peut priver d'effectivité les contrôles prévus.

c) Le contrôle interne

Le contrôle interne est faiblement déployé dans ce nouveau régime. Au sein des caisses de MSA, la démarche de contrôle interne est encore très récente et ne concerne qu'exceptionnellement le nouveau régime ATEXA. Il en va de même en ce qui concerne la comptabilité analytique, encore embryonnaire.

Pour le réseau APRIA-RSA, les contrôles internes effectifs ne portent que très rarement sur ce régime et la démarche qualité, mise en œuvre pour la gestion ATEXA, ne peut en tenir lieu car elle n'implique pas une analyse préalable systématique des risques.

d) Un risque important de mauvaise imputation

Au total, ces diverses faiblesses peuvent aggraver le risque que des dépenses (incluant des indemnités journalières) soient, dans certains cas, imputés en ATEXA, alors même que l'accident ou la maladie professionnelle est insuffisamment attesté. Dans d'autres cas, beaucoup plus fréquents, des dépenses peuvent être imputées sur le risque maladie alors qu'elles sont la conséquence d'accidents de travail ou de maladie professionnelle, déclarées tardivement ou pas du tout.

Cette question de la sous-déclaration n'est pas propre aux régimes agricoles. Dans le régime général, une procédure particulière de compensation forfaitaire a été instituée depuis 1998 par une disposition législative (article L. 176-1 du code de la sécurité sociale). Les montants (330 M€ en 2004) en sont fixés tous les trois ans, sur avis d'une commission associant les partenaires sociaux.

Bien que ce phénomène de sous-déclaration paraisse très marqué, une procédure de compensation forfaitaire n'existe pas pour les régimes agricoles. Les auditeurs COREC ont ainsi mis en évidence que, dans la MSA du Doubs, 14 dossiers d'accidents de travail sur les 20 examinés faisaient apparaître des premières dépenses imputées sur le risque maladie (AMEXA). Les chiffres correspondants sont de 13 sur 20 pour la MSA de la Côte d'Or. Une enquête plus systématique de la caisse centrale de la MSA, portant sur les années 2002 et 2003, indiquait de même que près de 60 % des dossiers liquidés présentaient des factures imputées à tort sur le risque maladie et que le montant moyen de l'indu par dossier s'élevait à 235 €. Une extrapolation de ces montants à l'ensemble des dossiers liquidés conduisait à un report injustifié de 5 M€ sur le régime maladie pour l'année 2003.

Encore ce chiffre ne prend-il pas en compte les accidents qui n'ont pas donné lieu à déclaration et qui font donc l'objet de dépenses

exclusivement imputées sur le régime maladie. L'ampleur de ce phénomène est plus difficile à appréhender. Du fait d'un délai de carence de sept jours pour le versement d'indemnités journalières aux exploitants agricoles en cas d'accident de travail, la pratique de non déclaration des accidents de gravité faible et moyenne est assez répandue. L'avantage spécifique dans l'indemnisation en AT/MP, par rapport à une indemnisation dans le cadre du régime maladie, est en effet assez faible, alors même que les procédures sont contraignantes. Il est donc probable que certains accidents ne soient déclarés qu'au bout d'une période destinée à apprécier l'évolution de l'affection (compte tenu du manque de rigueur observé dans les délais), voire pas déclarés du tout si les conséquences se révèlent peu importantes.

3 – Des mesures correctrices indispensables

a) Des évolutions immédiates

Des progrès immédiats pourraient résulter de modifications limitées dans la réglementation ou les procédures. Ainsi la mise en place d'une téléprocédure pour la déclaration d'accident de travail pourrait permettre d'appliquer la réglementation prévue sur les délais de déclaration des accidents.

Une simplification des circuits entre APRIA-RSA et les services du contrôle médical des MSA (déjà expérimentée au demeurant) est également possible. Cela permettrait de cibler l'examen du contrôle médical sur les dossiers qui le justifient.

Enfin, il paraît indispensable de créer des mécanismes incitatifs visant à améliorer le recouvrement des cotisations par APRIA-RSA. La détermination d'un objectif en matière de recouvrement pourrait être assortie d'une modulation (à la hausse ou à la baisse) du montant de remises de gestion, selon les performances constatées.

b) Les orientations à privilégier

La mutualité sociale agricole a engagé une démarche de contrôle interne et de mise en œuvre d'une comptabilité analytique, encore très insuffisante selon les constats des COREC pour le risque ATEXA. Cette double démarche devrait être mise en valeur dans la prochaine COG de la MSA.

Pour limiter les conséquences de la sous-déclaration, la mise en œuvre de modalités identiques à celles existant dans le régime général conduirait à ce que le conseil supérieur de la protection sociale agricole

fixe au profit de la branche maladie une compensation forfaitaire à partir d'expertises préalables. Sans attendre la définition d'une procédure négociée et fondée sur une expertise complète, la régularisation de la situation constatée pour les années 2002 à 2004 dans de nombreux départements entraînerait un versement forfaitaire compensatoire fondé sur les évaluations de la caisse centrale de MSA.

Un tel mécanisme de compensation augmenterait les charges du régime ATEXA au moment où l'on s'attend à une diminution de ses excédents. Cela doit conduire à renforcer la responsabilité de présentation et d'équilibre des comptes, confiée à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, sous le contrôle de la tutelle.

Au-delà de ces mesures, la Cour constate que la dualité des opérateurs qui est le principe fondateur de la réforme de 2002 est source de dysfonctionnements multiples et de lourdeurs de gestion. Elle considère que cette dualité n'est plus justifiée. Un constat identique peut être fait pour l'assurance maladie des exploitants agricoles (cf. infra chapitre VIII).

RECOMMANDATION

11. Améliorer le fonctionnement du dispositif actuel notamment en modulant les remises de gestion.

D – Le contrôle interne dans les centres informatiques des branches famille et maladie du régime général

Au cours des dernières années, les COREC ont successivement examiné le contrôle interne dans les CPAM, les CAF, les CRAM et enfin dans les URSSAF. Dans son rapport précédent, la Cour soulignait la nécessité d'une démarche conçue et impulsée au niveau national avant sa mise en œuvre sur le plan local.

Les COREC ont examiné en 2005 le contrôle interne dans les centres informatiques de deux branches du régime général. Les investigations ont porté sur cinq centres de traitement informatique (CTI) pour la branche maladie et cinq centres régionaux de traitement

informatique (CERTI) pour la branche famille⁹⁰. Les auditeurs ont mis en évidence de nombreuses défaillances ponctuelles, signes d'une rigueur insuffisante et d'une implication trop tardive et encore incomplète des organismes têtes de réseau (CNAMTS et CNAF).

1 – Des pratiques hétérogènes dans les centres

Dans les deux branches considérées, le niveau des moyens mobilisés et la rigueur des procédures observées sont hétérogènes. Le contrôle interne dans les CTI et dans une moindre mesure dans les CERTI, continuait à reposer en 2005 sur les efforts dispersés et inégaux des équipes en place⁹¹.

a) *L'absence de véritable plan de contrôle interne*

Alors même que l'obligation de définir un plan de contrôle interne (PCI) s'impose à tous les organismes depuis le décret du 10 août 1993 et que les enjeux liés à la définition de sécurités, notamment contre le risque d'intrusions physiques ou logiques, paraissent majeurs, les auditeurs COREC ont mis en évidence l'absence de véritables plans de contrôle interne dans les centres examinés.

Pour la branche maladie, la CNAMTS avait certes diffusé en juin 1998 une circulaire prévoyant l'établissement d'un plan de contrôle interne mais n'en a pas assuré le suivi. Ainsi en Ile-de-France, le CESTIF avait établi un premier plan de contrôle en 1997, l'a révisé et maintenu jusqu'en 2000. Mais ce n'est qu'en 2004 que ce CTI a décidé de relancer et d'actualiser son dispositif. Selon le rapport COREC, ce nouveau plan a été bâti principalement à partir des actions mises en place, sans analyse préalable des risques et sans plan d'ensemble destiné à apporter une réponse globale.

Pour la branche famille, une démarche plus rigoureuse avait été engagée mais n'a pas été menée à son terme. Sur l'impulsion de la

90. Ont été examinés les organismes suivants, signalés par leur sigle avec la mention de leur aire géographique de compétence :

- pour la branche maladie, cinq CTI sur les neuf centres existants : le CTIGE (Grand Est), le CESTIF (Ile-de-France), le CTI Sud (Sud Ouest), le CTI PACAC (Sud-Est) et le CTIRAA (Rhône-Alpes-Auvergne) ;

- pour la branche famille cinq CERTI sur les huit existants : le CERTIA (Sud Ouest), le CREATIF (Ile-de-France), le CERTI Nord, le CERTIAM (Sud Est) et le CERTIRAA (Rhône-Alpes-Auvergne).

91. Voir, sur ce point, le rapport préparatoire à la certification des comptes de la sécurité sociale, septembre 2006, p. 29.

CNAF, un descriptif des procédures a été engagé en 2000 et une méthodologie visant à cerner les risques de gestion devait être formalisée dans les différents CERTI au moyen du logiciel TACITE. Mais cette démarche n'a cependant pas été jusqu'ici consolidée au plan national et chaque centre s'en est inspiré avec une rigueur variable.

En 2003, la CNAF a proposé une démarche différente, fondée sur la définition et la diffusion de « bonnes pratiques ». Mais les pratiques recommandées ne couvrent pas la totalité des activités d'un CERTI. Au total, et même si la branche famille paraît plus avancée que la branche maladie, on ne peut pas non plus conclure à l'existence de vrais plans de contrôle interne.

b) Des disparités dans la rigueur des procédures

Dans les deux branches, on constate un suivi hétérogène des habilitations autorisant l'accès aux données ou aux traitements. Ainsi pour la branche famille, au CERTIRAA, les journaux des tentatives d'accès non autorisés ne sont pas exploités. Le CERTI Nord et le CERTIA ne semblaient pas préoccupés par cette problématique de vigilance sur les accès.

Dans la branche maladie, le rapport COREC a relevé en particulier de multiples insuffisances dans les procédures de contrôle des accès physiques et logiques au CTIGE.

c) Le suivi des incidents

La connaissance exhaustive de l'ensemble des dysfonctionnements constatés dans les applications nationales constitue un élément important de prévention et de contrôle interne. Or, dans les deux réseaux, on constate une même absence de rigueur dans les procédures observées localement.

Dans la branche maladie, les incidents sur les applications nationales relèvent en principe du centre de support national de Bordeaux et sont suivis par un logiciel unique SIEBEL. Mais les enregistrements dans cet outil ne sont automatiques que pour 50 % des incidents et déclaratives pour l'autre moitié ce qui fragilise la procédure mise en place. Une partie des incidents est traitée localement. Pourtant, il n'existe pas de typologie unifiée pour tous les centres.

Pour la branche famille, de même, les incidents constatés dans les CAF sont déclarés auprès de chaque CERTI mais font l'objet d'un suivi hétérogène dans la mesure où le logiciel national prévu à cet effet est peu utilisé et où les centres ont développé des outils locaux différents.

Au-delà de la diversité des applications, c'est la logique même de traitement de ces incidents qui diffère suivant les centres. Alors qu'au CERTIAM, tout incident est référencé et comporte un numéro unique, au CERTIRAA, si l'incident est résolu au niveau local, il n'est pas retracé au niveau central. Au CERTI Nord, l'outil national ne paraît pas du tout utilisé et les incidents locaux ou nationaux sont seulement archivés dans une base « Notes ». Plusieurs rapports relèvent en outre que des incidents peuvent être signalés directement aux équipes spécialisées par projets et non à la structure nationale dédiée.

Toutefois, consciente des inconvénients de cette situation, la CNAF prépare une nouvelle version du logiciel national (« Bugs 2 ») qui devrait permettre un suivi automatique et exhaustif des incidents et de leur résolution.

d) Le suivi des versions applicatives distribuées aux organismes

Les COREC ont noté également une surprenante disparité dans les outils qui permettent aux centres de superviser le déploiement des mises à jour applicatives dans les caisses adhérentes, alors même que l'utilisation simultanée de différentes versions constitue une source reconnue d'incidents et d'erreurs⁹².

Les différents CTI de la branche maladie ont ainsi développé leurs propres outils : le CTI Sud dispose d'un outil de suivi local (MEP), le CESTIF archive les télé distributions dans la messagerie, le CTI PACAC met lui aussi en œuvre un outil local.

Il en va de même pour la branche famille. Le suivi des applications utilisées dans les CAF est assuré par un outil national (TDS), mais l'observation détaillée des procédures montre que des outils locaux sont utilisés en complément pour pallier certaines limites de l'outil national.

D'une manière plus générale, la possibilité pour les centres de traitement, mais également pour les organismes de base, de recourir à des applications locales, plutôt qu'aux outils nationaux, complique la mise en œuvre des applications et rend plus difficile une appréhension exhaustive des risques applicatifs. Or le maintien dans les centres de traitement (comme d'ailleurs dans les caisses locales) d'équipes de développement spécialisées incite à pérenniser cette activité de développement. Une telle situation ne permet pas de garantir la fiabilité des systèmes

92. Du moins pour les applications qui ne fonctionnent pas sous UNIX, ce qui est encore le cas de la plupart des applications.

informatiques⁹³. Elle va aussi à l'encontre d'une gestion économe des ressources humaines en informatique.

Dans la branche maladie, 400 applications locales ont ainsi pu être recensées dans l'ensemble des CTI avec des variations très surprenantes entre les centres (1 pour le CTI Sud, mais jusqu'à 116 pour le CTI Nord Pas de Calais-Normandie-Picardie). Toutefois, au cours de l'année 2005, ces applications ont été soit abandonnées, soit reprises pour certaines au niveau national.

De telles applications locales existent également dans les CERTI, même si un recensement analogue n'a pas été effectué.

e) L'absence d'exercices systématiques de secours

Les COREC ont cherché à vérifier l'effectivité des contrôles et des procédures, ce qui les a conduits à élargir leurs investigations aux questions tenant à la sécurité. L'absence de procédure homogène de définition et de mise en oeuvre de plans de secours ou de plans de continuité des traitements a ainsi été relevée dans les CTI de la branche maladie.

Cette observation traduit cependant un choix national de la CNAMTS de miser sur la migration des applications vers un environnement UNIX (l'unicité du matériel permet alors d'apporter des solutions de secours aisées). Cependant cette migration n'était encore que très partielle en mars 2006 alors que les centres ne disposaient plus de solution de secours depuis fin 2004. Pour autant, aucun bilan n'était disponible pour consolider les efforts effectués par les différents CTI en vue d'établir d'éventuels plans de continuité.

2 – La nécessité d'un cadrage par les caisses nationales

La longue énumération de dysfonctionnements constatés par les COREC montre que l'exigence en matière de procédures (et le contrôle de leur application effective) ne peut rester de la seule responsabilité des centres de traitement informatique. La démarche de contrôle interne doit être impulsée au niveau national, d'autant qu'elle interfère avec des questions de plus en plus sensibles liées à la prévention des fraudes et des intrusions ou à la définition de mesures de sécurité des traitements.

93. L'audit des systèmes et des principales applications, nécessaire en vue de la certification des comptes par la Cour, devrait s'en trouver notablement compliqué.

Dans la branche maladie, et dans une moindre mesure, dans la branche famille, cette prise de conscience commence à exister mais elle est encore incomplète.

a) Une démarche tardive

S'agissant de la CNAMTS, des premiers travaux exploratoires, engagés en 2004, visaient à définir une démarche pilote sur un site. Ces travaux n'ont pas abouti et ont laissé la place, plus récemment, à une démarche nationale de recensement et de cotation des risques spécifiques aux CTI, destinée à préparer pour fin 2006 le déploiement d'un « plan de maîtrise socle » pour le risque informatique.

Un premier travail de repérage des risques principaux a été engagé en 2003 pour la branche famille. Tous les CERTI ont été invités à évaluer leur exposition aux risques puis à définir les meilleures pratiques et à les mettre en œuvre dans les centres. Toutefois, ce n'est que très récemment, à partir de l'automne 2005, que ces deux démarches ont été associées. En outre, les moyens disponibles pour impulser une démarche de contrôle interne (et a fortiori pour en contrôler à l'avenir l'effectivité et la rigueur) restent très réduits dans les deux caisses nationales alors même que les effectifs informatiques sont conséquents dans les deux branches.

Certes, les travaux récemment engagés attestent d'une prise de conscience progressive des enjeux liés aux risques informatiques, dont témoignent également les nouvelles instructions adressées aux CAF et aux CPAM appelant l'attention des organismes sur les risques liés aux usages de l'informatique. Mais aucune nouvelle instruction spécifique relative au contrôle interne dans les centres informatiques n'a été diffusée.

La double démarche, indispensable sur le plan national, de définition d'une stratégie en matière de sécurité et de déclinaison de cette démarche par l'établissement de standards de contrôle interne, est restée partielle. Elle s'est trouvée conditionnée à des progrès préalables dans l'architecture applicative et institutionnelle, dont la réalisation est lente et qui sont encore en cours dans l'une et l'autre branche.

b) Une approbation tacite des applications au plan local

Devant la persistance des applications locales, une attitude plus volontaire des caisses nationales sur cette question sensible était attendue. Force est de constater qu'elles ont toutes deux adopté en la matière, malgré des contextes différents, une position frileuse voire résignée, tant en ce qui concerne l'utilisation des applications locales existantes qu'en

matière de nouveaux développements locaux dans les caisses locales et a fortiori dans les CERTI ou les CTI.

Ainsi, au sein de la branche maladie, l'instruction de juillet 2005 sur le contrôle interne des CPAM autorise encore l'élaboration d'applications locales. Elle indique seulement que « la collaboration du directeur et de l'agent comptable de la CPAM est requise pour l'étude préalable à la mise en oeuvre de nouveaux logiciels répondant à des besoins spécifiques des organismes locaux ».

Le schéma directeur des systèmes d'information établi par la branche famille pour la période 2006-2009 va encore plus loin. Il souligne en effet « que proclamer qu'il n'y a plus de développement en dehors des applications et services nationaux serait un mauvais principe. La création de valeurs ajoutées au plan local est à cultiver ».

La Cour recommande donc que les informaticiens chargés de missions de développement, en fonction dans les CPAM (plus de 200), les CAF, ou dans les CTI et les CERTI (près de 280 répartis entre les divers échelons hors CAF) soient rattachés aux directions centrales des systèmes d'information. Ceci permettrait de constituer des équipes bénéficiant d'une plus grande taille critique et favoriserait sans doute des économies significatives dans le fonctionnement

c) Une restructuration insuffisante du réseau des centres

Cette attitude tolérante s'est également traduite par une restructuration insuffisante des réseaux de centres informatiques dont la structure demeure fragmentée et complexe. Dans les deux branches une apparente rationalisation a été opérée à la fin des années 1990. A la CNAMTS, la restructuration des CTI a certes abouti à une diminution de leur nombre (9 au lieu de 14) mais elle a aussi conduit à augmenter le nombre de centres nationaux de cinq unités. Le nombre de sites informatiques n'a donc pas varié sur la période considérée. Au total, les services informatiques de la branche maladie sont implantés sur 18 sites différents.

Le même phénomène a été constaté dans la branche famille où l'on décompte sept centres nationaux et huit CERTI.

Les deux branches semblent maintenant s'orienter vers une réorganisation de leurs réseaux respectifs. Mais si le maintien des activités dans l'ensemble des sites est posé en préalable, il est à craindre, au vu des expériences passées, que l'effet d'une restructuration de la production en soit amoindri.

3 – Une situation voisine pour la branche du recouvrement

La Cour a réalisé en 2005 un contrôle qui a porté sur l'informatique de la branche du recouvrement⁹⁴. Plusieurs des constats faits à l'issue de ce contrôle recoupent ceux établis pour les branches maladie et famille par les COREC :

- la réorganisation du réseau des CERTI n'est pas suffisante, notamment parce que les missions spécialisées qu'il conviendrait de confier à chacun d'entre eux n'ont pas été redéfinies ;
- les développements d'applications, réalisés au niveau des URSSAF ou des CERTI, n'aboutissent pas toujours ou lorsqu'ils aboutissent, peuvent concurrencer de manière dommageable l'utilisation des logiciels nationaux ;
- l'absence d'un plan de secours pour l'ensemble des centres informatiques a été également relevée.

La Cour a aussi constaté de manière plus générale des insuffisances graves en matière de pilotage de la fonction informatique. En premier lieu, la trop grande autonomie laissée par l'ACOSS aux CERTI de la branche pour les missions nationales qui leur ont été confiées a conduit à mettre en œuvre un système d'information dont tous les éléments qui le composent ne sont pas cohérents entre eux. De plus, les priorités relatives aux évolutions des programmes existants et des nouveaux développements résultent plus de la répartition figée des compétences entre les centres que d'une analyse objective des besoins.

Plusieurs outils permettant le pilotage ne sont plus adaptés ou n'ont pas été remplacés. Les CERTI ne disposent plus d'une comptabilité analytique. Les comités réunissant leurs directeurs, sous la présidence du directeur de l'informatique de l'établissement public, ne se sont pas tenus entre 2003 et 2005. Les règles pour piloter les investissements informatiques dans les CERTI et les URSSAF sont insuffisantes et peuvent être contournées. De plus les modalités de contractualisation entre l'ACOSS et les CERTI sont inadaptées, qu'il s'agisse des contrats pluriannuels de gestion ou des contrats établis pour les missions nationales qui leur sont confiées.

Enfin il n'existe pas de réelle maîtrise d'ouvrage pour le système d'information principal des URSSAF (le système national de production -SNP-) : faute de moyens et de positionnement correct, le comité national de gestion du SNP, théoriquement en charge de cette mission, n'assure,

94. Sur les huit centres informatiques de la branche du recouvrement, la situation des CERTI de Caen, Lille et Toulouse a été examinée lors du contrôle.

qu'un rôle d'animation sans possibilité d'arbitrage entre les différentes priorités.

SYNTHÈSE

L'analyse des dispositifs de contrôle interne dans les centres informatiques des deux branches maladie et famille comme celle de l'organisation du pilotage de la fonction informatique de la branche recouvrement conduisent donc à des conclusions proches : la nécessité de poursuivre la restructuration des différents réseaux des centres informatiques, le besoin d'une plus grande rigueur dans la démarche d'analyse des risques y compris dans sa déclinaison locale, enfin, et de manière plus générale, la nécessité d'un cadrage national plus rigoureux.

RECOMMANDATIONS

12. *Etablir un plan national de contrôle interne et de prévention des risques applicable à l'ensemble des centres informatiques.*

13. *Interdire le développement d'applications locales concurrentes des outils nationaux.*

14. *Rattacher les informaticiens développeurs à la direction nationale informatique de chaque branche.*

II - Les contrôles effectués sur l'Etat employeur

PRÉSENTATION

L'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit que la Cour contrôle le paiement des contributions sociales dont sont redevables les administrations centrales de l'Etat ; il dispose par ailleurs que les URSSAF et les CGSS contrôlent les services déconcentrés. La Cour rend compte de l'ensemble de ces contrôles dans son rapport annuel.

Dans les rapports des années 2004⁹⁵ et 2005⁹⁶, la Cour avait présenté les résultats du contrôle qu'elle avait réalisé sur l'assiette des cotisations de l'Etat employeur et sur les cotisations dues par l'Etat pour les agents pluri-actifs ou occasionnels. Elle avait également rendu compte

95. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 71 à 75.

96. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2005, p. 103 à 105.

des contrôles effectués par les URSSAF dans deux rectorats, une DRASS et une DDASS⁹⁷. Elle avait formulé trois recommandations :

- aligner l'assiette des cotisations des employeurs publics sur le droit commun du régime général ;
- déterminer avec une plus grande rigueur l'assiette des cotisations sociales des agents publics occasionnels ou pluri-actifs ;
- enfin, renforcer les contrôles des versements des cotisations sociales de ces personnels, notamment à partir d'une meilleure coordination entre les services ordonnateurs, le trésor public et les URSSAF.

Ces recommandations n'ont été, à ce jour, que partiellement mises en oeuvre.

A – Les versements de l'Etat employeur

Sur la base de la législation actuellement appliquée, les montants des cotisations sociales maladie versées au titre des agents titulaires et des ouvriers de l'Etat se sont élevés en 2005 à 4,30 Md€ contre 4,24 Md€ en 2004, soit une progression de 1,39 %. Au titre de ses agents non titulaires, les cotisations maladie se sont élevées à 163,9 M€ et les cotisations retraite à 86,6 M€, en baisse très légère, respectivement de 1,63 % et de 0,37 % par rapport à 2003.

Lors du transfert aux CAF du versement des prestations familiales dues aux fonctionnaires, le taux de la cotisation employeur a été aligné sur le droit commun (5,4 %). En revanche, il reste différent en maladie et les indemnités n'ont toujours pas été intégrées dans l'assiette. Lors d'un précédent contrôle (2003)⁹⁸, la Cour avait estimé à 3 Md€ la perte de recettes pour le régime général pour l'ensemble des trois fonctions publiques, dont 2 Md€ au seul titre de l'Etat. Cette recommandation demeure.

97. Les URSSAF, à la suite des contrôles réalisés sous forme de tests en 2004-2005, ont entamé en 2006 le contrôle du rectorat de Nice, des directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle d'Aquitaine et du Limousin, des directions départementales de Gironde et de Haute-Vienne, de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la vie associative de Champagne-Ardenne, de la direction départementale de la Marne et du centre d'éducation physique et sportive de Châlons-en-Champagne. Ce programme de contrôle sera poursuivi au cours du second semestre par le contrôle d'une préfecture et celui de services déconcentrés du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie. Il en sera rendu compte dans le prochain rapport annuel de la Cour.

98. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p.71-72

B – Le contrôle du ministère de la justice

Les contrôles effectués auprès du ministère de la justice sur le respect de ses obligations sociales ainsi que la prise en compte par certains ministères, pour le calcul de la CSG et de la CRDS, des avantages en nature octroyés à leurs agents ont permis à la Cour de revenir sur ses recommandations précédentes. Seuls sont présentées ici les observations relatives aux obligations sociales du ministère de la justice.

Le contrôle du paiement des contributions sociales par l'administration centrale du ministère de la Justice appelle quatre observations, dont les deux premières ne se limitent pas d'ailleurs à ce seul ministère.

En premier lieu, la complexité de la réglementation relative aux contributions dues par l'administration centrale au titre du régime général explique qu'elle n'est pas toujours suffisamment maîtrisée par les services qui la mettent en œuvre. Une meilleure information des administrations sur les obligations de l'Etat employeur simplifierait leur tâche.

En deuxième lieu, l'organisation de la paie des agents de l'Etat ne permet pas à l'URSSAF de Paris de procéder à une quelconque vérification du montant des cotisations dues par le ministère de la Justice et versées mensuellement.

Les contributions pour les 1 200 agents titulaires de l'administration centrale du ministère de la justice sont payées globalement avec celles relatives aux 150 000 agents titulaires des autres services de l'Etat pour lesquels la paierie générale du Trésor (PGT) assure la liquidation et le paiement des rémunérations. La seule pièce justificative est un avis récapitulatif, pour chaque type de contribution⁹⁹, l'assiette et le taux appliqué, sans que les différentes administrations concernées soient mentionnées. L'URSSAF de Paris est donc dans l'incapacité de déterminer les montants payés au titre des agents titulaires du ministère de la Justice et a fortiori d'effectuer une vérification sur ces montants.

Pour les agents contractuels du ministère de la Justice dont la gestion est assurée par l'administration centrale, des bordereaux récapitulatifs (BRC) sont transmis à l'URSSAF pour chacune des entités administratives où travaillent ces agents. Il s'agit notamment des

99. En 2005, la cotisation assurance maladie, la contribution solidarité autonomie, la CSG et la CRDS.

médecins de prévention, des conseillers techniques de service social et des assistants de service social en poste dans les cours d'appel et les tribunaux de grande instance. Mais les bordereaux, établis par la PGT sur la base des informations transmises par le ministère de la Justice, ne rendent pas compte de la répartition géographique réelle des agents : seule une trentaine de bordereaux sont établis alors que ces agents travaillent sur une centaine de sites. Ainsi seule une vérification globale, ignorant la répartition géographique des agents, peut être effectuée.

Cette organisation conduit la branche du recouvrement à n'avoir qu'un rôle d'encaissement et la prive de la possibilité d'effectuer de réelles vérifications sur les versements mensuels.

Des évolutions du dispositif sont cependant prévues et devraient être mises en œuvre en 2007, permettant aux URSSAF d'avoir communication des informations nécessaires pour réaliser, à leur niveau, la vérification des versements mensuels.

En troisième lieu, s'agissant des dépenses de personnel payées sans ordonnancement préalable (PSOP) par le ministère de la justice¹⁰⁰, qui représentent la plus grande part des dépenses de personnel :

- jusqu'à fin 2005, la cotisation employeur au fonds national d'aide au logement (FNAL), au taux de 0,1 %, n'était pas payée sur les rappels de rémunération ;
- il n'a pas été tenu compte non plus des avantages en nature, qui représentent, comme les indemnités versées en complément du traitement indiciaire, une rémunération et devraient donner lieu à ce titre au paiement de la CSG et de la CRDS. Ces avantages en nature sont en général constitués par les logements, qu'ils soient attribués par nécessité absolue de service ou par simple utilité de service : les premiers constituent un avantage en nature dont le montant est équivalent à la valeur locative du logement ; pour les seconds, le

100. Les dépenses PSOP représentent la plus grande part des dépenses de personnel.

montant de l'avantage en nature est égal à la différence entre la redevance payée par l'agent et la valeur locative.

En quatrième lieu, s'agissant des dépenses de personnel payées en dehors de la procédure PSOP, les deux constats suivants ont été faits :

- plusieurs prestations sont payées comme si elles étaient réalisées par des travailleurs indépendants, alors que rien dans les pièces justificatives des paiements n'apportait d'information sur le statut réel des prestataires. En l'absence de ces informations, les rémunérations versées auraient dû donner lieu au paiement de cotisations. Les sommes en jeu sont cependant peu élevées ;
- le second constat porte sur des montants beaucoup plus importants. L'article L. 311-3-21 du code de la sécurité sociale, résultant de l'article 15 de la LFSS pour 1999 dispose que sont affiliées au régime général les personnes qui exercent une activité à titre occasionnel pour le compte de l'Etat, dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par des décisions de justice et dont la liste est fixée par décret. Cette liste¹⁰¹ comprend essentiellement des personnes rémunérées sur frais de justice. Le contrôle a confirmé qu'aucune cotisation n'est versée depuis l'année 2000 sur les rémunérations payées sur frais de justice. Le redressement potentiel a été chiffré, pour l'année 2005 et sur des bases réglementaires légèrement différentes de celles actuellement en vigueur, à environ 34,3 M€. La raison de la non-application de la réglementation avancée par le ministère de la Justice, pourtant consulté lors de l'élaboration des textes, est que la procédure qui devrait être mise en œuvre est incompatible avec les modalités de gestion des rémunérations payées sur frais de justice. Les discussions entamées en 2001 avec la direction de la sécurité sociale n'ont toujours pas abouti. La Cour insiste pour qu'elles se concluent à bref délai.

RECOMMANDATIONS

15. *Aligner l'assiette des cotisations maladie et famille des employeurs publics sur le droit commun du régime général.*

16. *Transmettre, dans une forme équivalente au secteur privé, les pièces justificatives des paiements des cotisations sociales afin que les URSSAF soient en mesure de vérifier mensuellement les cotisations versées par l'Etat.*

17. *Verser les cotisations sociales pour les rémunérations payées sur frais de justice.*

101. Décret n°2000-35 du 17 janvier 2000.

Chapitre V

**Les suites données à certaines
recommandations précédentes de la
Cour**

PRÉSENTATION

La Cour a décidé de renouer avec une pratique qui l'avait conduite à consacrer, dans ses rapports sur la sécurité sociale publiés de 1997 à 2001, un chapitre de la première partie de son rapport annuel sur la sécurité sociale aux suites données aux recommandations qu'elle avait antérieurement formulées. Ce chapitre est consacré cette année aux suites données aux recommandations du rapport 2002 sur le médicament à l'hôpital et aux recommandations du rapport 2004 sur les affections de longue durée, la liste des produits et prestations remboursables, les transports sanitaires, ainsi que et les indemnités journalières.

I - La réforme de la rétrocession

Les médicaments rétrocédés sont des médicaments vendus par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés. La rétrocession consiste donc à faire sortir en ville des médicaments dont l'hôpital a le monopole de la distribution (ces médicaments sont identifiés sous le terme de réserve hospitalière). Achetés par les hôpitaux, ces médicaments leur sont remboursés au titre des soins de ville et n'ont donc pas d'impact sur les dépenses hospitalières.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de 2002, la Cour avait montré que la rétrocession constitue un moyen de détourner les règles de fixation des prix des médicaments. Elle recommandait donc de « limiter strictement la réserve hospitalière et le nombre de médicaments concernés ainsi que la rétrocession qui en découle ». Elle observait également que cette pratique n'était pas conforme au droit : la loi du 8 décembre 1992 interdisait la rétrocession, tout en prévoyant la possibilité de déroger à ce principe par un décret en Conseil d'Etat qui n'avait toujours pas été pris.

Ce décret a enfin été pris le 15 juin 2004. Il a été suivi six mois plus tard par un arrêté établissant la première liste de médicaments « rétrocédables », liste remaniée en juillet 2005.

La Cour a entrepris de vérifier les conditions dans lesquelles cette régularisation juridique a permis de répondre à sa recommandation.

A – Ampleur et inconvénients de la rétrocession

1 – Une pratique importante

La rétrocession de médicaments par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés n'a débuté qu'à la fin des années 80 avec la

libération des prix des médicaments à l'hôpital en 1987. Le phénomène a pris de l'ampleur au fil des ans et s'est accéléré au début des années 2000. Les rétrocessions sont ainsi passées de 660 M€ en 2000 à 1,4Md€ en 2004 pour le seul régime général d'assurance maladie¹⁰².

Cette vive évolution s'est traduite par une part croissante des rétrocessions dans les remboursements de médicaments en ville : 5,3% en 2000, 8,7% en 2004. Cette même année, les rétrocessions représentaient 45% des achats hospitaliers de médicaments tous régimes confondus et 32 % pour le seul régime général.

Cette progression s'est longtemps faite dans l'illégalité. L'absence pendant 12 ans du décret fixant la liste des médicaments pouvant être rétrocédés a conduit le Conseil d'Etat à annuler plusieurs circulaires successives prévoyant la rétrocession de médicaments, jusqu'à ce que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 41) légalise, jusqu'à la publication de la liste, la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments rétrocédés.

La mise en œuvre progressive du décret du 15 juin 2004 sur la rétrocession a conduit à inverser la tendance : en 2005, les rétrocessions se sont réduites de 229 M€ (régime général seul). Cependant, la rétrocession reste encore deux fois supérieure à son niveau de 2000 et demeure très importante.

2 – Un détournement de la réserve hospitalière

Les médicaments inscrits en réserve hospitalière ne peuvent en principe être prescrits et délivrés qu'à l'hôpital. Or, la rétrocession consiste précisément à faire sortir ces médicaments de l'hôpital : en l'absence du décret prévu par la loi, c'est le classement en réserve hospitalière qui ouvrirait la possibilité de rétrocéder.

En outre, une réserve hospitalière de fait s'est développée à partir de la fin des années 80 en raison de la convergence de deux intérêts : celui des hôpitaux de transférer sur l'enveloppe des soins de ville des médicaments innovants et très coûteux ¹⁰³ et celui des firmes pharmaceutiques qui obtenaient ainsi de vendre ces médicaments à prix

102. Tous régimes confondus, les rétrocessions seraient de l'ordre de 1,7 Md€ en 2004.

103. Des cas de délivrance de médicaments en rétrocession à des malades hospitalisés, des rétrocessions intervenant la veille ou le jour d'une admission à l'hôpital ou encore des cas de rétrocession concernant des patients provenant d'établissements privés ont été observés par les chambres régionales des comptes.

libres sur le marché de ville normalement soumis à des prix administrés¹⁰⁴.

L'influence de l'industrie pharmaceutique sur le classement des médicaments peut expliquer l'extension rapide de la réserve hospitalière. Des représentants de l'industrie ont parfois participé au groupe de travail de l'AFSSAPS sur les « conditions de prescription et de délivrance » qui propose à la commission d'autorisation de mise sur le marché (AMM) un éventuel classement des médicaments en réserve hospitalière. L'industrie a pu ainsi se retrouver à la fois juge et partie. Par ailleurs, il n'est pas prévu par la loi d'imposer aux firmes de demander l'admission de leurs médicaments en ville si elles trouvent plus rentable de négocier avec les hôpitaux des prix qui s'appliqueront ensuite en ville.

Les critères de santé publique n'expliquent pas l'ampleur de la réserve hospitalière en France puisque des pays voisins, tels que l'Allemagne et la Grande-Bretagne, ne connaissent pas ce dispositif. Dans ces deux pays, tout médicament, une fois autorisé, peut être prescrit par tout médecin et délivré par toute pharmacie, en ville ou à l'hôpital.

3 – L'effet inflationniste de la rétrocession

Le coût des médicaments rétrocédés n'est pas inclus dans les dépenses des établissements. Leur prise en charge à 100 % par l'assurance maladie sur l'enveloppe des soins de ville, sur la base de leur prix d'achat majoré d'une marge de 15 % restant acquise à l'établissement, n'incitait pas les hôpitaux à négocier fermement avec les fournisseurs des médicaments fortement rétrocédés. Comme l'a indiqué le conseil de la concurrence dans un avis du 28 juin 2004, « l'absence de contrainte budgétaire imposée aux hôpitaux pour les médicaments rétrocédés induit le risque de subventions croisées entre médicaments rétrocédés et non rétrocédés, aux dépens de l'assurance maladie : pour obtenir des prix modérés sur les médicaments délivrés aux patients hospitalisés et financés sur sa dotation globale, un établissement peut être incité à accepter des prix élevés pour les médicaments qu'il rétrocède aux

104 . Les prix des médicaments vendus en officine sont fixés par le comité économique des produits de santé (CEPS) après évaluation du niveau du service médical rendu (SMR) et de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par la commission de la transparence. Quand l'inscription d'un médicament sur la liste des médicaments remboursables n'est pas demandée par le laboratoire, il reste dans la réserve hospitalière de fait avec des prix libres (depuis 1987). S'il est rétrocédé, il est imputé aux dépenses de soins de ville au prix négocié par l'hôpital, lequel a peu de capacité de négociation quand il s'agit de médicaments innovants et sans concurrent.

patients ambulatoires, car ces médicaments rétrocédés lui seront, in fine, payés par l'assurance maladie ».

La déresponsabilisation des établissements est aggravée par l'existence de la marge proportionnelle au prix d'achat. Plus le prix payé au laboratoire par l'établissement est élevé, plus la marge perçue par l'hôpital est importante. D'après le conseil de la concurrence, le coût pour l'assurance maladie du financement de cette marge a dépassé 100 M€ en 2001.

Par ailleurs, lorsqu'un laboratoire décide de demander l'admission d'un médicament au remboursement en ville, le prix pratiqué en rétrocession servira souvent de référence, au risque de peser sur le niveau final du prix négocié avec le CEPS.

Enfin, le surcoût résulte aussi du taux de prise en charge à 100 % des médicaments rétrocédés (lequel n'a longtemps reposé sur aucune base réglementaire).

Il faut y ajouter des complexités de gestion pour l'assurance maladie contrainte de rembourser un même médicament à des tarifs différents selon l'hôpital qui l'a dispensé. La possibilité de rétrocéder des médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation -ATU- (n'ayant pas d'AMM et dont le prix est fixé par le seul industriel) complique également le dispositif.

B – Mise en œuvre et limites de la réforme de la rétrocession

Le décret du 15 juin 2004 ne répond pas à toutes les préconisations faites par la Cour en 2002.

1 – Les nouvelles dispositions : la liste de rétrocession

Le décret poursuivait deux objectifs : un objectif sanitaire consistant à faciliter un accès rapide des patients aux médicaments et un objectif financier de réduction de la dépense imputable à la rétrocession. Il définit pour cela des catégories de prescription et crée une liste positive de rétrocession.

Les catégories de prescription des médicaments sont modifiées, la réserve hospitalière est limitée aux médicaments administrés à l'hôpital (qui ne peuvent donc plus être rétrocédés) et une catégorie de « prescription hospitalière » est créée permettant une délivrance à

l'hôpital ou directement en ville. Les médicaments appartenant aux quatre dernières catégories mentionnées (b à e) peuvent être rétrocédés¹⁰⁵.

Le décret prévoit que seuls les médicaments inscrits sur la liste établie par arrêté pourront être rétrocédés par les pharmacies hospitalières aux patients non hospitalisés.

A l'exception de quatre types de produits inscrits d'office sur la liste¹⁰⁶, l'inscription des médicaments sur la liste de rétrocession doit être justifiée par des raisons tenant à :

- des contraintes de distribution, de dispensation ou d'administration ;
- la sécurité de l'approvisionnement ;
- la nécessité d'effectuer un suivi de leur prescription ou de leur délivrance.

Ces critères ne sont pas très explicites et leur mise en œuvre ne s'appuie sur aucune évaluation collective scientifique permettant de contrebalancer la forte pression exercée par les industriels en faveur de la rétrocession de leurs médicaments. Cela conduit à donner une large délégation au groupe de travail, composé de la DGS, de la DSS et de la DHOS, chargé de statuer sur les demandes d'inscription sur la liste de rétrocession.

La constitution de la liste de rétrocession a été lente, ce qui suggère qu'aucun travail préparatoire n'avait été effectué avant la parution du décret. Une première liste a été fixée par un arrêté du 17 décembre 2004. Elle a été étendue par une seconde liste, publiée le 6 septembre 2005, comprenant 183 molécules et 678 présentations, soit environ 250

105. « Art. R. 5143-5-1 - L'autorisation de mise sur le marché, l'autorisation temporaire d'utilisation ou l'autorisation d'importation d'un médicament peut classer celui-ci dans une des catégories de médicaments soumis à prescription restreinte suivantes :

- a) Médicament réservé à l'usage hospitalier ;
- b) Médicament à prescription hospitalière ;
- c) Médicament à prescription initiale hospitalière ;
- d) Médicament à prescription réservée à certains médecins spécialistes ;
- e) Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. (...) ».

106. Les médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) dite "nominative" et non classés en RH ; certaines préparations magistrales ; certaines préparations hospitalières et certains médicaments importés (hors importations parallèles et non classés en RH).

présentations de plus que la première liste¹⁰⁷. Cette liste n'est cependant pas exhaustive et d'autres molécules sont rétrocedées sans y figurer.

2 – Les textes ne sont toujours pas appliqués

a) La persistance d'une rétrocession hors liste

En attendant la publication de la liste de rétrocession, des décisions ministérielles ont organisé un dispositif transitoire afin de garantir aux patients la continuité des soins. Mais la rétrocession de médicaments hors liste est toujours en cours en 2006, alors même que la liste a été publiée. Ces médicaments rétrocedables hors liste relèvent de plusieurs catégories : ils sont en attente d'inscription sur la liste ou bien ils visent des affections particulières (douleur chronique rebelle, soins palliatifs et maladies métaboliques héréditaires) ou encore ils étaient déjà rétrocedés. Selon les cas, des dates butoir ont été ou non fixées, prorogées ou non.

En outre, le relevé du groupe de travail précité daté du 12 octobre 2005, chargé de l'inscription sur la liste de rétrocession, indique que quatre catégories de médicaments doivent continuer à être rétrocedées après le 30 octobre 2005 : outre celles, déjà mentionnées, concernant la douleur et les soins palliatifs ainsi que les maladies métaboliques, deux nouvelles catégories apparaissent qui renforcent le constat :

- les « produits à prescription médicale facultative (PMF) utilisés dans le cadre de la nutrition parentérale » : lors d'une précédente réunion du groupe de travail (29 juin 2005), il avait pourtant été indiqué que les spécialités PMF ne pouvaient être inscrites sur la liste rétrocession.
- les « médicaments de réserve hospitalière utilisés hors AMM sous la responsabilité des prescripteurs dans les maladies rares et graves » : cette dernière catégorie remettrait en cause le principe du décret de 2004 selon lequel les médicaments de la réserve hospitalière ne peuvent désormais être rétrocedés.

Ainsi, l'établissement d'une liste limitative de médicaments rétrocedables a été vidé de son sens. Les médicaments rétrocedés avant le décret de 2004 peuvent continuer à l'être sans être inscrits sur la liste de rétrocession. Quant aux médicaments qui n'étaient pas rétrocedés avant

107. Les molécules se répartissent de la manière suivante : 3 EPO, 33 médicaments dérivés du sang et analogues recombinants (dont facteurs de coagulation), 24 antirétroviraux (sida), 10 médicaments pour les hépatites B ou C, 7 antibiotiques, 4 antifongiques, 57 anticancéreux injectables, 34 « autres médicaments » (dont certains médicaments orphelins) et 11 médicaments bénéficiant d'une ATU de cohorte.

2004 et qui ne sont pas inscrits sur cette liste, ils peuvent être néanmoins rétrocédés dès lors qu'une demande d'inscription a été déposée sur l'une des deux listes mentionnées plus haut (liste de rétrocession ou liste de remboursement) ou s'ils ont une ATU nominative.

b) L'absence de codage des médicaments rétrocédés

En l'état actuel du droit, il n'existe pas d'obligation pour les établissements de santé de mentionner le code des médicaments rétrocédés sur les factures qu'ils adressent à l'assurance maladie. Celle-ci ne connaît donc pas les médicaments qu'elle rembourse et ne peut pas distinguer les parts respectives des médicaments rétrocédés inscrits sur la liste de ceux qui n'y figurent pas. Elle intervient en payeur aveugle et aucun contrôle ne peut être mis en œuvre par les caisses.

Un code UCD ayant déjà été retenu pour mettre en œuvre le codage des médicaments hospitaliers en général¹⁰⁸, dont celui des médicaments rétrocédés, il convient de s'interroger sur les délais de réalisation nécessaires à sa mise en œuvre. Le remboursement aux établissements des médicaments rétrocédés devrait être subordonné à la production du code UCD.

c) L'absence d'arrêté sur la marge de rétrocession

A la suite des observations de la Cour dénonçant l'imprécision de la base juridique de la marge des médicaments rétrocédés, une lettre ministérielle du 4 décembre 2002 a fixé la marge à 15 % du prix d'achat de ces médicaments.

Cependant, en raison du caractère inflationniste d'une marge proportionnelle au prix d'achat, le principe d'une marge forfaitaire, indépendante du niveau de prix, a finalement été retenu par le ministère. Le niveau de cette marge forfaitaire (entre 23 € et 30 €) fait néanmoins l'objet, depuis janvier 2006, d'une demande d'arbitrage au cabinet du ministre chargé de la santé. Dans l'attente d'une mission de l'IGAS sollicitée pour établir précisément le niveau du coût de gestion de la rétrocession pour les pharmacies hospitalières, le niveau de marge retenu sera limité à l'année 2006.

En attendant, la marge proportionnelle continue de s'appliquer et l'absence d'arrêté sur la marge de rétrocession est avancée pour justifier les retards dans la mise en place du codage des médicaments rétrocédés.

108. Cf. le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2002, p. 368.

C – Une économie encore limitée pour l’enveloppe des soins de ville de l’assurance maladie

1 – Le dispositif de régulation du prix des médicaments rétrocedés

Sans attendre le décret du 15 juin 2004, la LFSS pour 2004 et un accord entre l’Etat et l’industrie pharmaceutique du 30 mars 2004 ont modifié le régime juridique de fixation des prix de cession des médicaments rétrocedés.

La loi a mis en place un dispositif de déclaration des prix qui ne relève pas du système conventionnel d’administration des prix applicable aux médicaments délivrés en ville. Un accord cadre du 30 mars 2004 entre le CEPS et le LEEM a précisé la procédure, les conditions de déclaration de prix des laboratoires, les critères d’opposition du CEPS, les conditions de révision des prix et les engagements devant être pris par les entreprises. Il s’agit d’une procédure ad hoc qui ne relève ni du droit commun de la fixation des prix, ni du système de dépôt de prix.

Dès la publication du décret du 15 juin 2004 et sans attendre la publication de la liste de rétrocession (par arrêté du 17 décembre 2004), le CEPS a reçu des déclarations de prix émanant des laboratoires concernés par la rétrocession, conformément à l’accord-cadre précité.

Un avis du CEPS a été publié dès le 24 décembre 2004 sur le prix de 80 médicaments rétrocedés, correspondant à 236 lignes de produits et comprenant une sous liste de prix déclarés par les laboratoires et acceptés par le CEPS (47 spécialités réparties sur 125 lignes de produits) et une sous liste de prix décidés par le CEPS après opposition au prix déclaré ou en l’absence de déclaration par l’entreprise (33 spécialités, réparties sur 111 lignes de produits). En réalité, dans ce dernier cas figurent 15 médicaments en double dispensation ville-hôpital (concernant le sida et les hépatites), qui disposent déjà d’un prix conventionnel en ville. Hormis ces derniers médicaments, seules 18 spécialités ont fait l’objet d’un prix fixé par le CEPS.

Deux raisons, parfois cumulatives, ont justifié l’opposition du CEPS aux prix demandés dans environ la moitié des cas : un prix nettement plus cher qu’à l’étranger, un prix hors marge nettement plus élevé que ceux obtenus par les hôpitaux pour leur propre consommation, ou que ceux pratiqués l’année précédant la demande.

Pour les médicaments en double dispensation (sida et hépatites), le CEPS fixe un prix identique pour la rétrocession et pour la ville.

Dans la mesure où le prix des médicaments rétrocédés constitue un tarif limite de remboursement par l'assurance maladie (tarif forfaitaire de responsabilité), certains hôpitaux qui achètent un peu moins cher que le prix de rétrocession font un bénéfice. D'autres ne se font pas rembourser totalement par l'assurance maladie et subissent alors une perte. En effet, depuis la création de la liste des médicaments non inclus dans les tarifs hospitaliers¹⁰⁹ et donc pris en charge en sus des dépenses d'hospitalisation, les hôpitaux ne sont plus incités à demander des rabais sur le prix des médicaments qu'ils achètent, y compris pour ceux administrés en leur sein. Cependant, la prise en charge à 100 % de ces médicaments par l'assurance maladie étant désormais subordonnée au respect par l'hôpital de certaines conditions de bon usage (art. L. 162-22-7), celui-ci risque de garder à sa charge une fraction du prix des médicaments.

2 – Les économies dues à la réforme de la rétrocession

Selon le CEPS, le nouveau système de déclaration de prix des médicaments rétrocédés a eu pour effet de maîtriser les prix, voire dans de nombreux cas de les diminuer : ainsi pour des médicaments dérivés du sang, certaines érythropoïétines et des médicaments destinés au traitement de maladies métaboliques héréditaires. L'économie serait de plus 200 M€, dont plus de 60 M€ pour les seules EPO (érythropoïétines). Elle correspond à la différence entre le prix payé à l'hôpital et le prix fixé par le CEPS, multipliée par le volume vendu en 2004.

Néanmoins, les prix acceptés ou fixés dans le cadre de la rétrocession demeurent légèrement plus élevés, selon le CEPS, que les prix fixés dans le cadre de l'admission au remboursement en ville.

L'estimation de l'économie induite par cette nouvelle régulation est en réalité difficile à apprécier. Le cadre réglementaire est récent et le dispositif de régulation n'a été prévu que par la LFSS pour 2006¹¹⁰.

Par ailleurs, des médicaments, jusque là uniquement disponibles à l'hôpital et rétrocédés, sont maintenant sortis de la réserve hospitalière et disponibles en officine. Les sorties complètes de la réserve hospitalière ont représenté 396 M€ remboursés en 2005 (régime général). D'autres médicaments (antirétroviraux, médicaments des hépatites virales, érythropoïétines) bénéficient d'un double circuit de dispensation et

109. Voir chapitre VI, IV, A, 1.

110. L'article 21 de la LFSS pour 2006 étend aux médicaments rétrocédés la clause de sauvegarde prévue à l'article l. 138-10 du CSS (contribution due en cas de non respect par les laboratoires pharmaceutiques conventionnés de l'objectif de croissance du chiffre d'affaires fixé par la LFSS).

peuvent être obtenus, selon le choix du malade, auprès d'une pharmacie hospitalière ou d'une officine de ville. La répartition des remboursements correspondants sur ces deux postes de dépenses, dont l'un n'est pas codé, n'est de ce fait pas connue. On connaît uniquement les montants remboursés correspondant aux délivrances officinales : en 2005, antirétroviraux, traitement des hépatites et érythropoïétines ont représenté 530 M€ (estimation régime général).

Certes, les rétrocessions ont diminué en 2005. Mais, avec un montant de 1,22 Md€ pour le régime général en 2005 (1,7 Md€ tous régimes), elles demeurent encore plus importantes que les transferts décidés entre les dépenses hospitalières et l'enveloppe de soins de ville (sorties en ville et double circuit de dispensation), d'un montant total de 926 M€ de dépenses du régime général (1,3 Md€ tous régimes).

SYNTHÈSE

La réforme de la rétrocession mise en place par le décret de 2004 est insuffisante. Force est de constater que la volonté de la mettre pleinement en œuvre n'existe pas.

L'objectif de régulation financière est faiblement réalisé du fait de l'existence d'une rétrocession hors liste. L'argument selon lequel l'existence d'une liste de médicaments rétrocédés est justifiée par les délais des procédures d'évaluation et de négociation des prix des médicaments en ville n'est pas convaincant, compte tenu de l'exemple des pays voisins. La manière la plus simple de mettre rapidement les médicaments à la disposition des patients non hospitalisés est de les distribuer en même temps en ville et à l'hôpital, dès lors qu'ils ont reçu leur AMM.

Les complexités administratives générées par un dispositif qui exige de nombreuses décisions successives sont coûteuses pour l'Etat et ne sont pas justifiées par l'intérêt général.

La catégorie des médicaments dispensés à l'hôpital pour être administrés en ville n'a, dès lors, plus lieu d'être.

RECOMMANDATIONS

18. Supprimer la catégorie des médicaments rétrocédés.

19. Dans l'attente de cette réforme, appliquer pleinement le décret du 15 juin 2004.

II - La maîtrise de certains postes de dépenses en forte croissance

Evolution des quatre postes pour le régime général

En M€

	Evolution 2000/2003 par an	2 003	2 004	2 005	Evolution 2003/2004	Evolution 2004/2005
ALD (affections de longue durée)*	10,25 %	17 009	19 023	20 438	11,8%	7,4%
LPPR (liste des prestations et produits remboursables)**	10,50 %	3 311	3 633	3 340	9,70%	-8,10%
Transports de malades	8 %	1 782	1 923	2 054	7,9%	6,8%
IJ (indemnités journalières)	8 %	7 434	7 410	7 289	-0,3%	-1,6%
Soins de ville (régime général)	6,25 %	47 838	49 781	51 073	4,1%	2,6%
ONDAM (régime général)	5,25 %	101 706	106 257	110 787	4,5%	4,3%

*Soins de ville seuls hors IJ servis aux assurés sociaux en ALD.

**Le périmètre de la LPPR a souvent changé ces dernières années, en particulier entre 2004 et 2005 à la suite de l'intégration d'une partie des produits remboursables dans les dépenses des cliniques. A périmètre constant, le taux d'évolution est de +8,3 %.

Source : CNAMTS (chiffres en date de remboursement).

Ces quatre postes de dépenses ont tous connu entre 2000 et 2003 une forte croissance variant entre 8 % et 10 % par an. En 2004 (le phénomène a été confirmé en 2005) leur évolution a été plus contrastée : équivalente à celle des années antérieures pour la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) et les transports sanitaires, elle s'est inversée pour les indemnités journalières d'assurance maladie (IJ), les dépenses à ce titre diminuant en pourcentage et en valeur absolue depuis 2004.

Les dépenses relatives aux ALD se sont certes ralenties mais elles restent le poste de dépenses le plus important et leur poids dans les soins de ville s'est même accru de près de cinq points entre 2003 et 2005 en passant de 35,6 % à 40 %.

A – Les affections de longue durée

L'enquête menée en 2004 préconisait de mettre en place un système de codage des ALD et d'actualiser les référentiels médicaux afin de mieux maîtriser ce poste de dépenses.

1 – Un poste de dépenses toujours croissant

Fin 2004, 6,6 millions d'assurés du régime général étaient pris en charge au titre des ALD. Tous régimes confondus, près de 8 millions de personnes sont atteintes d'une affection de longue durée, soit 13 % de la population totale. Toutes les informations disponibles laissent augurer une poursuite de cette tendance au cours de prochaines années en raison de la croissance de la population (+27,5 % pour les plus de 65 ans entre 1990 et 2005) et de l'accroissement de l'espérance de vie des patients atteints d'une ALD. Alors que l'âge moyen d'entrée en ALD n'a augmenté que de deux ans entre 1990 (58 ans) et 2004 (60 ans), l'âge moyen de décès d'une personne en ALD est passé de 71 ans en 1990 à 75 ans en 2004. D'autres phénomènes contribuent à cette croissance tels que l'augmentation pendant la même période des pathologies graves (+84 % de personnes en ALD pour cancer, +83 % de personnes en ALD pour diabète), la révision des critères médicaux de prise en charge des ALD¹¹¹) ou la création en 2000 de la majoration pour maintien à domicile.

2 – Des coûts mieux connus

Les ALD et leur coût sont maintenant mieux identifiés depuis que l'échantillon EPAS¹¹² a été, après avis de la CNIL du 25 novembre 2004, médicalisé, c'est-à-dire enrichi des codes permettant d'identifier les 30 ALD reconnues. Il est dès lors possible non seulement d'estimer le nombre de patients en ALD avec toutes les caractéristiques présentes dans l'EPAS (sexe, âge.....) mais aussi de connaître toutes les consommations médicales associées.

Par ailleurs, les lacunes résultant de l'insuffisante représentativité de l'échantillon EPAS peuvent être surmontées grâce au croisement

111. Le taux de glycémie à jeun définissant le seuil de diagnostic du diabète a ainsi été abaissé en 1999 de 1,40 grammes/litre à 1,26 grammes/litre entraînant ainsi une forte augmentation du nombre de diabétiques pris en charge. Cela a conduit notamment à une augmentation du nombre de nouveaux bénéficiaires de 21,2 % en 2000 pour une augmentation moyenne annuelle de 11 % entre 1996 et 2003.

112. Echantillon permanent des assurés sociaux du régime général.

autorisé, depuis l'avis de la CNIL du 19 juin 2005, des données anonymisées résultant du SNIRAM (base de données interrégimes) et des données de codage des pathologies détenues par le service médical (HIPPOCRATE). Enfin, l'enquête nationale « Fréquence et coût des ALD » autorisée par un autre avis de la CNIL du 10 octobre 2005 permet d'appréhender les coûts hospitaliers publics et privés.

Depuis ces avis, la CNAMTS a multiplié les études afin de connaître avec précision les divers postes de dépenses des ALD. Ainsi, à titre d'exemple, les dépenses moyennes des patients souffrant de diabète (insulino-traités) ont été en 2004 de 219 € au titre des consultations de généralistes, de 1 415 € pour les soins infirmiers, de 1 082 € pour les frais de pharmacies d'officine, de 2 233 € pour les frais d'hôpitaux publics.

3 – Mais des dépenses difficiles à maîtriser

Une plus grande maîtrise des dépenses d'ALD supposerait la réalisation de plusieurs conditions.

a) Un meilleur respect de l'ordonnancier bizoné¹¹³

L'exploitation des données médicalisées effectuée en 2006 a montré que l'ordonnancier bizoné est, dans les faits, mieux appliqué qu'on ne le pensait. Ainsi, les prescriptions de certaines ALD remboursées à 100 % représentent en moyenne entre 65,9 % et 76,1 % du total des dépenses.

113. L'ordonnancier bizoné permet de distinguer toutes les prescriptions liées à une ALD et remboursées à 100 % des autres prescriptions qui ne sont pas liées à l'ALD et qui sont remboursées à des taux inférieurs.

Dépenses remboursées année 2004*En M€*

ALD	En ALD	Hors ALD	Total	Nombre de patients
Hypertension artérielle isolée	1 753 69,0 %	786 36,9 %	2 539	556 664
Diabète isolé	4 039 74,7 %	1 365 25,3 %	5 404	967 992
Diabète + ALD cardiovasculaire	1 003 65,9 %	519 34,1 %	1 522	207 705
Diabète + autres ALD	1 709 76,6 %	521 23,4 %	2 231	215 807

Source : CNAMTS

L'incitation au respect de l'ordonnancier bizonne demeure nécessaire. La campagne menée actuellement par la CNAMTS pour rendre effectif dans tous les cas cet ordonnancier est donc une excellente initiative car des gains restent possibles. Pour la CNAMTS, pour le seul secteur de la pharmacie et pour huit ALD, l'enjeu financier d'un meilleur respect de l'ordonnancier bizonne a été estimé à 60 M€.

b) L'explicitation des fortes inégalités territoriales constatées

La CNAMTS a mis en évidence¹¹⁴ que la part des soins non pris en charge à 100 % dans le total des soins dispensés aux personnes en ALD diffère très fortement d'un département à l'autre et dans une proportion variant du simple au double. Ce pourcentage est voisin de 13 % dans les Pyrénées-Orientales, les Bouches-du-Rhône, l'Hérault, le Gard, le Vaucluse, le Var, les Hautes-Alpes, la Haute-Loire et l'Yonne. A l'inverse, il est voisin de 22 % dans la Loire, les Landes, la Loire-Atlantique et l'Orne.

Des différences aussi importantes doivent être explicitées par des études plus complètes, mettant en relation ces données avec en particulier

114. Points de conjoncture n° 31-32, décembre 2004.

la répartition des pathologies¹¹⁵ et la proportion d'ALD soignées plutôt dans les hôpitaux qu'en ville.

Seuls ces travaux permettront de distinguer dans les prescriptions d'ALD celles qui relèvent d'éléments pathologiques incontestables ou de modes d'organisation de soins particuliers et celles qui sont liées à des comportements injustifiés des professionnels de santé et des assurés sociaux.

c) Le renouvellement des référentiels des ALD.

La loi du 13 août 2004 a confié cette tâche à la haute autorité de santé (HAS). Celle-ci a prévu de réexaminer, d'ici 2008, les 30 référentiels existants datant des années 1990 et de se prononcer à chaque fois sur les critères médicaux justifiant l'entrée dans le dispositif ALD et sur les listes des prestations nécessitées par le traitement de l'affection.

Les premiers travaux qui concernaient le diabète et l'hépatite C ont abouti en juin 2006. Il était prévu, initialement, qu'à l'occasion du réexamen de ces référentiels, la HAS proposerait, si cela lui paraissait justifié, une modification des critères médicaux permettant de bénéficier d'une ALD. S'agissant plus particulièrement du diabète, il avait été envisagé non pas de relever le taux de glycémie mais de sortir du champ de l'ALD les patients diabétiques de type 2 ne présentant aucune complication macro ou micro vasculaire. Les travaux préparatoires avaient cependant montré que ces patients qui forment près du tiers de la population totale des diabétiques ne représentaient que 9 % des dépenses de cette ALD.

Compte tenu de ces éléments et en raison de la nature du sujet, la HAS ne s'est pas prononcée dans l'immédiat en faveur d'une modification des critères médicaux. Elle justifie sa prudence par la nécessité de disposer d'une vue d'ensemble de plusieurs ALD au-delà des deux affections examinées. Elle estime également que la redéfinition des critères médicaux doit être replacée dans une problématique beaucoup plus large prenant en compte le poids du ticket modérateur et du reste à charge pour le patient ainsi que la place respective de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire dans le financement

115. Dans certains cas, une prévalence plus marquée de certaines ALD s'explique par des données sanitaires et épidémiologiques variant fortement d'une région à l'autre. Ainsi, la répartition géographique des prises en charge à 100 % pour le diabète et les cancers correspond aux données épidémiologiques et reflète donc les mêmes disparités régionales.

du dispositif. Elle estime en outre qu'un débat public doit avoir lieu sur ces questions.

Dans ces conditions, un véritable ralentissement des dépenses d'ALD est illusoire sauf à prendre des mesures plus contraignantes.

B – La liste des produits et prestations remboursables

L'usage des dispositifs médicaux est de plus en plus fréquent dans la pratique médicale. Il s'agit d'un domaine très vaste et hétéroclite qui s'étend des compresses aux dispositifs implantables dans le corps humain. Pour être remboursables par l'assurance maladie, ces produits et prestations doivent être inscrits sur une liste limitative, la liste des produits et prestations remboursables (LPPR).

Les principaux postes en augmentation sont les matériels d'assistance respiratoires, les matériels pour traitement à domicile, les matériels pour traitements divers (produits pour auto-traitement et auto-surveillance des diabétiques sous insuline, nutrition orale, stérilets, produits pour incontinents urinaires...).

Dans son rapport de 2004, la Cour mettait l'accent sur la nécessité de renforcer les moyens des instances de régulation compétentes, d'abaisser le prix des dispositifs qui n'apportent pas d'amélioration et de rendre obligatoire dans tous les cas la notification de leur commercialisation. Depuis lors, le mode de régulation qui s'applique à la LPPR a été précisé.

1 – Le renforcement des institutions compétentes

Deux commissions interviennent, l'une dans le domaine médical, la commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP), l'autre dans le domaine économique, le comité économique des produits de santé (CEPS). Leur rôle fondamental et complémentaire a été renforcé.

La CEPP est chargée d'évaluer le service rendu par les dispositifs médicaux. Son fonctionnement a été modifié : seules les personnalités scientifiques ont voix délibérative, les représentants des ministères de tutelle n'ayant plus qu'une voix consultative. Ceci renforce la portée technique et médicale de ses avis dont l'autorité a été élargie par le décret du 23 décembre 2004 rendant obligatoire leur publication, même en cas de service rendu insuffisant¹¹⁶.

116. En 2005 la CEPP a donné un avis négatif à 13 dossiers pour service rendu insuffisant (29 en 2004).

Le CEPS, auquel la CEPP transmet son avis, fixe les tarifs de responsabilité. Des prix limites sont fixés dans deux cas :

- de manière systématique pour les dispositifs médicaux du titre III (dispositifs implantables) et le grand appareillage orthopédique ;
- en cas de changement du tarif de responsabilité : lorsque celui-ci est baissé, afin que la baisse du niveau de remboursement n'ait pas de conséquence pour les assurés, et lorsqu'au contraire il est relevé, afin que les fabricants n'en profitent pas pour augmenter le prix de vente. Cela a été le cas en 2005 pour une nouvelle catégorie de prothèses mammaires.

Les cas dans lesquels une expertise des coûts de fabrication est effectuée sont devenus très exceptionnels dans la mesure où le prix des produits est fixé par référence au service attendu.

Le codage des dispositifs assuré par l'assurance maladie, obligatoire depuis le 1^{er} mars 2005, devrait améliorer la connaissance des volumes vendus.

2 – Les modalités de la baisse des tarifs

Selon la réglementation, pour être inscrit sur la liste, un nouveau dispositif qui n'apporte pas d'amélioration du service rendu ou attendu par rapport aux dispositifs comparables doit permettre au moins une économie dans le coût du traitement.

En pratique, cette réglementation est contournée. En effet, un dispositif qui n'apporte pas d'amélioration est répertorié dans une ligne générique et inscrit au même tarif que les dispositifs de cette ligne, et non à un tarif inférieur. Par ailleurs, le CEPS peut décider d'aligner le tarif applicable à un dispositif inscrit en nom de marque sur le tarif de la ligne générique existante lorsque, pour des raisons financières, de santé publique ou de contrôle technique, le suivi de tels produits paraît opportun (cas des anneaux gastriques par exemple). Cette pratique a été entérinée par le décret du 23 décembre 2004.

Le tarif des lignes génériques peut cependant évoluer à la baisse grâce aux négociations que le CEPS mène avec les fabricants. Cela a été le cas des matériels d'oxygénothérapie en juin 2005 et, en février 2006, de plusieurs autres dispositifs (matériels de prévention des escarres, matériels d'auto-surveillance et d'auto-traitement pour les diabétiques, pansements).

3 – La réorganisation de la liste

Le décret du 23 décembre 2004 a également modifié l'organisation de la liste. D'une part, les nouvelles lignes génériques sont inscrites pour une durée maximum de cinq ans renouvelable, d'autre part, l'ensemble des 3000 lignes génériques doit être révisé d'ici le 31 juillet 2015. Cette exigence a le mérite d'amener la CEPP à réviser systématiquement les descriptions génériques, c'est-à-dire à les reclasser en catégories d'indications. Ainsi, il existe 400 modèles de prothèses de hanches. Le but est de les regrouper en une demi-douzaine de catégories comprenant chacune une demi-douzaine d'indications.

En apparence contradiction avec la réglementation qui fait de l'inscription par description générique le principe et l'inscription en nom de marque l'exception, la tendance actuelle est de ne pas ouvrir systématiquement de nouvelles nomenclatures génériques. Leur création nécessite, d'une part, un travail préalable de mise en cohérence des caractéristiques des dispositifs et de leurs utilisations d'indications, d'autre part, la CEPP et le CEPS éprouvent souvent le besoin de suivre un dispositif en raison de son impact sur les dépenses ou pour des impératifs de santé publique comme noté plus haut. Ceci explique le maintien de l'inscription de nombreux produits en nom de marque.

Toutefois, lorsqu'elle l'estime possible, la CEPP transforme en une nomenclature générique l'inscription de plusieurs produits inscrits en nom de marque. Ainsi une ligne générique comprenant 6 classes a été substituée en novembre 2003 à l'inscription sous nom de marque d'une centaine de stimulateurs cardiaques. Seuls sont encore inscrits sous nom de marque, avec un tarif supérieur au tarif de la catégorie pendant une durée limitée (12 ou 18 mois), des stimulateurs auxquels la CEPP a reconnu une ASR en raison de leurs avantages spécifiques par rapport aux spécifications minimales de leur catégorie.

Si, par construction, la CEPP et le CEPS ont connaissance des produits inscrits sous nom de marque, il n'en est pas de même de ceux qui répondent à une description générique et pour lesquels les fabricants ne revendiquent pas d'augmentation du prix. Dans ce cas, le produit est commercialisable et remboursable par l'assurance maladie sans passer devant la CEPP et le CEPS. Il conviendrait donc d'obliger les fabricants à déclarer auprès de la CEPP et du CEPS la commercialisation de produits rentrant sous une ligne générique. Cette connaissance faciliterait le travail de recensement de ces produits et permettrait à l'assurance maladie de savoir ce qu'elle rembourse exactement.

4 – L’encadrement des indications

Des avancées ont été réalisées en matière d’indications. La loi du 13 août 2004 fait obligation au prescripteur d’indiquer si le dispositif médical est ou non remboursable.

En outre, le décret précité institue la possibilité d’inscrire sur la LPPR des dispositifs médicaux dits d’exception particulièrement coûteux dont la prise en charge est limitée à une ou plusieurs indications. Les arrêtés nécessaires sont en cours de publication. Leur prescription sera encadrée faute de quoi ils ne seront pas remboursés. Cela nécessite un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale qui n’a pas encore été publié à ce jour.

Enfin, un dispositif de surveillance des dispositifs implantables a été mis en place. Des accords de bon usage doivent être conclus entre les établissements de santé, les ARH et l’assurance maladie, permettant le remboursement à 100 % des dispositifs médicaux coûteux. Ces accords ont pour objet de s’assurer que les dispositifs sont utilisés conformément aux indications de la LPPR ou des protocoles thérapeutiques définis par l’AFSSAPS et la HAS. Ils s’appliquent aussi bien aux dispositifs intégrés dans les tarifs forfaitaires (GHS) qu’à ceux qui sont facturés « en sus » du tarif.

C – Les transports de malades

1 – Les dépenses de transports.

a) Des dépenses qui continuent d’augmenter, mais à un rythme moins soutenu

Ces dépenses ont concerné 3,4 millions de personnes soit 6,8 % de la population du régime général. Parmi les bénéficiaires de ces transports figurent principalement les personnes souffrant d’une affection de longue durée : la dépense moyenne des patients en ALD, soit 709 €, est 3,4 fois supérieure à celle des autres patients (207 €).

La hausse globale des dépenses recouvre des évolutions contrastées. Entre 2000 et 2004, les dépenses des ambulances et des taxis ont crû fortement (respectivement de 12 % et 16 %), tandis que celles des véhicules sanitaires légers (VSL) ont stagné (-1,5 %). La faible revalorisation des tarifs de transports en VSL explique en partie cette différence qui s’est traduite par une diminution de près de huit points de la part relative des VSL, passée de 38,6 % à 30,7 % des dépenses de transport entre 2001 et 2004.

L'enquête menée en 2004 mettait l'accent sur la nécessité de mieux encadrer la prescription, de revoir la réglementation applicable à l'offre de transport ainsi que l'organisation des transports d'urgence de jour.

b) Des progrès en vue dans la régulation de la prescription de transport

L'accord de bon usage de soins (ACBUS) conclu en septembre 2003 avec les médecins généralistes pour limiter le recours aux transports en ambulance présentait d'évidentes limites. En effet, il ne concernait ni les médecins hospitaliers qui apparaissent comme les principaux prescripteurs, ni les spécialistes. L'enquête de la Cour insistait sur la nécessité d'adapter les prescriptions de transport à la mobilité effective des patients, y compris ceux souffrant d'une affection de longue durée dont certains peuvent se déplacer facilement. Aussi ne peut-on qu'approuver la démarche engagée conjointement par le ministère chargé de la santé et par l'assurance maladie en vue d'établir un référentiel médical opposable prenant en compte l'autonomie du patient selon des critères fondés sur la classification internationale des handicaps établie par l'OMS et visant à une adéquation précise entre le mode de transport prescrit et le niveau de mobilité du malade.

L'économie projetée du fait d'une meilleure adaptation du mode de transport à la mobilité effective des patients a été chiffrée à 100 M€ en année pleine, dès 2006. Mais cet objectif ne pourra pas être atteint car le référentiel opposable n'a pas encore pu être publié, son élaboration étant retardée par un désaccord entre le ministère et l'assurance maladie. Celle-ci souhaitait réformer à cette occasion la réglementation qui ouvre droit à une prise en charge des transports pour les trajets de plus de 150 km. Le ministère a tenu à conserver ce motif de prise en charge pour ne pas risquer de remettre en cause les modalités de soins de certaines maladies.

En tout état de cause, il importe que l'entrée en vigueur de ce référentiel permette de rendre effective la possibilité de sanctions prévue par la loi du 13 août 2004 à l'égard des prescripteurs abusifs.

c) Une absence de réforme de la réglementation applicable à l'offre

Si la régulation de la prescription a fait l'objet d'un début de réforme, il n'en est pas de même de l'offre de transport. La réglementation de 1988 qui prévoit un indice national de véhicules de transport sanitaire modulable à hauteur de plus ou moins dix pour cent au niveau de chaque département reste à ce jour inchangée. En pratique pourtant, cet indice est dépassé dans la majorité des départements et l'on

comptait en 2004 25 546 véhicules sanitaires, dont 11 215 ambulances et 14 331 VSL, alors que le nombre autorisé était de 21 601, soit un dépassement global de près de 20 %. L'enquête de 2004 soulignait déjà que cet indice calculé au niveau départemental était dépassé et concluait qu'il devrait soit être révisé à la hausse, soit purement et simplement supprimé. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire pourraient constituer un cadre de référence pour le calcul de cet indice, qui ne serait plus fixé en fonction d'un indice national mais serait adapté aux spécificités des régions à l'instar des équipements médicaux lourds. Cette régionalisation aurait l'avantage de permettre de lier les transports sanitaires à l'offre de soins, en particulier la localisation des plateaux techniques lourds.

Quant au projet de rapprochement entre les VSL et les taxis, il n'a été envisagé que peu de temps et a tourné court en raison de divergences entre les professionnels sur ce sujet et d'un risque d'alignement vers le haut des tarifs. Ce projet a donc été rapidement abandonné par le ministère. En revanche l'assurance maladie poursuit l'objectif d'harmoniser les conventions locales de dispense de frais conclues avec les chauffeurs de taxis par le biais de cahiers des charges nationaux.

En définitive, l'offre de transport de malades paraît fortement liée à la géographie mais son développement, qui repose sur l'addition de deux secteurs hétérogènes, les transports sanitaires et les taxis¹¹⁷, ne semble pas maîtrisé. Des départements ruraux comme la Creuse, l'Aveyron, le Cantal, les Alpes-de-Haute-Provence se distinguent par des taux de véhicules sanitaires élevés pour 100 000 habitants (respectivement 86 %, 85 %, 71 %, 84 %) alors que les départements urbains de la région parisienne, du Nord et du Rhône ont des taux très inférieurs : 14 % à Paris, entre 19 % et 40 % pour les départements de l'Ile-de-France, 33 % dans le Nord, 24 % dans le Rhône. Or l'offre de taxis ne compense pas les écarts entre départements ruraux et urbains, mais au contraire les accentue : 267 véhicules, taxis compris, pour 100 000 habitants dans la Creuse, 170 dans les Alpes-de-Haute-Provence, 179 dans l'Aveyron, contre 47 dans le Nord, 32 dans les Yvelines et l'Essonne et 29 dans le Rhône. Si l'on conçoit que l'offre de transport sanitaire soit plus développée dans les départements ruraux¹¹⁸, en

117. Ils n'obéissent pas à la même réglementation et ne dépendent pas du même ministère, les taxis relevant du ministère de l'Intérieur.

118. La réglementation prévoit un ratio différencié selon la densité de la population dans chaque département : un véhicule pour 5 000 habitants pour l'ensemble des communes de plus de 10 000 habitants, un véhicule pour 2 000 habitants dans les communes de moins de 10 000 habitants.

revanche le fait que l'offre de taxis ne compense pas les écarts constatés paraît moins explicable¹¹⁹.

d) Les transports d'urgence, de nuit et surtout de jour, restent à réorganiser

Les transports d'urgence de nuit et les jours fériés ont fait l'objet d'une réorganisation en 2003, fondée sur le découpage des départements en secteurs de garde¹²⁰. Les carences de transporteurs privés débouchant sur l'intervention des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) se sont réduites en période de garde, ce qui est à mettre au compte de cette réforme. Cependant, la CNAMTS a procédé à une évaluation de la garde ambulancière en juin 2005 et a relevé qu'il était nécessaire d'une part de clarifier le champ des missions couvertes par la garde ambulancière en distinguant les urgences pré-hospitalières des transferts inter-hospitaliers et des sorties d'hôpitaux, d'autre part, d'améliorer la répartition des missions entre les différents partenaires (services médicaux d'urgence et SDIS). Au total le coût de la garde en 2004 (indemnités de garde et rémunération des sorties comprises) s'est élevé à 128,7 M€.

La coordination des différentes parties prenantes au transport d'urgence de jour doit être également améliorée. C'est l'objet des conventions tripartites entre les SAMU, les SDIS et les associations de transporteurs privés qui sont conclues dans les départements en application d'une circulaire du 29 mars 2004 du ministère chargé de la santé. Fin 2005, 20 de ces conventions étaient conclues et 30 étaient en cours de finalisation.

D – Les indemnités journalières d'assurance maladie

L'enquête menée en 2004 recommandait notamment de simplifier la réglementation des indemnités journalières afin de libérer des ressources pour le contrôle et de développer la subrogation des administrations dans les droits aux indemnités journalières des personnels non titulaires.

119. Une hypothèse serait que l'offre de transport de malades (véhicules sanitaires + taxis) est plus importante dans les départements ruraux du fait de l'éloignement des établissements de santé. Selon une carte établie par la CNAMTS, c'est dans ces départements que le montant moyen de dépenses de transport par personne protégée est le plus élevé, ce qui serait logique du fait de l'éloignement des centres de soins.

120. Décret du 23 juillet 2003 et avenant n° 1 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés.

1 – Un redressement effectif

C'est le secteur où, depuis 2004, l'action de la CNAMTS pour contenir les dépenses a été la plus efficace.

Indemnités journalières maladie – accidents du travail Régime général France métropolitaine

Année	Montants remboursés en €	Taux annuel d'évolution	Nombre d'IJ	Taux annuel d'évolution
2000	5 636 929 000	6 %	219 320 579	5,8 %
2001	6 149 638 000	7,9 %	234 921 666	7,1 %
2002	7 015 782 000	9,1 %	259 110 419	10,3 %
2003	7 434 382 000	14,1 %	265 398 535	2,4 %
2004	7 409 758 000	-0,3	256 926 175	-3,2 %
2005	7 289 344 000	-1,6 %	246 379 665	-4,1 %

Source : CNAMTS

La décélération constatée ces deux dernières années s'est poursuivie en 2006 puisque, durant le premier semestre, les dépenses ont baissé de 3,6 % par rapport à la même période de l'an dernier.

La sensibilisation des acteurs, les contrôles accrus effectués par les CPAM ont incontestablement produit leurs effets. L'augmentation importante des contrôles pour les arrêts de courte durée corrélée avec un taux d'avis défavorable (qui reste significatif) explique ce renversement de tendance.

Contrôle des IJ de courte durée

Année	Nombre de contrôles	Avis défavorables	Nombre d'avis défavorables
2003	34 000	22 %	7 500
2004	168 000	12,6 %	21 200
2005	250 000	14,6 %	36 500

Source : CNAMTS

Un phénomène identique est constaté pour les arrêts de longue durée (supérieurs à 60 jours). Les contrôles effectués à ce titre ont donné lieu à 17,5 % d'avis défavorables.

2 – Mais des problèmes subsistent

Le dossier de la simplification de la réglementation n'a guère avancé depuis 2004. Les effectifs mobilisés pour traiter ces dossiers sont importants (plus de 4 000 agents en 2005) pour des résultats peu encourageants. Ainsi, alors que l'objectif national fixé pour 2004 et 2005 était de traiter 90 % des décomptes en 30 jours au plus, le délai de règlement de la première indemnité journalière non subrogée est toujours très long (69 jours en 2004 et 67 jours en 2005).

La persistance de ces difficultés résulte en grande partie de l'insuffisant développement de la subrogation¹²¹. Celle-ci est de droit¹²² lorsque le salaire est maintenu en totalité par l'employeur en cas d'arrêt de travail. Dans les faits, des réticences à l'application de la subrogation existent cependant en raison d'une réglementation trop complexe. Il résulte des modalités de calcul prévues par l'article R. 323-4 du code de la sécurité sociale que l'indemnité journalière servie peut être d'un montant plus élevé que la rémunération versée par l'employeur¹²³. Dans ce cas, une jurisprudence de la Cour de cassation (7 juillet 1993-Société Larnaud-Cofeur c/ Bernardin) impose que le différentiel de rémunération soit versé à l'assuré. Outre les problèmes techniques importants posés aux caisses, certains employeurs n'observent pas systématiquement cette règle, ce qui entraîne des conflits et, par conséquent, ne favorise pas le développement de la subrogation. La CNAMTS semble, dans ce domaine, se contenter d'une attitude passive confirmée par le fait qu'elle ne cherche pas à disposer de statistiques sur le pourcentage de salariés du secteur privé bénéficiant de la subrogation.

Le développement de la subrogation concerne aussi les agents non titulaires des trois fonctions publiques. L'expérience menée par le ministère de l'éducation nationale pour une population bien ciblée, celle des assistants d'éducation, a été jugée concluante mais n'a pas pour l'instant été étendue aux quelques 35 000 autres agents non titulaires

121. En cas de maintien du salaire par l'employeur pendant un arrêt de travail, la subrogation permet à l'employeur de percevoir directement, en lieu et place du salarié, les indemnités journalières dues à celui-ci par sa caisse d'assurance maladie.

122. Article R. 323-11 du code de la sécurité sociale.

123. Pour le calcul des indemnités journalières, l'article R. 323-4 prévoit qu'il est « tenu compte du salaire servant de base, lors de chaque paye, au calcul de la cotisation due ». Ainsi, dans l'hypothèse où l'une des paies incluses dans la période de référence (trois mois précédant la date d'interruption du travail) est supérieure au salaire habituel parce que comportant des primes ou des gratifications diverses, l'indemnité journalière payée sera d'un montant plus élevé que la rémunération versée par l'employeur.

concernés en raison notamment de certaines difficultés techniques liées à l'encaissement des recettes par l'Etat.

Par ailleurs, l'élaboration par la HAS d'un référentiel portant sur des durées indicatives d'arrêt par pathologie n'a pas abouti pour l'instant.

Subsiste enfin la question des fortes inégalités territoriales en matière d'indemnités journalières. Les diverses études menées par la CNAMTS depuis 2004 ont certes permis de mieux connaître le profil des assurés en interruption de travail (les femmes, les ouvriers, les employés ainsi que les assurés de plus de 55 ans sont surreprésentés par rapport à leur place dans la population active) mais elles n'ont pas encore permis d'expliquer les fortes inégalités territoriales constatées dans ce domaine. Entre 2003 et 2005, le nombre d'indemnités journalières du régime général a diminué dans la grande majorité des départements¹²⁴, mais cette baisse généralisée n'a en rien estompé les fortes différences territoriales existantes qui varient toujours dans une proportion de 1 à 3 et qui ne peuvent guère être expliquées par la structure socio-professionnelle de la population active ces départements.

Le tableau ci-après montre en effet que si l'on considère les 10 départements les plus performants et les 10 départements les moins performants en ce domaine, ceux d'entre eux (parmi ces 20 départements) qui disposent du taux d'employés et d'ouvriers le plus élevé se répartissent presque à égalité dans les deux catégories examinées. Les CPAM ayant des résultats moins bons devraient en analyser les causes et développer fortement leur activité de contrôle.

124. Mais 12 départements (Aisne, Ariège, Aude, Charente, Drôme, Jura, Lozère, Pas-de-Calais, Haute-Savoie, Haute-Saône, Deux-Sèvres, Yonne) voient le nombre des IJ augmenter.

**Comparaison des départements les plus et les moins performants en
matière d'indemnités journalières entre 2003 et 2005**

Département	Nombre d'IJ maladie et AT par patient**		% d'employés et d'ouvriers dans la population active totale du département
Départements les plus performants	2003	2005	
92 - Hauts-de-Seine	2,59	2,04	40,23
75 – Paris	2,68	2,00	32,92
78 – Yvelines	2,99	2,61	43,39
25 – Doubs	3,45	3,21	58,62*
72 – Sarthe	3,69	3,37	61,97*
14 – Calvados	3,71	3,58	57,56*
34 – Hérault	3,74	3,58	49,69
91 – Essonne	3,83	3,42	48,38
90 - Territoire-de-Belfort	3,90	-	57,54*
50 – Manche	3,91	3,46	57,31
94 – Val de Marne	-	3,27	56,62
Départements les moins performants	2003	2005	
82-Tarn et Garonne	6,30	-	55,44
30 – Gard	6,32	6,02	53,85
63 - Puy-de-Dôme	6,38	-	55,76
29 – Finistère	6,40	6,00	55,70
55 – Meuse	6,49	5,63	61,71*
02 – Aisne	6,60	6,63	63,16*
80 – Somme	7,14	6,44	60,97*
62 - Pas-de-Calais	7,60	7,82	62,82*
59 – Nord	7,64	7,52	58,03*
2B - Haute-Corse	7,73	7,61	55,04
89 – Yonne	-	6,24	60,78*
84 - Vaucluse	-	5,82	54,93
Moyenne nationale	4,9	4,6	54,46

Enquête INSEE relative à la répartition de la population active (23 millions) entre les catégories socio-professionnelles.

*Départements ayant le pourcentage d'employés et d'ouvriers les plus élevés.

**Il s'agit des arrêts de maladie et des accidents du travail de patients relevant du régime général (hors sections locales mutualistes) prescrits par les omnipraticiens libéraux.

Source : CNAMTS et INSEE

DEUXIEME PARTIE

LA GESTION DES RISQUES

Chapitre VI

Le pilotage de la politique hospitalière

PRÉSENTATION

Les dépenses d'assurance maladie consacrées au secteur hospitalier représentent plus de 60 Md€ en 2005 soit 3,6 % du PIB et 43 % de l'ONDAM. Près de 10 millions de personnes effectuent chaque année un séjour dans un établissement hospitalier, soit 15% de la population¹²⁵.

Au cours des années 1990, de nombreuses réformes ont été mises en œuvre en vue d'adapter le processus de planification aux besoins de la population (création des schémas régionaux d'organisation sanitaire en 1991 -SROS-), de mettre en place au niveau régional un système de pilotage commun aux établissements publics et aux établissements privés à but lucratif (création des agences régionales de l'hospitalisation en 1996 – ARH-), de moderniser les méthodes et outils de mesure de l'activité du système hospitalier (utilisation du programme de médicalisation des systèmes d'information -PMSI-) et enfin de corriger les inégalités de dotation entre les établissements en prenant mieux en compte leur activité (introduction du système de péréquation des dotations en 1997).

Ces réformes que la Cour a analysées depuis 1999¹²⁶ ont eu un impact limité sur la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. L'élan créé par la mise en place des ARH a été freiné par les interventions croissantes d'un ministère qui, au niveau central, n'avait pas su suffisamment se réorganiser pour jouer un rôle plus stratégique et moins opérationnel.

Avec le lancement du plan hôpital 2007 en novembre 2002, les pouvoirs publics se sont proposés d'enclencher une nouvelle dynamique en donnant plus de responsabilités aux établissements de santé par un assouplissement des règles en matière de planification et de gouvernance et par l'introduction de modalités de financement nouvelles, liant davantage les recettes à l'activité. Après un rappel du contexte dans lequel ces réformes majeures sont intervenues, ce chapitre analyse les modalités de leur mise en œuvre et plus particulièrement, l'introduction de la tarification à l'activité (T2A), lancée en 2004 qui est la réforme actuellement la plus avancée de ce plan.

125. DREES, « Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2003 ». Ces chiffres concernent les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

126. Rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1999, 2000, 2001 et 2002.

I - L'accroissement des disparités entre les secteurs hospitaliers depuis dix ans

La coexistence, dans le domaine hospitalier, d'un secteur public et d'un important secteur privé à but lucratif est une des particularités qui distinguent la France de pays comparables. Le secteur privé lucratif représente 20 % des capacités hospitalières françaises, ce qui est largement supérieur au taux des États Unis (environ 12 %), de l'Allemagne, de l'Autriche ou du Royaume Uni (environ 10 %) qui ont, en revanche, un secteur privé à but non lucratif important¹²⁷.

Depuis plus d'une dizaine d'années, l'évolution de ces deux secteurs s'inscrit dans des tendances lourdes dictées par l'évolution des techniques médicales, les contraintes budgétaires, la relative rigidité des structures publiques et l'encadrement du développement de l'offre sanitaire.

A – Une modification importante des capacités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

En 2004 les établissements de santé ont réalisé 23 millions de séjours, dont 15 millions en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), 5,5 millions en psychiatrie et 2,3 millions en soins de suite et réadaptation.

Entre 1992 et 2003, 20 % des capacités de MCO, soit près de 56 300 lits ont été supprimés. Cette diminution a peu modifié la répartition globale des lits entre les secteurs public et privé (75,2 % et 24,8 %). Elle s'est accompagnée d'un développement rapide des structures ambulatoires qui permettent au patient de regagner son domicile le jour même où il a reçu les soins : l'augmentation du nombre de places¹²⁸ entre 1994 et 2003 a été de 40 %.

Ce redimensionnement de l'appareil de production hospitalier s'est accompagné d'une profonde restructuration des cliniques privées : près

127. En France, les établissements à but non lucratif (BNL) étaient, comme les hôpitaux publics, financés jusqu'en 2004 par une dotation globale (DG). Dans ce chapitre, hôpitaux publics et établissements BNL sont regroupés sous l'expression de secteur public. L'expression secteur privé désigne le secteur privé à but lucratif, c'est-à-dire les cliniques anciennement sous objectif quantifié national (OQN).

128. La capacité des structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète est exprimée en places, l'unité retenue étant un patient par 24 heures (décret n° 95-993 du 28 août 1995).

d'un quart des établissements ont disparu entre 1992 et 2005¹²⁹, mais ce mouvement s'est traduit par une concentration des établissements. La proportion de cliniques ayant un chiffre d'affaires supérieur à 15 M€ est ainsi passé de 4 % en 1993 à 12 % en 2000¹³⁰. En 2006, certaines d'entre elles disposent, pour certaines disciplines, d'un plateau technique équivalent à celui de centres hospitalo-universitaires avec des types de prise en charge identiques.

Nombre de lits et places installés en MCO en 2004

Année 2004	Secteur public		Secteur privé		Ensemble	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Total en MCO	165 263	9 629	60 566	8 756	225 829	18 385
Médecine	100 037	6 688	11 922	1 680	111 959	8 368
Chirurgie	49 732	2 031	42 031	7 055	91 763	9 086
Obstétrique	15 544	910	6 613	21	22 157	931

Source : DREES, *Etudes et résultats*, n° 456 décembre 2005

B – Des évolutions divergentes de l'activité entre les secteurs

L'activité MCO représente 66 % de l'activité totale des établissements. Cet ensemble correspond à 87 % de la totalité des séjours effectués en hospitalisation supérieure à 24 heures (dite hospitalisation complète) et à 47 % de ceux réalisés en hospitalisation de moins de 24 heures. Les séjours en MCO se répartissent de la manière suivante : dix millions en hospitalisation complète et cinq millions en ambulatoire.

1 – Une différenciation de plus en plus nette de l'activité

Le secteur public réalise les deux tiers de l'activité hospitalière totale pour l'hospitalisation complète et près de 51 % pour l'activité en ambulatoire.

La nature des prises en charge est très différente selon les secteurs. Le secteur public dispense les trois quarts des soins médicaux et réalise les deux tiers des accouchements, mais seulement un tiers de la chirurgie.

129. On dénombrait 1 216 cliniques en 1992 et 900 en 2005.

130. « Les cliniques privées d'hier à aujourd'hui ». Graphos UMR CNRS université Jean Moulin Lyon III.

Le secteur privé prend en charge près de 62 % de l'activité chirurgicale en hospitalisation complète et 75 % de celle en ambulatoire et seulement 30 % des accouchements.

Répartition des séjours entre le secteur public et le secteur privé selon le mode d'hospitalisation

2004 France métropolitaine	secteur public		secteur privé	
	hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel	hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel
Médecine	80 %	62 %	20 %	38 %
Chirurgie	38 %	25 %	62 %	75 %
Obstétrique	71 %	75,3 %	29 %	24,7 %
Total MCO	62 %		38 %	

Source : Cour des comptes à partir des données PMSI-MCO 2004.

La durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète a notablement diminué entre 1998 et 2004 : elle est passée de 6,9 jours à 6 jours. Cette réduction est plus importante dans le secteur privé à but lucratif que dans le secteur public. Les établissements de santé publics ont une DMS plus longue en chirurgie (7,3 jours) et en médecine (6,6 jours) que le secteur privé à but lucratif (4,8 jours). Les DMS sont identiques en obstétrique (5 jours).

2 – La concentration de l'activité sur un petit nombre de pathologies

Les motifs de recours des patients à l'hospitalisation en MCO restent stables depuis 1998 : huit catégories majeures de diagnostic (CMD) sur les 27 existantes concentrent plus des deux tiers de l'ensemble de l'activité de MCO. Il s'agit de séjours se rapportant à des affections du tube digestif, à des affections et traumatismes de l'appareil musculo squelettique, à des affections de l'appareil circulatoire et aux accouchements.

Les séjours de MCO sont décrits à partir du PMSI qui repose sur deux constituants : un recueil par séjour d'informations médico-administratives peu nombreuses et une classification des séjours en groupes homogènes de ressources.

Les informations sont recueillies à la fin des séjours sur des résumés de sortie standardisés (RSS) et, en ce qui concerne la partie

médicale, comportent essentiellement le diagnostic principal et l'acte classant.

La classification, sur la base de ces informations considérées comme prédictives des coûts, regroupe statistiquement les séjours de manière à les rendre homogènes et à réduire leurs facteurs de variabilité. Ce sont les groupes homogènes de malades (GHM), agrégés en catégories majeures de diagnostic (CMD). Aux GHM correspondent des tarifs appelés groupes homogènes de séjours (GHS).

La classification française initialement fondée sur celle introduite aux Etats-Unis en 1983 (qui comportait environ 500 GHM), s'est développée à partir de 1986. Elle a connu huit versions avant l'introduction de la T2A en 2004, mais les modifications introduites en 2004 et en 2006 (versions 9 et 10) sont plus importantes que les précédentes qui s'apparentaient davantage à une maintenance technique. La V9 comportait environ 700 GHM et la V10 en distingue 778.

Si chacun des secteurs concentre son activité sur quelques GHM, on observe que les établissements de santé privés lucratifs ont une activité plus homogène. En 2004, 80 % de l'activité du secteur public est réalisée par 141 GHM contre 84 GHM pour les cliniques.

L'étude des GHM issue des données fournies par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH¹³¹) reflète la spécialisation du secteur privé lucratif. A titre d'exemple, en chirurgie ambulatoire, les cliniques réalisent 78 % des ligatures de veine, 80 % des opérations de la cataracte, 78 % des arthroscopies, 76 % des ablations des amygdales et/ou des végétations. En médecine, secteur public et secteur privé lucratif se partagent le traitement des pathologies cardiaques, notamment la cardiologie interventionnelle.

Le secteur de l'hospitalisation publique fait valoir qu'il traite à l'intérieur d'un même GHM des malades plus lourds et plus coûteux. C'est le cas notamment pour les prothèses de hanche où il prend en charge des personnes âgées, arrivées en urgence et ayant souvent plusieurs traumatismes. Le secteur de l'hospitalisation privée fait valoir, quant à lui, qu'il prend en charge 56 % des séjours lourds en chirurgie vasculaire, en uro-néphrologie et en gynécologie. Ce débat sur la sélection des patients est complexe et nécessiterait des études plus systématiques et complètes que celles, rares, actuellement disponibles. A titre d'exemple, une étude de l'ARH d'Ile-de-France en 2003 montre que les différences de productivité annuelle constatées entre les établissements ne s'expliquent pas toutes par des actes de chirurgie systématiquement plus lourds à l'hôpital : le coefficient moyen (KC) qui

131. Etablissement public administratif créé en 2000.

traduit la lourdeur des prises en charge est quasiment identique dans le secteur privé (89) et dans les établissements publics non CHU (85).

3 – Des disparités dans l'utilisation des ressources humaines

a) Les effectifs

En 2003 87 % du personnel non médical travaille dans les établissements publics et 13 % dans les établissements privés.

Le personnel des établissements de santé en 2003

Effectifs en 2003	Secteur public		Secteur privé		Ensemble	Total
Personnel médical (en effectifs)	116 285	72,5 %	44 196	27,5 %	160 481	100 %
Personnel non médical (en ETP)	807 886	86,6 %	124 492	13,4 %	932 378	100 %

Source : DREES 2003. Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) en France métropolitaine

Ces personnels ont beaucoup augmenté par rapport à 2001, première année de référence après la refonte de la SAE en 2000 (+4,9 %). Cette croissance est plus rapide dans les établissements publics (+5,2 %) que dans les établissements privés (+3,2 %). Elle prolonge une tendance ininterrompue depuis 1999 : environ 70 000 postes supplémentaires ont été créés entre 1999 et 2003¹³², ce qui représente une augmentation de plus de 7 %. Plus de 60 000 de ces emplois ont été créés dans les établissements publics, dont environ 38 800 postes¹³³ pour compenser la réduction du temps de travail, soit un peu plus que ce qui avait été annoncé (37 500).

Le secteur public emploie proportionnellement plus de personnel non médical que le secteur privé, qui emploie, pour sa part, proportionnellement plus de médecins.

132. Ces chiffres sont issus des comparaisons entre la SAE 1999 et la SAE 2003 et des commentaires faits par la DREES dans l'annexe A du PLFSS 2005.

133. Ce qui ne signifie pas qu'ils aient été tous pourvus.

Le personnel médical a augmenté de près de 2,1 % dans le secteur public entre 2001 et 2003 alors qu'il a diminué de 2,1 % dans les établissements privés.

Au total, le secteur public emploie 72,5 % des personnels médicaux et 86,6 % des personnels non médicaux pour réaliser près de 71 % de l'activité hospitalière (exprimée en entrées), toutes disciplines confondues.

b) La productivité

Les analyses de l'activité des établissements mettent en évidence des écarts de productivité entre les deux secteurs hospitaliers. Le rapport remis au ministre des solidarités et de la santé en avril 2006¹³⁴ montre que le nombre moyen d'interventions chirurgicales avec anesthésie par salle d'intervention varie fortement selon le statut des établissements : 559 à l'AP/HP de Paris, 638 pour les établissements publics hors AP/HP de Paris, 736 pour les établissements privés à but non lucratif, 1 039 pour le secteur privé¹³⁵.

De telles divergences existent aussi dans des activités récentes comme la radiothérapie dont le développement est une des priorités stratégiques du plan cancer. Ainsi un radio-physicien effectue en moyenne 7 000 séances annuelles dans un CHR contre 18 000 dans une clinique privée.

Si certains facteurs, comme la plus ou moins grande complexité des cas pris en charge, la nature programmable ou non de certains actes, l'âge du patient ou la topologie des lieux, doivent être pris en compte pour expliquer ces écarts, ils ne rendent pas compte de leur ampleur.

La mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH)¹³⁶ a étudié en 2004 « la gestion et l'organisation des blocs opératoires » dans huit établissements (cinq publics, un privé à but non lucratif et deux privés à but lucratif). Elle montre que l'effectif moyen de personnels par intervention varie de 1 pour une clinique à 2,3 pour un établissement

134. « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France ». Rapport du 3 avril 2006 au ministre de la santé.

135. Selon une étude plus ancienne (DREES) de 2002, le nombre d'interventions annuelles par salle de chirurgie variait de 1 245 dans les cliniques à 666 dans les centres hospitaliers et 660 dans les CHU.

136. Rapport publié en avril 2005.

public, la première réalisant 1,8 fois plus d'interventions¹³⁷. La comparaison des temps de présence montre que, sur les huit établissements, les équipes de l'établissement classé en tête passent 73 % de leur temps en salle d'opération et celles des moins performants 50 % : dans les deux cas il s'agit d'un hôpital public.

Une comparaison des établissements publics entre eux montre d'autres écarts : pour un même nombre d'interventions, l'un mobilise 10 % de moyens supplémentaires et son taux d'occupation des salles est de 56 % alors qu'il est de 68 % pour l'autre.

D'autres informations ont pu être rassemblées par les chambres régionales des comptes sur ce sujet¹³⁸. Elles ont également révélé des répartitions d'effectifs très inégales au regard de la charge de travail d'un établissement à l'autre, voire entre services au sein d'un même établissement. Les comparaisons effectuées en rapportant le nombre d'agents en 2002 à l'activité, mesurée en points ISA, montrent des écarts très sensibles dans la productivité des services. Ainsi en CHU, dans les services de dermatologie, le ratio peut varier de 1,69 agent pour 100 000 points ISA à l'AP de Marseille à 4,5 au CHU de Nancy. En chirurgie cardio-vasculaire, deux services d'un même établissement (AP de Marseille) ont respectivement un ratio variant du simple au triple (0,8 à 2,2 agents). La situation est tout aussi disparate dans les centres hospitaliers : ainsi en cardiologie, le ratio est de 1,39 au CH de Dax et de 2,44 au CH de Cambrai.

Ces travaux, encore limités, ont l'intérêt de montrer qu'il existe une marge de progression importante dans les deux secteurs, plus marquée dans le secteur public. Ils mettent en évidence l'importance des facteurs d'organisation dans l'utilisation des moyens humains affectés aux établissements qui représentent 70 % des dépenses hospitalières.

C – La réduction des disparités dans l'allocation des moyens : un échec relatif

Jusqu'à la mise en place de la tarification à l'activité, les modalités de financement des établissements de santé étaient différentes selon les

137. Cette étude confirme les conclusions d'une enquête effectuée en 2003 par l'ARH-IF sur les établissements hospitaliers franciliens. Cette enquête comparait les effectifs de personnels infirmiers par salles d'intervention chirurgicale : 3,6 pour les établissements BNL, 1,8 pour le secteur privé, 4,8 pour les hôpitaux publics hors AP-HP et 6,2 pour l'AP-HP.

138. Cf. le rapport public thématique de la Cour sur « Les personnels des établissements publics de santé », mai 2006.

secteurs : les établissements publics percevaient une dotation globale et les établissements privés lucratifs le remboursement de prestations hospitalières fondées sur des tarifs fixés par un accord national.

A partir de 1997, la réduction des écarts de dotations entre les régions et entre les établissements ainsi que la maîtrise des dépenses sont devenues des objectifs prioritaires. Un système de péréquation interrégional a été mis en place. Ses modalités consistaient à prélever des enveloppes financières sur les régions les mieux dotées pour les redistribuer aux régions apparaissant sous dotées. L'objectif était de faire converger le budget des établissements vers une dotation nationale cible.

1 – Le dispositif

Le calcul des dotations régionales était effectué par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Plusieurs indicateurs ont été utilisés pour procéder à cette péréquation régionale : le ratio de population hospitalisable et un indicateur de coût de production issu du PMSI (le point ISA) et limité aux disciplines de MCO ont été les premiers retenus. Un indice comparatif de mortalité et une prise en compte du flux des patients entre régions ont été rajoutés ultérieurement. Les dotations limitatives qui résultaient de ces calculs étaient notifiées aux ARH qui modulaient ensuite les budgets des établissements de leur ressort.

Une procédure d'inspiration similaire a été introduite dans le secteur privé à but lucratif.

2 – Les résultats

Mais, à partir de 2001, le desserrement de la contrainte budgétaire sur les hôpitaux (budget en hausse de 4,42 % contre 3,84 % auparavant) a consacré, selon la Cour, « l'échec relatif de la politique de maîtrise des dépenses, faute d'avoir mis en œuvre les réformes structurelles nécessaires »¹³⁹.

Ce constat a été confirmé par l'IGAS¹⁴⁰ qui a montré que les deux premières années il y a eu réduction effective des disparités interrégionales et que l'écart maximal entre dotations régionales est passé de 31,5 % à 24,3 %. Mais l'efficacité du dispositif s'est ensuite atténuée, notamment parce que la période de convergence, d'abord fixée à 17 ans

139. Cf. le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001, p 80.

140. Mission d'évaluation de la politique de péréquation des dotations régionalisées des dépenses hospitalières de juillet 2001 (IGAS).

(1997-2014), a été allongée à 30 ans (de 1999 à 2029) ce qui lui a fait perdre une grande partie de sa crédibilité.

L'échec de ce dispositif a accéléré le passage à la réforme de la tarification à l'activité. Toutefois, alors que cette réforme vise à terme une tarification nationale unique, aucun bilan des effets de la redistribution dans chacun des secteurs hospitaliers n'est disponible

II - Le plan hôpital 2007

Ce plan vise à alléger les contraintes imposées à l'hôpital public en matière de gestion de ses ressources humaines et financières afin qu'il s'adapte plus rapidement à l'évolution de son activité face au développement du secteur privé lucratif qui a la possibilité d'être plus réactif.

A – Les réformes envisagées

Le plan hôpital 2007 crée une rupture majeure dans les modalités de pilotage de la politique hospitalière :

- en remplaçant par la tarification à l'activité les deux modes de financement antérieurs : le budget global instauré en 1983 pour les établissements de santé publics, d'une part, et les remboursements des prestations hospitalières facturées par les cliniques, d'autre part. Cette réforme a pour objectif de fonder le financement des établissements sur l'activité produite et, d'ici 2012, de réduire les disparités d'allocation de ressources existantes par le biais d'une tarification nationale ;
- en transformant l'outil de planification sanitaire (cf. infra) favorisant les complémentarités et les collaborations entre les établissements (ordonnance du 4 septembre 2003). L'analyse de l'activité médicale des établissements est désormais la pièce maîtresse d'un dispositif construit auparavant sur des indicateurs qui prenaient surtout en compte les moyens de production ;
- en réformant l'organisation interne des établissements reposant sur une simplification de la gouvernance et une modification de leur régime budgétaire et financier (ordonnance du 2 mai 2005) ;
- en relançant l'investissement (6 Md€ en cinq ans) afin d'enrayer la dégradation de leur patrimoine immobilier et d'accélérer le processus d'informatisation des établissements.

B – Une organisation administrative insatisfaisante

La mise en œuvre du plan hôpital 2007 a nécessité une adaptation des moyens de l'administration. Celle-ci ne s'est pas faite au sein de la DHOS par aménagement de son organigramme et renforcement de ses effectifs, mais par la création de trois missions nationales dont le mode de financement, le rattachement administratif et la coordination avec la DHOS soulèvent plusieurs questions. Ces missions sont les suivantes :

- une mission opérationnelle pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité (MT2A) ;
- une mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) chargée d'accompagner techniquement le programme de rénovation du patrimoine hospitalier ;
- une mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble de l'activité des établissements de santé.

Ce dispositif a permis le démarrage de la réforme. Néanmoins, son organisation est critiquable.

Les moyens nécessaires à ces activités n'ont pas été dégagés sur le budget du ministère mais sur le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Ce fonds est alimenté par des dotations de l'assurance maladie destinées à aider les établissements hospitaliers à se réformer. Il n'a pas vocation à permettre à l'administration de l'Etat de se doter de moyens nouveaux. A compter de 2006, ces dotations du FMESPP sont incluses dans l'ONDAM, ce qui accroît le caractère inadapté de leur utilisation par l'Etat.

Ce mode de financement a induit un rattachement administratif original, dès lors que les crédits du fonds ne pouvaient être affectés au ministère. Ainsi, les missions ont été rattachées administrativement à l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (ARH-IF) en contradiction manifeste avec le principe de spécialité¹⁴¹ des ARH. En effet, une ARH n'a pas vocation à assurer la gestion de missions qui participent à la conduite de politiques publiques nationales. Dans les faits, les missions nationales sont totalement indépendantes de l'ARH-IF. Une délégation de signature a été donnée aux trois directeurs de missions par

141. Selon l'article L. 6115-1 du code de la santé publique, « dans chaque région..., une agence régionale de l'hospitalisation a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs ressources ».

le directeur de l'ARH-IF qui n'a pas connaissance des décisions prises. Les budgets des missions sont fixés par des arrêtés interministériels annuels et s'imposent à l'agence. De plus, l'ambiguïté du statut des missions a suscité des incertitudes sur les règles juridiques appliquées par les missions pour la justification de leurs dépenses. Cela déséquilibre totalement la structure financière de l'ARH, car le montant total des crédits alloués à ces missions (plus de 31 M€ en 2005) est plus de dix fois supérieur à son budget propre (2,42 M€).

Le positionnement de ces missions nationales directement auprès du ministre¹⁴² les soustrayait à l'autorité de la DHOS et posait un problème de pilotage par l'administration centrale pourtant responsable de la mise en œuvre du plan hôpital 2007. La MT2A a en effet été créée par un arrêté du 20 novembre 2002 pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité. Or, aux termes de l'article R. 1421-2 du code de la santé publique, c'est la DHOS qui doit assurer « la conception, la mise en œuvre et le suivi des règles de tarification et de régulation financière des établissements de santé publics et privés ».

Depuis une lettre ministérielle du 28 octobre 2003, les responsables des missions doivent rendre compte de leurs actions au directeur de la DHOS et élaborer leur programme de travail avec lui. Cependant, l'ambiguïté du positionnement des missions fait encore obstacle, surtout pour deux d'entre elles, à l'instauration de relations juridiquement bien définies.

- la MT2A : un partage des rôles diffus

Placée auprès du ministre de la santé, la MT2A a été conçue comme un pôle de décision et de déploiement de la tarification à l'activité des établissements. Elle devait remplir la fonction à la fois de concepteur et de maître d'ouvrage de la réforme. Elle partage dans les faits cette responsabilité avec la DHOS, leur rôle respectif n'étant pas clairement distingué (voir infra).

- la MEAH : un rôle à définir

Le rôle de la MEAH n'est pas perçu de la même façon par la mission elle-même et par la DHOS.

L'objectif des travaux de la mission est d'améliorer, grâce à une réforme de l'organisation interne des établissements de santé, à la fois l'efficacité économique des établissements de santé, la qualité du service rendu au patient et les conditions de travail des personnels.

142. L'article 23 de la LFSS pour 2003 dispose que les trois missions sont placées auprès du ministre chargé de la santé et précise les modalités de leur financement.

Cependant la MEAH entend travailler de façon indépendante de l'administration centrale et conduire ses études avec un nombre limité d'établissements volontaires. La DHOS souhaite au contraire que la mission devienne un véritable opérateur de la direction, chargé notamment du développement du contrôle de gestion de l'ensemble des établissements, à l'échelle nationale.

Cette confusion sur le rôle de la MEAH s'est manifestée à l'occasion de la politique de réforme des achats hospitaliers. L'administration centrale a utilisé les résultats de l'étude de la MEAH sur le montant des économies réalisables pour fixer des objectifs nationaux, alors même que ces résultats reposaient sur quelques établissements non représentatifs et qu'ils n'étaient pas généralisables à l'ensemble des établissements.

- la MAINH : un éclatement des compétences préjudiciable au pilotage

La création de la MAINH a instauré un partage des compétences en matière de conduite des investissements immobiliers hospitaliers. La mission est chargée d'accompagner la rénovation du patrimoine relevant du plan hôpital 2007. Les autres investissements immobiliers hospitaliers sont toujours suivis par la DHOS.

Ce partage des compétences se traduit au niveau local par la coexistence de deux réseaux parallèles d'experts placés après des ARH, mais dirigés respectivement par l'administration centrale et la mission de façon encore peu coordonnée : la DHOS anime le réseau des ingénieurs régionaux de l'équipement et la MAINH celui des chargés de mission régionaux.

L'éclatement des responsabilités entre la DHOS et la MAINH concerne également les systèmes d'information hospitaliers. Par arrêté ministériel du 1^{er} juillet 2005, la MAINH accompagne, en étroite relation avec la DHOS, pour une durée de trois ans, l'adaptation des systèmes d'information hospitaliers nécessaires à la mise en place de trois réformes prioritaires (dossier médical personnel, tarification à l'activité, réforme de l'assurance maladie).

En l'absence de définition claire des relations entre la DHOS et la mission, cette dispersion des responsabilités complique les processus de décision et affecte l'efficacité et la cohérence d'ensemble de l'action de l'administration centrale.

III - Les nouvelles modalités du pilotage de l'offre de soins

Le dispositif de planification de l'offre sanitaire fait l'objet d'une transformation profonde dans le cadre du plan hôpital 2007. L'ordonnance du 4 septembre 2003 a supprimé la carte sanitaire critiquée par la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de 2002 ainsi que les notions d'indices de lits et d'équipements qui lui étaient associées. Elle fait du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) arrêté par le directeur de l'ARH un support essentiel de la répartition de l'offre de soins comme de sa régulation. Cet accroissement des compétences des ARH s'accompagne d'une contractualisation avec la DHOS.

A – La réforme de l'outil de planification : les SROS de troisième génération

Les schémas d'organisation sanitaire deviennent l'outil de prévision, de restructuration et de coordination de l'offre globale de soins préventifs, curatifs et palliatifs destiné à répondre aux besoins de santé tant physique que mentale.

1 – Une responsabilité confiée aux ARH

La région constitue le cadre de droit commun pour l'élaboration des schémas. Le SROS de troisième génération a pour objet de prévoir les évolutions de l'offre de soins par « territoire de santé » (notion qui se substitue à celle de « secteur sanitaire »).

Ces nouveaux SROS créent 153 territoires de santé métropolitains qui sont substitués aux 146 secteurs sanitaires qui existaient précédemment. Rompant, dans la plupart des cas, avec le découpage administratif antérieur, les territoires de santé tiennent, généralement, compte des pratiques observées en matière de déplacements entre le domicile et l'établissement de santé des patients hospitalisés tels que décrits par le PMSI.

Le SROS comporte une annexe opposable qui précise d'une part les « objectifs quantifiés de l'offre de soins » par activité et par équipement, y compris sous forme d'alternatives à l'hospitalisation et, d'autre part, les évolutions nécessaires à la réalisation de ces objectifs (coopération entre établissements, regroupement, suppressions d'activités). La liste des 16 matières (activités de soins et équipements

lourds) devant impérativement figurer dans ces schémas est définie réglementairement¹⁴³.

Les demandes d'autorisation initiales ou de renouvellement sont subordonnées à leur compatibilité avec le SROS et sont assorties de l'obligation de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (cf. infra).

La suppression de la carte sanitaire fait place à une période transitoire pendant laquelle les autorisations existantes relatives à des installations (lits et place) sont converties en autorisations d'activités de soins. Cette opération dite de « transmutation¹⁴⁴ » nécessite une adaptation importante du dispositif de recueil et de suivi statistique des autorisations. D'autre part, la parution des décrets relatifs notamment au traitement du cancer ou aux activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie, postérieure à la publication des SROS, est de nature à alourdir le travail des ARH qui gèrent le renouvellement de ces autorisations.

Les ambitions portées par les SROS de troisième génération, la déconcentration des autorisations comme la concordance de temps (cinq ans) entre la durée de celles-ci et celles des SROS font désormais des AHR l'acteur pivot pour la partie de l'organisation de l'offre de soins qui peut être planifiée.

2 – Une élaboration concertée

La mise au point des SROS III s'est avérée plus longue qu'initialement prévue puisque leur date limite de publication a été reportée au 31 mars 2006. Ces délais ont été nécessaires à la DHOS pour encadrer la procédure (rédaction de circulaires explicitant la démarche, organisation de formations et mise à disposition d'outils méthodologiques au profit des ARH). Ils sont aussi la conséquence de la large concertation conduite au plan local. L'élargissement de la composition des instances consultatives à l'ensemble des acteurs de santé y compris les professionnels libéraux, aux élus et usagers des territoires concernés

143. L'arrêté du 27 avril 2004 fixe la liste des matières (activités de soins et équipements matériels lourds) devant figurer impérativement dans les SROS. Les activités de soins sont au nombre de seize dont la médecine, la chirurgie, la gynécologie-obstétrique, la psychiatrie, les soins de suite, etc. Les équipements lourds sont au nombre de cinq.

144. Circulaire DHOS du 4 octobre 2005 relative à l'entrée en vigueur de certaines dispositions du code de la santé publique concernant l'organisation sanitaire, les instances de concertation et le régime d'autorisation.

comme la création d'un niveau régional de concertation en santé mentale a permis au plus grand nombre de partenaires de s'exprimer et de s'approprier les enjeux de cette démarche de planification.

Les choix d'organisation ainsi élaborés reçoivent une traduction chiffrée au travers des objectifs quantifiés de l'offre de soins.

3 – La création des objectifs quantifiés opposables

Ces objectifs sont établis par territoires de santé, par activité de soins et par équipement lourd. Ils sont conçus selon trois dimensions complémentaires : un maillage et une gradation des activités de santé sur le territoire, une organisation de l'accessibilité aux activités de soins et une définition pour chaque territoire de santé de volumes d'activité. Ces volumes d'activités sont encadrés par des valeurs minimales et maximales. Ils sont exprimés selon les cas en nombre de séjours, en nombre de venues, de journées, d'actes ou de patients.

Ces références opposables constituent un outil plus souple que la carte sanitaire. La planification ne porte plus sur la structure de production (le lit) mais sur l'activité produite qui donne lieu à rémunération directe lorsqu'elle relève du champ de la tarification à l'activité.

De ce fait, la DHOS a invité les ARH à veiller à la cohérence de leurs objectifs quantifiés avec l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Ce dispositif suppose toutefois des systèmes d'information réactifs et fiables. C'est le cas pour le secteur MCO grâce au PMSI. Il n'en va pas de même pour d'autres disciplines telles que les SSR ou la psychiatrie pour lesquelles les données d'activité sont produites moins rapidement par la SAE.

Pour conforter cette intention de régulation financière, le champ des objectifs quantifiés a été progressivement élargi. Le décret du 31 janvier 2005 les liait aux seules activités et équipements soumis à autorisation. Ce texte adapté et codifié par le décret du 20 juillet 2005, doit faire l'objet d'une modification supplémentaire pour conforter juridiquement l'option prise par les ARH d'inclure dans le champ des objectifs quantifiés des filières ou thèmes qui ne sont pas soumis à autorisation.

B – La contribution des SROS à la régulation des dépenses d’assurance maladie

Les contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens (CPOM) constituent, avec la politique de recomposition, les instruments majeurs de l’organisation des soins et de la régulation financière. Ils devront être complétés par un suivi régulier des conditions de leur mise en œuvre.

1 – Les opérations de recomposition

A priori, les ARH sont réservées sur leur capacités à générer des économies à partir des opérations de recomposition et de restructuration prévues dans les SROS III. Leur objectif premier a été l’efficacité des soins et l’adéquation entre l’offre et la demande dans un contexte d’augmentation de la population dans certaines régions et de son vieillissement au niveau national. Si les SROS peuvent servir de levier pour rationaliser les dépenses en limitant les autorisations de création d’activités, les répercussions financières de ces opérations n’apparaîtront toutefois qu’à moyen ou long terme. C’est dans ce contexte que la DHOS procède actuellement au chiffrage prévisionnel des SROS.

2 – Les contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens

Les CPOM déterminent des orientations stratégiques propres à chaque structure et déclinent les objectifs quantifiés de l’offre de soins qui leur sont attachés. La conclusion d’un CPOM avec l’ARH s’impose à tous les titulaires d’autorisation et non plus seulement aux seuls établissements de santé¹⁴⁵. La négociation contractuelle doit être achevée un an après la publication des SROS, soit le 31 mars 2007.

Les objectifs fixés à la date de signature du contrat ne doivent pas atteindre la valeur maximale de la fourchette prévue dans le SROS afin de permettre des évolutions ultérieures et d’assurer la cohérence avec la progression des dépenses d’assurance maladie.

La force de ce dispositif tient au fait que non seulement toute autorisation accordée est accompagnée de la signature obligatoire d’un contrat mais également que des pénalités seront applicables en cas de non respect des engagements pris. Néanmoins, le décret qui doit mettre en place le dispositif n’est pas encore publié en raison des problèmes de faisabilité et d’acceptabilité qu’il pose. Ces éléments conduisent à

145. Une obligation identique existait déjà pour les contrats d’objectifs et de moyens prévus par les premiers SROS. En 2004, seul un tiers des contrats avait été signé.

s'interroger sur la capacité de l'administration à achever ces travaux dans les délais impartis¹⁴⁶.

3 – Les dispositifs de suivi

La DHOS n'était pas parvenue à mettre en place un dispositif de suivi global des SROS II. Le très important travail de définition des indicateurs de suivi de ces SROS n'a pu être concrétisé. Seules des enquêtes particulières aux thèmes obligatoires (périnatalité, urgences et cancérologie) ont permis de suivre leur mise en œuvre. La réflexion s'est poursuivie dans le cadre de l'élaboration des contrats entre l'Etat et les ARH. La DHOS estime que la conception des SROS III rend indispensable la mise à disposition d'un outil de suivi complet et automatisé de l'organisation des soins. Elle ne le possède toutefois pas.

Par la circulaire précitée du 27 mai 2005, la DHOS a demandé aux ARH de mettre en place un dispositif de suivi des objectifs quantifiés tant en ce qui concerne la répartition des activités et des équipements lourds que leur accessibilité et les volumes réalisés.

C – Les nouveaux outils de pilotage de la politique hospitalière

En 2003, le ministre a demandé au directeur de la DHOS d'engager une démarche de contractualisation entre l'Etat et les ARH, de manière à évoluer vers un modèle de pilotage s'appuyant sur des objectifs fixés par l'administration centrale auxquels sont adossés des indicateurs de performance.

Le dispositif retenu est constitué de plusieurs instruments étroitement liés.

1 – Le contrat d'objectifs entre la DHOS et l'ARH

Le dispositif a d'abord été expérimenté avec cinq ARH volontaires (Bourgogne, Bretagne, Limousin, Lorraine et PACA). Les contrats

146. Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, la Cour indiquait, à propos des premiers contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les ARH et les établissements, que « le diagnostic approfondi réalisé sur l'activité aussi bien que sur l'organisation et le fonctionnement médical, voire la situation et la gestion financière, nécessite souvent plusieurs mois avant même d'engager, dans le cadre de la négociation du contrat, les discussions sur les objectifs et les moyens à mettre en œuvre », p. 310.

expérimentaux comportent au maximum douze objectifs, six objectifs nationaux et entre quatre et six objectifs spécifiques à la région, déterminés sur la base d'un diagnostic régional.

a) Les objectifs et les contrats expérimentaux

Les objectifs généraux nationaux inclus dans les contrats expérimentaux concernent tant le développement de la chirurgie ambulatoire que la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, l'optimisation du temps de travail médical dans les établissements de santé, le développement de la qualité des soins et de la gestion coordonnée des risques, la surveillance des équilibres financiers des établissements en tarification à l'activité et enfin le suivi des recompositions, du développement des réseaux et de l'évaluation de la mise en œuvre des pôles de santé publics/privés sur les bassins de santé comprenant moins de 100 000 habitants.

S'agissant des objectifs régionaux, ils sont sélectionnés en fonction du diagnostic, lequel identifie les points forts et les progrès à réaliser. Dans le contrat avec l'ARH de Bretagne, par exemple, les objectifs à contractualiser portent sur les urgences, la psychiatrie, le développement des soins palliatifs, la structuration de l'aval des soins aigus et la contractualisation avec les établissements de santé.

b) La gestion du dispositif

Alors que dans le cadre d'une mission de conseil et d'appui, l'IGAS avait recommandé la signature de contrats à titre expérimental pour une durée d'un an, afin de pouvoir les évaluer à l'issue de cette période, cette recommandation n'a pas été suivie : les cinq contrats ont été signés pour une période de trois ans (2005-2008), leur évaluation prévue au second semestre 2006 s'effectuera alors que la généralisation de la démarche sera totalement achevée. Ainsi la première année d'expérimentation ne permettra pas de vérifier, comme prévu, la pertinence de la méthode, ainsi que la capacité de la DHOS à exploiter les informations obtenues dans le cadre de cette démarche.

c) Le suivi : le tableau de bord "PRODIGE"

Le tableau de bord PRODIGE (pilotage régional opérationnel et dialogue de gestion) est un outil composé de 55 indicateurs, dont la finalité est de disposer de données d'activité régionale quantifiées et d'en structurer la remontée et l'analyse.

La première version de PRODIGE, mise en œuvre en octobre 2005, comprend 45 indicateurs immédiatement accessibles. Parmi eux, une dizaine seront intégrés en routine dans la statistique d'activité des établissements (SAE) 2006, les autres nécessiteront une enquête ad hoc des ARH auprès des établissements de santé. Les dix indicateurs non immédiatement accessibles dans les établissements de santé seront construits à compter de 2007.

2 – Le dialogue de gestion annuel

Au cours du dialogue de gestion annuel, l'ARH présente les modalités du plan d'action mis en œuvre, les moyens mobilisés, le résultat chiffré pour le ou les indicateurs adossés et, le cas échéant, l'écart entre la valeur cible et la valeur atteinte avec, en cas d'écart, l'analyse des causes du dérapage.

L'instrument de contractualisation étant totalement déconnecté de l'attribution de moyens accordés aux ARH, le non respect des engagements contractuels n'a donc aucun impact dans ce domaine. A contrario, le dépassement des objectifs n'est assorti d'aucune contrepartie ou incitation, sauf dans le cadre de la détermination du montant de la rémunération du directeur de l'ARH en fonction des résultats obtenus.

*

* *

Les SROS dits de troisième génération, qui sont entrés en vigueur en mars 2006, ont l'ambition de mieux articuler l'évolution de l'offre de soins aux besoins de santé des territoires.

Deux difficultés, l'une conjoncturelle, l'autre structurelle doivent être relevées. L'extrême difficulté prévisible de tenir le calendrier retenu, notamment en raison d'une période transitoire complexe à gérer pour les ARH, risque de retarder les avantages attendus de la réforme. Surtout, l'ambition de confier aux SROS un objectif de régulation des dépenses, au travers des objectifs quantifiés déclinés dans chaque établissement, pose le problème de l'articulation de cette réforme avec la T2A (cf. infra).

IV - La réforme du financement des établissements de santé : la tarification à l'activité (T2A)

La réforme introduite par la loi de financement de la sécurité sociale de 2004 a pour objectif de fonder le financement des

établissements sur l'activité produite et de mettre fin aux deux modes de financement antérieurs.

Elle s'applique aux établissements de santé, quel que soit leur statut juridique (public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif), dans les disciplines de court séjour (MCO). Les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie demeurent soumises aux dispositifs antérieurs d'allocation de ressources : dotation globale pour le secteur public ou remboursement des prestations d'hospitalisation (prix de journée et forfaits) facturées par le secteur privé lucratif.

Ainsi trois modes de financement coexistent au lieu de deux précédemment et les dépenses d'assurance maladie correspondantes sont comptabilisées depuis 2005 dans quatre lignes spécifiques à l'intérieur de l'ONDAM :

- la ligne ODMCO (objectif de dépenses MCO) et la ligne des MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) concernent indifféremment les secteurs public et privé pour les activités relevant du nouveau dispositif ;
- l'ODAM (objectif des dépenses d'assurance maladie) et l'OQN (objectif quantifié national) concernent respectivement le secteur public et le secteur privé pour les activités ne relevant pas de la T2A.

Impact différent de la réforme sur chacun des secteurs

Compte tenu de la spécialisation entre le secteur public et le secteur privé lucratif, la réforme a davantage d'impact sur ce dernier : 64 % des lits contre 46 %, 85 % des places contre 24 %, 88 % de l'activité produite contre 42 % (hospitalisations complètes et partielles confondues). De même, au plan financier, le nouveau dispositif s'applique à 73,4 % des dépenses d'assurance maladie consacrées à l'ensemble des établissements (44 Md€ sur 60 Md€ dans l'ONDAM 2005¹⁴⁷) : soit 83,8 % des dépenses du secteur privé lucratif et 71,2 % de celles du secteur anciennement sous budget global.

A – Le nouveau dispositif financier

1 – Un ensemble nécessairement complexe

Le nouveau dispositif répond à l'objectif affiché de médicalisation du système de financement : une grande partie de l'allocation de ressources se fonde désormais sur l'activité de soins produite et décrite

147. 45,9 Md€ sur 63,8 Md€ en 2006, soit 71,9 %.

dans le PMSI. Les séjours sont classés en groupes homogènes de malades (GHM) auxquels correspondent des tarifs ou groupes homogènes de séjours (GHS).

Le principe de la tarification en GHS est de forfaitiser les dépenses afférentes à un séjour, ce qui allie deux avantages : rémunérer les établissements en fonction de l'activité effectivement réalisée et contenir les dépenses occasionnées par chaque prise en charge. Le tarif ne rémunère en effet pas les coûts réellement engagés pour chaque séjour mais est fixé ex ante pour chaque groupe de séjours à partir de caractéristiques prédictives et classantes : d'où sa qualification de « paiement prospectif ».

Toutefois, comme dans les pays étrangers¹⁴⁸ qui ont choisi d'introduire une tarification à l'activité, le nouveau dispositif ne se limite pas à la fixation des GHS. Cet élément certes central ne peut rendre compte de la totalité de l'activité hospitalière et s'insère dans un ensemble complexe permettant de financer également :

- les missions d'intérêt général, indépendantes de l'activité de soins ;
- les facteurs d'hétérogénéité éliminés des tarifs nationaux des GHS. En premier lieu, cela concerne des soins nécessaires à certains patients, mais non systématiquement liés au groupe homogène de séjour auquel ils ressortissent : sont ainsi rémunérés hors GHS des suppléments de réanimation, des extrêmes¹⁴⁹, des produits facturés en sus (certains dispositifs médicaux implantables¹⁵⁰ -DMI- et molécules onéreuses MO) ou des séances (radiothérapie, dialyse). Il s'agit en deuxième lieu, de prendre en compte les disparités structurelles de coûts résultant de la géographie (coûts de l'immobilier et de la main d'œuvre) traduites en coefficients ;

148. Une vingtaine de pays (dont la majorité est située en Europe de l'Ouest, mais qui comprend aussi les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Japon), pour certains depuis une dizaine d'années, pour d'autres très récemment, comme la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni.

149. C'est-à-dire le paiement des séjours dont la durée se situe en deçà ou au-delà de bornes inférieures et supérieures fixées par GHM. Par exemple, pour une appendicectomie sans complication pour une personne de moins de 70 ans (tarif de 2518,45 € en 2005 dans le secteur public), la durée moyenne de séjour est de 4,24 jours. Il n'y pas de borne basse et la borne haute est fixée à 14 jours. Toute journée supplémentaire au-delà du 14^{ème} jour est facturée selon un tarif de 466,41 €.

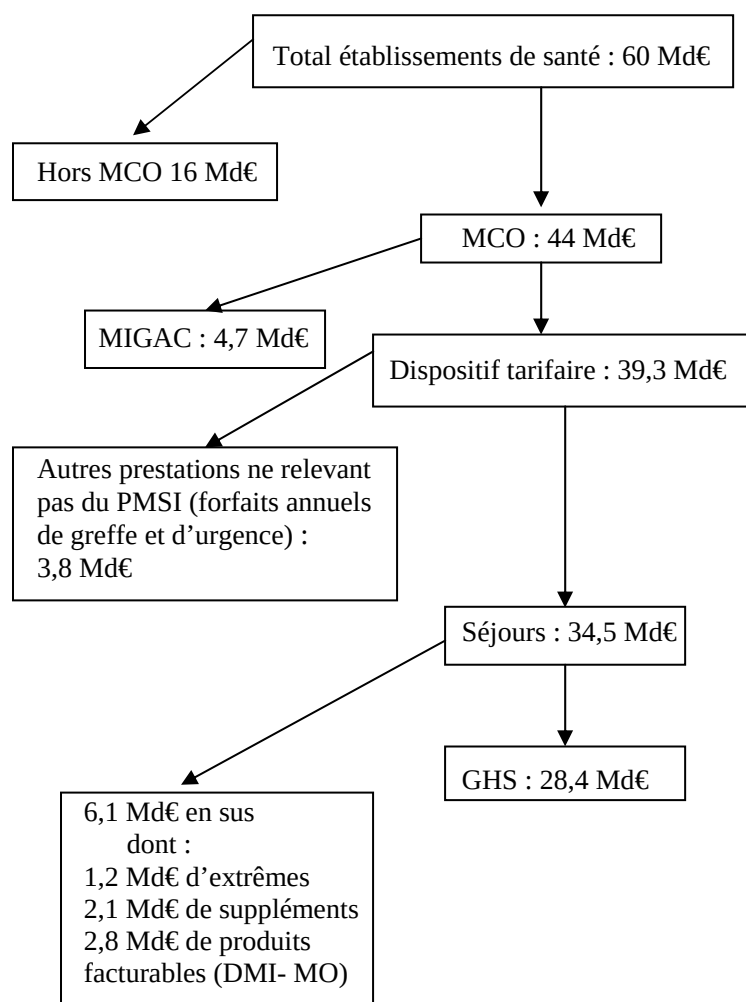
150. Telles que des prothèses de hanche ou cardiaques.

- les activités de soins ne relevant pas du PMSI comme les urgences, les greffes ou l'hospitalisation à domicile, rémunérées par des tarifs et/ou des forfaits annuels spécifiques.

2 – Les composantes

Les différentes composantes du dispositif de la T2A se répartissent, dans l'objectif arrêté pour 2005¹⁵¹, de la manière suivante :

151. Les montants présentés dans le schéma ont été estimés par la Cour en appliquant aux enveloppes fixées par les arrêtés du 9 mai 2005 la répartition en sous-ensemble que la DHOS a communiquée en pourcentage.



La tarification en GHS stricto sensu ne devait donc représenter, en 2005 que 64,6 % de l'objectif MCO (44 Md€) et 47,3 % de l'objectif total des dépenses des établissements de santé (60 Md€).

a) Les MIGAC

Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) font l'objet d'une dotation nationale fixée par arrêté, puis répartie entre établissements : en 2005, la DHOS a procédé directement à la première répartition entre établissements, après propositions des ARH. Elles concernent tous les établissements publics et privés mais ont, en

pratique, un impact financier plus important sur les CHR-U et les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Le montant 2005 des MIGAC, fixé avant mesures nouvelles à 4 317 M€, est divisé en trois blocs¹⁵² :

- les missions d'enseignement, recherche, référence, recours et innovation (MERRI) pour 2 277 M€, dont une partie (1 637 M€) est forfaitaire et le reste calculé à partir des coûts déclarés par les établissements ;
- les missions d'intérêt général (MIG) pour 1 510 M€ ;
- l'aide à la contractualisation (AC) qui accompagne les contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens (enveloppe théoriquement réservée à la mise en oeuvre des SROS et non au financement d'activités), pour 530 M€.

Après fixation de la dotation précitée, les MIGAC ont fait l'objet d'une définition juridique et d'une liste (arrêté du 12 avril 2005) qui ne couvre que 44 % de la dotation nationale et fixe quatre rubriques :

- les MERRI hors partie forfaitaire ;
- la participation aux actions de santé publique (dont les SAMU et les SMUR) ;
- les soins dispensés à des populations spécifiques par des structures telles que celles qui sont aujourd'hui consacrées aux détenus ;
- la participation à la définition et à la mise en œuvre de la politique hospitalière (comme, par exemple, la participation d'un établissement à l'élaboration de l'échelle nationale de coûts).

La première rubrique concerne ainsi une partie des MERRI et les trois dernières l'ensemble des MIG. Cette définition est provisoire, comme l'indiquait l'avis de décembre 2004 du conseil de l'hospitalisation. Elle appelle les critiques suivantes :

- elle fait financer par des dotations des activités de production de soins (urgences pour 674 M€ et mesures fléchées relatives aux plans de santé publique) qui devraient pouvoir relever de la tarification ;
- elle comporte un risque de dérapage financier dans la mesure où les actes hors nomenclature ainsi que les médicaments et dispositifs médicaux implantables sous autorisation temporaire d'utilisation

152. Le montants mentionné ici, figurant dans la note de la MT2A d'avril 2005, concerne la base publique avant mesures nouvelles et non la dotation finale arrêtée à 4 657 M€.

(ATU) imputés dans la partie non forfaitaire des MERRI pour 248 M€ peuvent offrir aux établissements et aux industriels une échappatoire aux contraintes de la tarification ;

- elle accueille des financements résiduels dus au mode de calcul des tarifs nationaux (un montant de 310 M€ finance des frais de structures des établissements lorsque ceux-ci sont supérieurs au taux forfaitaire de 5 % retenu dans les tarifs) ;
- la dotation AC devrait être isolée et clairement définie, de façon à éviter qu'elle ne serve à compenser les baisses de recettes de certains établissements.

b) La tarification nationale

Les prises en charge réalisées en établissement sont complexes par nature et la classification en GHM en rend difficilement compte. Aussi la tarification a-t-elle tendance à se sophistiquer avec le temps selon deux modes principaux constatés dans tous les pays qui pratiquent la tarification à l'activité : d'une part en augmentant le nombre de GHM ou, ce qui revient au même, en introduisant plusieurs niveaux tarifaires pour un même GHM, d'autre part en externalisant, hors du forfait, des dépenses considérées comme porteuses d'une variabilité trop importante dans les GHM.

Un juste équilibre doit être trouvé entre une tarification trop rudimentaire incitant les établissements à sélectionner les patients et une tarification trop segmentée ne les incitant pas à réaliser les efforts de productivité attendus.

En France, deux nouvelles versions de la classification ont augmenté le nombre de GHM en 2004 et 2006. Par ailleurs, les tarifs des GHS sont complétés par des tarifs facultatifs tels que les suppléments de réanimation, les séances (radiothérapie par exemple) et les extrêmes. Enfin, certains produits consommables sont sortis des GHS et facturés à l'assurance maladie au prix d'achat : il s'agit de dispositifs médicaux implantables et molécules onéreuses (DMI-MO), caractérisés notamment par un coût très élevé ou une fréquence faible, inscrits sur une liste (article L. 162-22-7 du CSS).

L'importance des dépenses hors tarifs forfaitaires et l'augmentation des MIGAC ont entraîné en 2005 une diminution de

8,5 %¹⁵³ de la valeur des tarifs forfaitaires au séjour et une réduction de la part de ces derniers dans le budget MCO de 72,4 % à 63,9 %.

Il serait souhaitable d'éviter un éclatement des tarifs forfaitaires par une segmentation des GHM et une externalisation des charges excessives. En ce qui concerne les produits facturables en sus, dont le coût financier est important (2,8 Md€ en objectif 2005, en probable dépassement¹⁵⁴), un recours systématique à des référentiels élaborés par la haute autorité de la santé (HAS) permettrait d'en resserrer la liste.

Par ailleurs, les modifications de la classification et des règles tarifaires devraient reposer sur des procédures définissant leur périodicité, les critères de déclenchement et de responsabilité et faire l'objet d'une documentation claire.

c) Les coefficients géographiques

La tarification à l'activité est modulée par des coefficients correcteurs géographiques qui ont vocation à rendre compte « des facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans une zone géographique considérée ». Ils sont fixés chaque année par le pouvoir réglementaire¹⁵⁵.

Identiques dans les deux secteurs public et privé, les coefficients retenus ne reflètent pas la réalité des disparités de coûts constatées dans les études réalisées, lesquelles étaient fondées pour la métropole sur l'exploitation des transactions immobilières notariales, habitat compris. Exclusivement supérieurs à 1, ils ne bénéficient qu'à la seule région Ile-de-France, en dehors de la Corse et des DOM, alors que certaines régions comme PACA, enregistrent dans le secteur privé des surcoûts réels du même ordre d'importance. Les coefficients fixés pour 2005 et non

153. Ces chiffres figurent dans la note de la MT2A d'avril 2005 précitée relative au calcul des tarifs en 2005. Les évaluations sont réalisées sur une base de 577 établissements publics qui seule permet de comparer finement les exercices 2004 et 2005.

154. Les réalisations estimées en juin 2006 par la commission des comptes de la sécurité sociale montrent un dépassement de 7,4 % dans le secteur public. Ces données ne sont pas disponibles dans le secteur privé (cf. partie I, chapitre I, D).

155. Les coefficients géographiques ne s'appliquent pas à toutes les composantes de la T2A : en sont exclus les MIGAC valorisées à partir des coûts constatés, incluant de facto les éventuels surcoûts géographiques, les produits facturés en sus (DMI et MO) dépendant des prix de vente des fabricants, enfin l'ensemble des consultations et actes externes du secteur public facturés selon les tarifs nationaux des nomenclatures.

modifiés en 2006 sont les suivants : 7 % en Ile-de-France ¹⁵⁶, 5 % en Corse, 25 % aux Antilles et en Guyane et 30 % à la Réunion (arrêté du 30 juin 2005).

Le financement des coefficients géographiques qui représentent un montant d'environ 600 M€ (dont 100 M€ pour le secteur privé) est imputé sur l'enveloppe tarifaire destinée à la totalité des établissements au moment du calcul des tarifs nationaux. L'Ile-de-France (dont la valeur moyenne du point ISA avant la réforme était supérieure à la moyenne nationale de 16 % dans le public et 11 % dans le privé) consomme près de 70 % de ce financement.

Il conviendrait que cette démarche, à l'impact financier important, repose sur des travaux complets (et non fondés sur les seuls coûts de l'immobilier), périodiques et documentés.

3 – La valorisation initiale

Le basculement dans le nouveau dispositif d'allocation de ressources suppose que soit fixée la valeur initiale des diverses composantes de la T2A, amenées ensuite à évoluer annuellement en fonction de l'ONDAM. Les méthodes employées ont été conçues pour maintenir constante l'enveloppe des dépenses d'assurance maladie nationale consacrée aux activités de court séjour et se sont traduites par un exercice de redéploiement des masses financières historiques selon une démarche spécifique à chaque secteur.

a) Dans le secteur privé

Les MIGAC

Les MIGAC y tiennent une place mineure. Lors du cadrage des objectifs pour 2005, la dotation MIGAC a été estimée a priori à 14 M€ (dont 3,7 M€ en mesures fléchées affectés au plan cancer) et préemptée en totalité sur les mesures nouvelles du secteur (dont elles représentaient 0,7 %) et ce, avant que la DHOS ne dispose des déclarations réalisées par les 252 établissements concernés et contrôlées par les ARH pour un montant de 20 M€. Une partie de l'écart entre la dotation notifiée et le montant déclaré a été prélevée sur la dotation MIGAC du secteur public.

156. En 2004, la petite couronne bénéficiait d'un coefficient propre de 10 %.

Les tarifs

Le besoin de disposer d'un échantillon représentatif d'établissements sur lequel calculer les coûts de production des GHM a été exprimé dans les rapports auxquels les deux expérimentations d'une tarification à la pathologie ont donné lieu (1995 et 2002)¹⁵⁷. A la fin de 2005, cette base de référence n'existait toujours pas¹⁵⁸.

Les tarifs nationaux appliqués au démarrage de la réforme le 1^{er} mars 2005 (parus au journal officiel du 2 août 2005) ont donc été calculés à partir de la totalité des factures présentées au remboursement en 2002, actualisées en fonction des hausses tarifaires ultérieures.

Ces anciennes factures (« bordereaux 615 »), produites par patient pris en charge, comprenaient trois ensembles indépendants : les prestations hospitalières remboursées aux établissements (comprenant, en simplifiant, le prix de journée, les forfaits techniques et le forfait pharmacie), la totalité des dispositifs médicaux et les molécules anticancéreuses utilisées en chimiothérapie ambulatoire refacturées aux caisses au prix d'achat, enfin les honoraires des praticiens libéraux, des auxiliaires médicaux hors infirmières et des actes de biologie remboursés aux professionnels et comptabilisés dans l'objectif des soins de ville de l'ONDAM.

Les nouveaux tarifs excluent (comme les anciens) ce dernier ensemble qui représentait 23,2 % du total remboursé aux cliniques en 2004 (régime général, toutes disciplines confondues).

Pour l'avenir, une base fiable de coûts par GHM calculée sur un échantillon représentatif d'établissements et régulièrement actualisée devrait être mise en place dans le secteur privé. Dès maintenant cependant, les modalités de passage des tarifs calculés sur la base des factures à ceux calculés sur la base des coûts constatés devraient être définies et expliquées aux établissements.

Le redéploiement qui a conduit à la fixation des tarifs nationaux n'a cependant pas été opéré sur la totalité des dépenses d'assurance maladie : 200 M€¹⁵⁹ en ont été déduits pour maintenir le dispositif, très

157. Expérimentation Languedoc-Roussillon démarrée en 1992 et expérimentation définie par la loi CMU de 1999.

158. Une étude a été commandée à un cabinet privé au printemps 2005 qui doit procéder au retraitement des données comptables de 2004 dans 51 établissements volontaires : l'utilisation qui sera faite des coûts par GHM ainsi recueillis n'est cependant pas clairement définie.

159. Soit 2,5 % de l'ODMCO du secteur fixé à 8 190 M€ et 2,9 % du montant de 6 844 M€ consacré aux tarifs en 2005.

discutable en l'occurrence, des suppléments de recettes globales journalières dont bénéficiaient 387 établissements au titre du « classement » de lits en soins particulièrement coûteux de chirurgie (SPC), défini en 1978 (annexe A de l'arrêté du 19 juin 1978)¹⁶⁰.

Il serait souhaitable que les suppléments de recettes SPC disparaissent en 2007 avec la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui permettront d'appliquer la réglementation de 2002 relative à l'activité de réanimation et celle des suppléments tarifaires fixés depuis 2005 dans le cadre de la T2A.

Au total, dans le secteur privé lucratif, les montants fixés en 2005 étaient les suivants : 14 M€ de dotation MIGAC, 60 M€ de forfaits annuels, 1 286 M€ de DMI-MO et 6 844 M€ de tarifs GHS et compléments.

b) Dans le secteur public

Les MIGAC

La dotation des MIGAC a été arrêtée à 4 657 M€ en 2005. Antérieurement, elle ne comportait que le financement forfaitaire des MERRI, fixé à 13 % du budget MCO des CHRU et CLCC.

Depuis 2005 elle comprend plusieurs éléments :

- d'une part, les MERRI bénéficient désormais de deux financements complémentaires : un financement forfaitaire (différent de celui mentionné ci-dessus) auquel s'ajoute un financement variable.

Le nouveau mode de financement des MERRI en 2005 a entraîné une forte augmentation

Le financement forfaitaire des MERRI, fixé en 2004 à 13 % du budget MCO pour tous les CHR-U et CLCC, a fait l'objet d'une modification importante en 2005. En fonction des activités décrites par les établissements, des taux différenciés leur ont été appliqués : pour les CHR-U, ces taux ont été de 10,5 %, 12 % ou 13,5 % et pour les CLCC de 8 %, 11 % ou 13,5 %.

Par ailleurs, un financement variable y a été ajouté. Celui-ci est calculé en fonction des missions figurant dans la liste mentionnée supra

160. L'octroi de ces suppléments a été historiquement très variable d'une région à l'autre (certaines n'en ont pas obtenus comme la Picardie, d'autres les ont accordés à la quasi-totalité des cliniques comme la Bourgogne) et d'un établissement à l'autre (entre 1 % et 25 % de supplément de recettes).

que l'établissement déclare exercer et qu'il valorise à partir de ses coûts constatés.

Cependant, pour modérer les effets de ce nouveau mode de valorisation et éviter de trop fortes variations, le financement total des MERRI (forfaitaire et variable) rapporté au budget MCO des établissements a été encadré par un taux plancher (12 %) et des taux plafonds (16 % et 20 %).

Au total, en ajoutant les deux types de financement, les CHR-U ont bénéficié d'un financement des MERRI équivalent à 15,7% de leur budget MCO (environ 2 Md€ pour 31 établissements dont l'AP-HP) et à 17,7% pour les CLCC (environ 138 M€ pour 20 établissements).

Pour prendre le cas de l'AP-HP la dotation initiale au titre de recherche et de l'enseignement représentait un montant d'environ 468 M€ début 2004 (soit 13 % du budget MCO). La mise en place sur deux ans des MIGAC a conduit à une dotation pour 2005 de 838 M€ qui se décompose en 676 M€ de MERRI et en 162 M€ de MIGAC, soit un supplément total de 370 M€.

On peut observer que la perte de recettes liée à l'application à 100 % de la T2A, qui doit s'opérer d'ici 2012, a été évaluée en 2004 à 420 M€ sans coefficient géographique et à 350 M€ avec coefficient géographique.

- d'autre part, le reste de la dotation MIGAC a été calculé pour tous les établissements sur la base de leurs déclarations contrôlées par l'ARH et corrigées par la DHOS : coûts historiques issus de leurs retraitements comptables 2003 appliqués aux missions retenues dans la liste.

La valorisation de la dotation MIGAC ainsi conçue a conduit à une augmentation de 28 % de 2004 à 2005 (base publique avant mesures nouvelles de 2005). Il serait souhaitable que cette approche à la fois forfaitaire et historique soit progressivement remplacée par une méthodologie reposant notamment sur une définition de coûts standards¹⁶¹.

Les tarifs

Contrairement au secteur privé lucratif, le secteur public dispose depuis 1992 d'un échantillon d'établissements dans lesquels s'élabore une échelle nationale de coûts (ENC) des GHM, placée sous la responsabilité de l'ATIH. Cependant les tarifs forfaitaires nationaux fixés

161 . Cette préconisation figurait déjà dans le rapport sur l'expérimentation Languedoc-Roussillon de 1995 et dans le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1997.

en 2004 et recalculés en 2005 ne sont pas le résultat immédiat des coûts moyens constatés dans l'ENC.

La méthode a comporté en réalité trois étapes : d'abord le calcul des coûts complets par GHM, ensuite le calcul des « prétarifs » par redistribution de ces coûts complets entre les tarifs forfaitaires par séjour (GHS) et les autres éléments de rémunération (DMI-MO, extrêmes, suppléments...), enfin le calcul des tarifs nationaux.

Les deux premières étapes ont été réalisées sur la base des données d'un nombre limité d'établissements volontaires constituant un échantillon statistiquement non représentatif (ils étaient 22 en 1992 et 58 en 2004) et selon des méthodes de comptabilité analytique définies par l'ATIH mais insuffisamment contraignantes pour garantir l'homogénéité des traitements dans les différents établissements. Ainsi, selon les GHM, la part de charges totales imputées directement au séjour varie entre 5 % et 93 %¹⁶², le principal défaut de la démarche étant l'imputation indirecte des charges de personnel à la journée, alors que des méthodes analytiques d'imputation directe des charges en soins par séjour sont disponibles, fondées sur des outils de recueil spécifique.

La troisième étape a eu pour objet de calculer les tarifs nationaux en ajustant les prétarifs issus de l'échantillon à la fois à l'enveloppe budgétaire nationale des dépenses MCO et à la structure nationale de la production de soins.

Toutefois, ce n'est pas la totalité de l'enveloppe budgétaire MCO qui a été retenue pour calculer les tarifs nationaux mais l'enveloppe diminuée de la dotation MIGAC et des différentes contributions spécifiques hors tarifs forfaitaires par séjour. Autrement dit, l'augmentation importante en 2005 des montants ainsi soustraits a fait baisser mécaniquement les tarifs qui avaient été calculés en 2004 : globalement la base MCO a augmenté de 3,7 % en 2005, mais la base affectée aux divers tarifs a baissé de 2,8 % ; cette baisse a elle-même résulté d'une

162. La majeure partie des charges résulte de produits consommables et de dépenses de personnel. Les produits consommables comme les médicaments ou les dispositifs médicaux ne sont pas, dans tous les cas, directement rattachés à chaque patient et donc à chaque séjour particulier. Concernant les charges de personnel, elles sont sommées par service, divisées par le nombre total de journées qui y sont réalisées. Les charges de personnel de chaque GHM sont alors valorisées en multipliant sa durée moyenne de séjour par le coût moyen de personnel du service ce qui conduit à ignorer la variation souvent importante de charges en soins selon les séjours : ainsi un séjour bref comporte généralement des journées au cours desquelles la charge en soins est plus importante qu'au cours d'un séjour long.

diminution de 8,5 % des tarifs des GHS proprement dits et d'une augmentation de 100 % des divers tarifs complémentaires.

La Cour regrette que la méthode de valorisation des éléments de financement ait pour conséquence d'introduire une forte déconnexion entre les coûts constatés et les tarifs fixés, lesquels constituent une variable d'ajustement, dénuée de lisibilité et de sens pour les établissements.

Au total, dans le secteur public, les montants fixés en objectif 2005 étaient les suivants : 4 657 M€ de dotation MIGAC, 790 M€ de forfaits annuels, 1 562 M€ de DMI-MO et 28 774 M€ de tarifs GHS et compléments.

B – L'économie générale de la réforme

Outre l'objectif de médicalisation du financement, le second objectif affiché de la réforme est celui « d'équité de traitement entre les établissements ». Il vise la réduction des fortes disparités de ressources dont bénéficient les établissements de santé pour produire la même activité de soins et qui résultent principalement des dispositifs antérieurs de financement : bien qu'opposés dans leur logique -dotation globale de moyens d'un côté, paiement à la prestation de l'autre- les modes d'allocation de ressources des secteurs public et privé lucratif ont eu pour résultat similaire de créer et de figer des rentes de situation à l'intérieur de chaque secteur et de maintenir un écart supposé très significatif entre les deux secteurs.

1 – Les deux objectifs de convergence

La réduction des disparités doit s'obtenir par un mécanisme de convergence vers des tarifs nationaux calculés sur la moyenne constatée. Deux dispositifs concomitants concourent à cette réduction : la convergence propre à chaque secteur (ou intrasectorielle) déjà entrée en vigueur et la convergence intersectorielle tendant à appliquer à terme une seule grille tarifaire à l'ensemble des établissements de santé.

a) La convergence intrasectorielle

La convergence ne s'applique qu'à une sous-partie de l'enveloppe MCO, c'est-à-dire à l'enveloppe diminuée des MIGAC, des dépenses de produits facturables en sus et des forfaits annuels versés sous forme de

dotation. Elle est fondée sur l'échelle tarifaire établie dans chaque secteur selon les méthodes de valorisation différentes examinées supra.

Les mécanismes de progressivité

Prévue pour s'achever en 2012 et atteindre 50 % de réalisation à mi-parcours en 2008, la convergence s'opère progressivement par deux mécanismes différents selon le secteur considéré.

Dans le secteur privé lucratif, habitué à facturer aux caisses d'assurance maladie les séjours individuels des patients, les nouveaux tarifs nationaux qui s'appliquent à la totalité de l'activité produite sont modulés par un coefficient de transition propre à chaque établissement : celui-ci, inférieur ou supérieur à 1, permet d'étaler sur 7 ans l'écart de recettes calculé en appliquant à l'activité produite en 2002 les anciens et les nouveaux tarifs.

Dans le secteur anciennement sous dotation globale, le mécanisme (article 33-V-A de la LFSS 2004) est différent et peu compréhensible.

« Les prestations d'hospitalisation dispensées aux assurés sociaux dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1° de l'article L 6111-2 du code de la santé publique exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont prises en charge sur la base des deux éléments suivants :

1° Une fraction du tarif des prestations d'hospitalisation fixé en application des dispositions du 1° du I de l'article L 162-22-10 du code de la sécurité sociale déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré correspondant à cette fraction ;

2° Une dotation annuelle complémentaire déterminée dans les conditions prévues au D du présent V.

La fraction mentionnée au 1° est fixée par l'Etat dans les conditions prévues à l'article L 162-22-10 du même code et ne peut être inférieure à 50 % en 2008 ».

Cette fraction, fixée chaque année par le pouvoir réglementaire, est cependant devenue l'objet d'un débat annuel au Parlement, généralement au moment du vote de la loi de financement de la sécurité sociale. Mal comprise, elle est interprétée le plus souvent comme étant la part d'activité de soins facturée par les établissements. Mais les mécanismes mis en œuvre sont plus compliqués.

En 2004 et 2005, l'application de la fraction (10 % en 2004, 25 % en 2005) a donné lieu aux calculs suivants : dans chaque établissement, le budget total MCO issu des retraitements comptables a été calculé, puis

diminué des MIGAC, des dépenses de produits facturables en sus et de forfaits annuels versés sous forme de dotation, afin d'obtenir une sous enveloppe supposée correspondre à l'activité relevant de tarifs (GHS ou tarifs supplémentaires).

C'est à cette sous-enveloppe qu'a ensuite été appliqué un taux de part « historique » (de 90 % en 2004 puis de 75 % en 2005) qui a permis de calculer la dotation annuelle complémentaire (DAC). Dans le même temps, l'activité produite et relevant des tarifs a été facturée en totalité par les établissements, mais les versements correspondants dus par l'assurance maladie ont été calculés en appliquant à cette activité facturée les tarifs nationaux réduits à 10 % en 2004 et 25 % en 2005. A cette occasion, la DHOS a fait bénéficier les deux constituants (DAC et activité facturée) du même taux d'évolution.

En revanche, en 2006, si l'activité doit être facturée sur la base de 35 % des tarifs nationaux (fraction fixée pour cet exercice), la DAC a été calculée de manière différente, par minoration du montant de la DAC de 2005 ($DAC\ 2005 / 0,75 \times 0,65$), sans tenir compte des nombreux facteurs qui ont fait bouger la part relative des divers éléments de financement dans le budget MCO (notamment forte augmentation des MIGAC et des DMI-MO). Pour 2006, la DHOS a fait bénéficier les deux constituants de taux d'évolution différenciés (-0,72% et +3,24%).

Poids des diverses recettes fixé dans l'objectif du secteur public

	Objectif 2005		Objectif 2006	
MIGAC	4 657 M€,	13,0 %	5 619	15,0 %
DMI-MO	1 562 M€,	4,4 %	1 898	5,0 %
Forfaits	790 M€,	2,2 %	879	2,4 %
Activités relevant de tarifs	28 774 M€	80,4 %	29 003	77,6 %
dont DAC	21 815 M€	61,0 %	18 311	49,0 %
dont recettes facturées	6 959 M€	19,4 %	10 692	28,6 %
Total	35 783 M€	100 %	37 399	100%

Source : DHOS

Ainsi en 2005, la fraction de 25 % correspond en réalité à une part de 19,4 % du financement MCO. Pour 2006 la fraction de 35 % correspond à une part de 28,6 %.

La différence de mécanismes de progressivité entre les deux secteurs n'est pas neutre : alors que l'évolution du volume d'activité est

totalemen prise en compte dans les recettes des établissements privés, elle est limitée à la « fraction » réellement facturée dans le secteur public.

L'évaluation des effets redistributifs

La convergence vers des tarifs nationaux moyens induit, dans chaque secteur pris séparément, une redistribution financière entre les établissements considérés comme antérieurement sous dotés et « gagnants » et ceux considérés comme antérieurement sur dotés et « perdants ». L'évaluation de ces transferts doit permettre d'apprécier la faisabilité économique du processus mis en œuvre.

Les montants en jeu

Pour chaque secteur pris séparément¹⁶³, les montants financiers en jeu sont les suivants :

- dans le secteur des établissements ex DG, la redistribution à la moyenne porte sur 1,19 Md€ prélevés sur les établissements surdotés (42 % des établissements, -7,2 % de leur budget initial) et réaffectés aux établissements sous dotés (58 % des établissements, +7,8 % de leur budget initial) ;
- dans le secteur des établissements ex OQN, la redistribution à la moyenne porte sur 137 M€ prélevés sur les établissements surdotés (55 % des établissements, -4,7 % de leurs recettes initiales) et réaffectés aux établissements sous dotés (45 % des établissements, +7,8 % de leur budget initial).

Dans le secteur public, il y a plus de gagnants que de perdants, au contraire du secteur privé, mais les écarts y sont plus importants : 57,4 % des établissements se situent à + ou -10 % de la référence, alors que 87,9 % des établissements ex OQN se situent dans cette fourchette. Aussi l'effort exigé des établissements publics surdotés est-il supérieur : 17,5 % des établissements publics sur dotés connaissent une baisse annuelle supérieure à 2,3 % et seulement 3,4 % des établissements ex OQN.

Il convient de souligner enfin que cette évaluation ne prend en compte ni les modifications très importantes intervenues en 2005 dans la

163. L'évaluation porte sur 577 établissements ex DG sur 660 concernés par la réforme et sur 1 196 établissements ex OQN sur 1 210. Réalisée par la DHOS et reprise dans les travaux récents du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, cette évaluation a consisté à calculer les recettes des établissements avant et après réforme appliquée à 100 %. Mais celle-ci se fonde sur la structure d'activité des établissements constatée en 2002 et ne tient pas compte des modifications importantes intervenues dans la définition même des tarifs, des produits facturables en sus et des dotations MIGAC en 2005.

définition des enveloppes (MIGAC et DMI-MO) et les tarifs eux-mêmes, ni les évolutions de la structure d'activité, facteurs qui ont vraisemblablement transformé la donne de manière significative pour nombre d'établissements.

b) La convergence intersectorielle

L'exposé des motifs de la LFSS 2004 introduisait un objectif de « convergence des modalités de financement et des tarifs à une échéance de 10 ans » mais celui-ci n'était pas défini dans la loi.

Cet objectif a été précisé dans la LFSS pour 2005 et voté sous la forme suivante : « Pour les années 2005 à 2012 (...), les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b, et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. L'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50 % en 2008 ».

La mise en œuvre de la convergence intersectorielle, enfermée dans un calendrier très contraint, n'est cependant pas définie dans ses principes essentiels : amplitude de l'écart à réduire, définition du périmètre des tarifs à faire converger, sens de la convergence (vers les tarifs les plus bas, moyens ou les plus hauts). En outre, cette convergence a ignoré jusqu'à présent un aspect essentiel de la question, à savoir la composition des recettes globales des établissements et la participation effective de l'assuré, différente dans les deux secteurs.

Fin 2004, trois scénarios théoriques avaient été soumis au ministre par la DHOS sur la base d'un écart chiffré de 40 %¹⁶⁴ :

- convergence des tarifs du secteur privé lucratif vers les tarifs du public (surcoût pour l'assurance maladie estimé à 4,7 Md€) ;

164. Le chiffrage de cet écart est devenu une préoccupation dès l'expérimentation conduite en Languedoc-Roussillon en 1995, mais faute d'étude approfondie, celui-ci varie selon les documents. Quand le Parlement a voté une convergence intersectorielle à 100 % en 2012 (LFSS 2005), le chiffrage réalisé par la DHOS mentionnait un surcoût de 40 % des établissements publics (le niveau moyen des tarifs du secteur privé se situe à 60 lorsque celui des tarifs du secteur public est à 100). Un rapport de l'IGAS (n° 2006-009) mentionne un surcoût de 45 % et, dans l'hypothèse de simulation retenue par le HCAAM, le surcoût est de 20 %.

- convergence de chaque secteur vers la moyenne (redistribution estimée à 3,7 Md€ se traduisant par une hausse tarifaire de 69 % pour le secteur privé et une baisse de 15 % pour le secteur public),
- convergence apparente consistant à aligner les tarifs du secteur public sur ceux du privé et à compenser la baisse de recettes correspondantes par le versement d'une enveloppe complémentaire de 9,3 Md€ intégrée ou non dans les MIGAC.

Il a été décidé en 2005, conformément à la recommandation du conseil de l'hospitalisation, de faire converger les deux secteurs vers la moyenne par différenciation de leurs hausses tarifaires respectives : en conséquence un transfert de 35 M€ a été réalisé du secteur public vers le secteur privé produisant un écart des hausses tarifaires de 1,29 % (et même de 1,71 % compte tenu des mesures tarifaires fléchées du privé) en faveur du secteur privé.

Bien que le Parlement ait confirmé le calendrier voté en décembre 2004 lors du vote de la LFSS 2006, à savoir l'objectif de 50 % de convergence en 2008, le ministre a décidé une pause dans cette convergence pour la campagne 2006 afin que les points d'ancrage de la démarche puissent être préalablement tranchés. Dans cette optique, le HCAAM et l'IGAS ont été sollicités pour proposer des scénarios de mise en œuvre¹⁶⁵.

Leurs constats communs mettent en exergue deux séries de difficultés méthodologiques importantes : l'hétérogénéité des méthodes de valorisation des tarifs (calculés en coûts et en tarifs d'une part, incluant les charges de personnel et excluant les honoraires libéraux d'autre part) ; les disparités insuffisamment analysées des deux secteurs qui ne délivrent pas exactement les mêmes prestations et sont soumis à des contraintes de gestion différentes (coût du travail et qualification des personnels notamment).

Dans les deux cas, le principe d'une convergence vers les tarifs des établissements les plus performants -et non à la moyenne- est préconisé.

La Cour partage ce diagnostic soulignant les difficultés méthodologiques de la convergence et l'actuelle carence d'informations objectives sur les disparités des deux secteurs.

Elle estime, pour sa part, que l'objectif de convergence intersectorielle ne pourrait être atteint que si les conditions suivantes étaient réunies :

165. Rapport IGAS (n° 2006-009) et avis du HCAAM du 23 mars 2006.

- la convergence doit s'opérer vers les tarifs des établissements les plus performants et non vers une moyenne constatée comme cela est le cas dans la démarche de convergence intrasectorielle et comme cela a été mis en œuvre en 2005 ;
- elle doit s'appliquer à des tarifs uniques complets, incluant en particulier l'ensemble des charges de personnel ou d'honoraires, à l'exception des produits facturables en sus ;
- elle doit s'appliquer à des tarifs homogènes, ce qui nécessite que soient préalablement éliminés les facteurs éventuels de disparité tenant à la nature des prestations délivrées par chacun des secteurs.

La réalisation de ces trois conditions suppose des décisions particulièrement lourdes de conséquences.

Les principes de la convergence intersectorielle ainsi définis devraient en conséquence être rapidement explicités et faire l'objet d'une large communication aux organisations professionnelles des différents secteurs. Une telle démarche est incompatible avec le calendrier actuellement prévu par la loi pour la convergence intersectorielle.

2 – Les contraintes

Les perspectives d'évolution de l'ONDAM dans les années à venir rendent difficile la mise en œuvre du système redistributif que constitue la T2A : avec une croissance annuelle modérée de l'ONDAM (de l'ordre de 2,5 % par an), la hausse des coûts de production devrait être financée en totalité par les gains de productivité dégagés par les établissements.

A activité constante, les établissements initialement surdotés peuvent être confrontés à une baisse de leurs ressources. Cette baisse est due à la fois à l'encadrement de l'ONDAM, à la convergence intrasectorielle (baisse annuelle supérieure à 2,3 % pour presque un cinquième des établissements perdants du secteur public), ainsi qu'à la convergence intersectorielle. Celle-ci, dans le schéma retenu en 2005 (convergence à la moyenne) et dans le calendrier fixé par la loi (50 % en 2008), devrait en effet se traduire par une baisse de 3,2 % en 2007 et 2008, puis de 1,8 % de 2009 à 2012¹⁶⁶.

Les gains de productivité ainsi exigés des établissements surdotés apparaissent globalement très importants : pour les établissements ex DG en particulier, même en l'absence de convergence intersectorielle, la réalisation de ces gains semble d'ici 2012 difficilement compatible avec

166. Hypothèse d'une baisse de 15 % des tarifs publics figurant dans la note DHOS précitée de la fin 2004.

leurs marges de manœuvre effectives en raison de leurs contraintes de fonctionnement (les personnels représentent 70 % de leurs charges) et de leur vocation de recours (activité moins spécialisée et peu programmée).

3 – Les facteurs de continuité et de rupture

La réforme de la T2A comporte des facteurs de continuité importants : le dispositif de péréquation budgétaire mis en oeuvre de 1997 à 2003¹⁶⁷ utilisait déjà le PMSI pour mesurer la production et la productivité des établissements et poursuivait les mêmes objectifs généraux de réduction des disparités de coûts pour l'assureur et de convergence vers une moyenne nationale des ressources allouées.

Concernant la convergence vers la moyenne constatée, on peut douter de la pertinence économique d'un modèle de financement conduisant à accorder des recettes supplémentaires (effet d'aubaine) aux établissements dont les recettes sont inférieures à cette moyenne : cette orientation paraît contradictoire avec les contraintes financières actuelles de l'ONDAM. En outre, aucune destination privilégiée n'est affectée au surplus de moyens dont vont bénéficier les établissements initialement sous dotés.

La T2A introduit en revanche des facteurs de rupture significatifs : en fixant une grille nationale de tarifs opposables, le nouveau dispositif cherche à optimiser par les prix l'offre de soins hospitalière et à instaurer une alternative à la démarche d'encadrement budgétaire.

Cette transformation qui vise à inciter les établissements à réaliser des gains de productivité n'apporte pas de réponse, autre que mécanique, au problème central de l'organisation et des coûts des personnels hospitaliers publics, source probable d'une partie importante des écarts entre les deux secteurs.

Elle peut également ignorer ou contrarier deux autres volets du pilotage hospitalier : la régulation macroéconomique de la dépense et l'organisation de l'offre de soins.

En effet, pour maintenir ou accroître leur revenu, les établissements peuvent réagir à la fixation des tarifs soit en augmentant le volume des soins dispensés, soit en spécialisant leur activité sur les segments les plus rémunérateurs pour eux, soit par une combinaison de ces deux comportements. Il en résulte que la T2A peut engendrer une

167. De 2000 à 2003 dans le secteur privé sous OQN.

augmentation significative des dépenses¹⁶⁸. Cet effet inflationniste redouté est contraire à l'objectif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie et à la contrainte financière forte résultant de l'ONDAM (évolution tarifaire zéro à activité constante dans les prochaines années).

Une seconde contradiction apparaît entre les procédures d'organisation physique de l'offre hospitalière, placée sous la responsabilité des ARH et la logique d'optimisation par les tarifs introduite par la T2A :

- reconfigurer l'offre hospitalière par le truchement d'une cartographie idéale et quantifiée des prises en charge à confier à chaque structure est par nature assez antinomique avec le fait d'inciter les établissements, par le biais des tarifs, à adapter leur activité à leur performance économique (générer des gains de productivité, repérer les activités déficitaires, développer les activités rentables) ;
- les objectifs quantifiés par activité définis dans les SROS III se déclinent au niveau de chaque établissement dans les CPOM qui doivent être signés avant le 31 mars 2007. L'adaptation de l'offre de soins comporte ainsi un dispositif de fixation des volumes d'activité par établissement dont le non respect doit faire l'objet de sanctions et n'est pas cohérent avec la T2A.

C – Le début de la mise en œuvre

La décision du ministre chargé de la santé d'engager une réforme du financement dont les modalités étaient encore imprécises a été annoncée fin 2002, avec un début de mise en œuvre fixé au 1^{er} janvier 2004 pour le secteur public et au 1^{er} octobre pour le secteur privé.

Dans le secteur public, une forme embryonnaire de la T2A s'est appliquée le 1^{er} janvier 2004, mais ce n'est que le 1^{er} mars 2005 que le dispositif complet a été déployé dans les deux secteurs.

1 – La conduite de la réforme

Une structure particulière de pilotage a été mise en place fin 2002, composée d'un pôle de conception et de déploiement, la mission T2A

168. Cette situation a été observée dans le cas des cliniques privées soumises à ce type de régulation depuis 1992 : l'enveloppe allouée à ces cliniques a été dépassée tous les ans bien que, chaque année, le dépassement constaté ait été pris en compte pour définir l'enveloppe de l'année suivante. Le dépassement total constaté de 2000 à 2004 s'est élevé à près de 1 Md€.

(MT2A)¹⁶⁹ rendant compte directement au ministre et d'un comité de concertation et de suivi qui regroupe les représentants des organisations professionnelles, installé dès février 2003.

L'organisation initiale a été étoffée par arrêté du 25 mai 2004 : ont été créés une mission d'audit et d'accompagnement¹⁷⁰ au sein de la MT2A ainsi qu'un comité d'évaluation installé en avril 2005. Il est présidé par le directeur de la haute autorité de santé et son secrétariat a été confié conjointement à la DREES et la DHOS. Il ne comporte que six personnes qualifiées sur 18 membres mais intègre les maîtres d'œuvre que sont le ministère et l'assurance maladie ainsi que les organisations professionnelles, ce qui est assez inhabituel en matière d'évaluation des politiques publiques.

A la fin de 2005, l'ensemble des moyens concourant à la mise en oeuvre de la réforme se caractérise à la fois par une insuffisance quantitative et par une répartition insatisfaisante des fonctions :

- en dépit de la primauté qui lui a été reconnue initialement, la MT2A n'a pas connu le développement attendu (début 2006 elle ne compte que 7 ETP alors qu'au moins 15 étaient prévus), ce qui l'a rendue tributaire des services de la DHOS, de la DREES et de l'ATIH et ses responsabilités en matière de conception et de pilotage se sont réduites au profit de tâches de gestion ;
- la DHOS dont la sous-direction financière est la plus sollicitée se trouve en théorie privée du pilotage de la réforme, alors même qu'elle l'assume en quasi-totalité ;
- les autres directions du ministère, DSS, DREES et DGS sont très peu associées aux décisions et aux travaux ;
- l'ATIH constitue la base technique essentielle de la T2A puisqu'elle est à la fois responsable de la classification de l'échelle nationale de coûts du secteur public et de tous les travaux de nature informatique concourant au fonctionnement du PMSI. Pour autant, ses moyens sont faibles, ce qui a entraîné des retards (la base PMSI 2004 n'a été livrée qu'en novembre 2005), des insuffisances (ces bases ne sont pas systématiquement exploitées) ou des transferts de compétence (des travaux relatifs à l'échelle de coûts du secteur privé ont été confiés à un cabinet privé en 2005, alors que l'ATIH est responsable de l'échelle des coûts du secteur public) ;

169. Voir, supra, les missions créées dans le cadre du plan hôpital 2007.

170. Cette mission est distincte de la MEAH mentionnée page 167.

- la multiplication des groupes de travail qui associent systématiquement les organisations professionnelles aux décisions et transforme l'élaboration de la T2A en objet de négociation permanente et consomme un temps précieux.

La Cour juge nécessaire une redéfinition de l'organisation des ressources humaines, dans les meilleurs délais, conduisant à :

- constituer, sous la responsabilité du DHOS, une équipe de pilotage de la réforme qui se substituerait à l'actuelle MT2A ;
- réduire le nombre actuel de groupes de travail ;
- clarifier les compétences de l'ATIH.

2 – Un premier bilan

a) Des outils de suivi, de contrôle et d'évaluation inexistants en 2005

Le suivi des dépenses d'assurance maladie a été gravement perturbé en cours d'exercice par la mise en oeuvre de systèmes d'avances et d'acomptes dans les deux secteurs¹⁷¹.

Aucun outil de contrôle n'était opérationnel en 2005 : aucune procédure de contrôle interne du codage des séjours ne s'impose en effet aux établissements (seule l'existence du directeur de l'information médicale -DIM- est obligatoire). Quant au contrôle externe des factures, il repose sur un dispositif législatif spécifique (articles L. 315-1 et L. 162-22-18 du code la sécurité sociale) qui ajoute à la procédure normale de contrôle des factures, de liquidation et de répétition d'indus habituellement dévolue aux caisses d'assurance maladie, une procédure de sanction financière en cas de manquements aux règles de facturation, d'erreurs de codage ou de prestations non réalisées. A cette occasion, un transfert de compétence des caisses d'assurance maladie à la commission exécutive des ARH a été décidé puisque c'est cette dernière qui fixe désormais le programme de contrôles à réaliser, organise leur exploitation et arrête les sanctions financières. Cette décision, que la Cour regrette, a eu pour effet de créer de fortes tensions entre le ministère et la CNAMTS et de bloquer temporairement l'application du contrôle externe dans les établissements qui n'a démarré qu'au début de 2006.

Les travaux du comité d'évaluation installé en 2005 ont progressé lentement, en raison à la fois de son organisation et de la difficulté du sujet lui-même. Saisi, lors de la première séance, d'un cahier des charges

171. Cf. supra partie I, chapitre I, D.

très général destiné à proposer une première grille de lecture de la réforme et des axes possibles d'évaluation, il a défini neuf thèmes et cinq groupes de travail dont les travaux sont laissés à l'initiative d'un animateur, le plus souvent issu d'une organisation professionnelle.

Ces outils sont pourtant d'autant plus nécessaires que la réflexion théorique et les expériences étrangères ont conduit à identifier un nombre important d'effets indésirables potentiels liés à la tarification à l'activité qui découlent tous de l'attitude possible de contournement des opérateurs face aux nouvelles contraintes de la T2A.

En effet, les gains de productivité que la T2A doit enclencher peuvent provenir d'une réorganisation et d'une optimisation des facteurs de production à prestations équivalentes, ce qui est l'effet recherché. Mais ils peuvent également découler d'une modification de l'activité de soins produite, artificielle ou réelle, entraînant des dépenses supplémentaires et/ou une perte de qualité : augmentation apparente du poids des cas traités par modification des techniques de codage (autorisées ou illicites), multiplication illicite du nombre de séjours rémunérés par forfaits en fractionnant les prises en charge de chaque patient, modification des pratiques médicales entraînant une perte de qualité, changement de clientèle par sélection ou spécialisation, augmentation de l'activité en volume sur les segments les plus rentables, externalisation des soins au sens large (transfert sur d'autres filières non contraintes, y compris en ville).

b) Des lacunes importantes et porteuses de risques

La participation de l'assuré dans le secteur public

Une première lacune vise l'actuel mode de calcul de la part laissée à la charge de l'assuré (ménages et assurances complémentaires) dans le secteur public : celui-ci n'a pas été adapté à la nouvelle tarification et maintient l'ancienne procédure du paiement d'un ticket modérateur sur des tarifs journaliers de prestations. Fixés par les établissements avec l'accord de l'ARH, ces tarifs constituent désormais pour l'établissement une variable d'ajustement des recettes d'assurance maladie et risquent, si celles-ci sont jugées insuffisantes pour équilibrer l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, de conduire à une augmentation de la charge des

assurés¹⁷². La Cour recommande que la part de l'assuré dans les établissements publics soit calculée sur la base des tarifs de prestations résultant de la T2A, comme c'est déjà le cas dans le secteur privé.

Les zones à risque du dispositif de financement

D'une part, les deux financements hors tarifs que sont les MIGAC et les produits facturables en sus semblent mal maîtrisés en raison d'une définition pour l'instant insuffisamment resserrée. D'autre part, certaines zones de l'actuel dispositif tarifaire sont peu lisibles ou incertaines. Quelques exemples, parmi d'autres, peuvent être mentionnés :

- le financement de l'activité d'urgence ne compte pas moins de huit canaux différents (dont une partie « invisible » est incluse dans le tarif des GHS) qui font obstacle à une évaluation de son coût total par l'assurance maladie ;
- les activités de courte durée (moins de 48 heures), faute de définition suffisante, peuvent donner lieu à une facturation de GHS pour des prises en charge relevant en réalité des actes externes ou de passages aux urgences ;
- les règles fixant les bornes basses et hautes par GHS qui ouvrent droit au paiement des extrêmes subissent des modifications fréquentes et dont la justification n'est pas explicitée. Elles ont un impact financier très important sur les recettes des établissements et les incitent à adapter en permanence leurs durées de séjour pour des raisons non médicales.

Le rôle des organisations professionnelles dans le processus de décision

La concertation avec les organisations professionnelles est indispensable à la réussite de la réforme. Mais ces organisations sont en réalité partie prenante à toutes les décisions, parfois même chargées d'animer ou de mener à bien certains travaux de nature apparemment technique. Les pouvoirs publics sont ainsi placés en situation de négociation permanente. Compte tenu des enjeux financiers et politiques que recouvre chacune des questions même techniques, ce mode de pilotage nuit gravement au déploiement rapide de la réforme et lui fait

172. Précédemment, le budget autorisait des dépenses « encadrées » financées à la fois par les recettes en provenance des assurés et de l'assurance maladie : c'est la dotation globale de financement (DGF) qui servait de variable d'ajustement ex post (au cours de l'exercice $n + 1$) pour couvrir l'ensemble des dépenses encadrées autorisées.

courir des risques significatifs en termes de conformité à ses objectifs initiaux.

*

* *

Deux ans après le vote de la loi, la T2A est devenue une donnée majeure de la gestion des établissements de santé. Si elle souffre encore de certaines imperfections de jeunesse que devrait corriger une période de « réglage » estimée à environ cinq ans selon les experts, le manque de clarté de règles de gestion souvent modifiées ne peut que gêner les établissements dans leur démarche d'anticipation et de prévision.

Mais, plus fondamentalement, cette réforme pose deux problèmes majeurs qui tiennent aux orientations mêmes qui ont été retenues :

- la réalisation de la convergence entre les secteurs public et privé est suspendue aujourd'hui à des conditions qui paraissent impossibles à satisfaire d'ici 2012 ;
- les réformes de la T2A et de l'organisation de l'offre de soins ne sont pas suffisamment articulées.

Si la tarification à l'activité doit devenir la règle de gestion de droit commun des établissements de santé, il faut expliciter le rôle et la place dévolus à la planification des activités des soins. Dans une telle perspective, les CPOM devraient être utilisés comme des instruments de correction des effets pervers ou trop brutaux qui pourraient résulter des restructurations induites par la T2A.

Ainsi pourraient-ils déterminer clairement pour certains territoires et activités, les structures à conserver pour des raisons tenant au maillage du territoire ou à la continuité des soins. Ces structures se verraient alors appliquer un traitement financier spécifique.

Une clarification du scénario cible s'impose donc rapidement pour redonner visibilité et confiance aux établissements.

SYNTHÈSE

La mise en place des réformes introduites par le plan hôpital 2007 se fait de manière progressive. Les retards successifs constatés dans sa mise en œuvre témoignent de l'ampleur des chantiers et de leurs difficultés opérationnelles, manifestement sous estimées. Pour la T2A, ces retards ont été nombreux : report de son démarrage dans les établissements de santé du secteur privé du 1^{er} octobre 2004 au 1^{er} mars 2005, retard dans certaines de ses modalités d'application, report du démarrage des contrôles en 2006. Les délais d'élaboration des SROS III ont été prolongés

deux fois et la signature entre les ARH et les établissements de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, qui devront mettre en place des objectifs quantifiés, est censée intervenir en mars 2007. Ce délai sera très difficile à tenir.

Les conditions dans lesquelles ces réformes sont mises en œuvre ne permettent pas de les conduire avec efficacité. La création des trois missions nationales (T2A, MEAH et MAINH), dont le positionnement vis-à-vis de la DHOS est ambigu, pose en particulier la question du pilotage par l'administration centrale. Leur financement par l'assurance maladie, dont les crédits sont ainsi détournés de leur objet, et la création de structures extérieures sont préjudiciables à l'unité et à la cohérence de l'action de l'administration centrale.

La conception des SROS a été entièrement revue afin d'inscrire davantage la planification de l'offre de soins dans une logique sanitaire, prenant mieux en compte l'activité des établissements et les besoins de la population.

La cohérence des nouveaux outils de pilotage des établissements de santé que sont la T2A et les SROS n'apparaît pourtant pas clairement en raison, notamment des logiques distinctes dont ils s'inspirent : logique des objectifs quantifiés de l'offre de soins rattachés à la planification et logique d'efficacité de l'activité hospitalière sur la base d'une tarification nationale. Si ces deux outils ne sont pas contradictoires, leur combinaison harmonieuse ne va pas de soi et cette situation prive les établissements de la visibilité nécessaire. Dans l'état actuel de la réglementation, la déclinaison des objectifs quantifiés fixe aux établissements une structure d'activité et un volume préétablis, alors que la T2A vise à dynamiser l'offre de soins.

S'agissant de la T2A, la réalisation des conditions préalables à la mise en œuvre de la convergence intersectorielle est incompatible avec le calendrier actuellement prévu par la loi.

RECOMMANDATIONS

20. Confier à la DHOS la responsabilité du pilotage des réformes du plan hôpital 2007.

21. Substituer le financement de l'Etat à celui de l'assurance maladie pour les missions du plan hôpital 2007.

22. Intégrer dans la part tarifée à l'activité les composantes des MIGAC qui peuvent y entrer.

23. *Expliciter les règles tarifaires et leurs méthodes de calcul de manière à rendre plus lisible pour les acteurs les choix qui sont faits.*

24. *Réunir les conditions nécessaires pour la réussite de la convergence intersectorielle et modifier, en conséquence, le calendrier actuellement inscrit dans la loi.*

25. *Mieux articuler les outils de la planification hospitalière avec la T2A de manière à les rendre complémentaires.*

26. *Développer les études et les analyses permettant de comparer l'activité des deux secteurs d'hospitalisation et de porter un jugement sur l'efficience des organisations.*

Chapitre VII

La gestion de la couverture maladie universelle complémentaire

PRÉSENTATION

La loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle entendait répondre, d'une part au défaut de couverture d'une partie de la population par un régime de base et, d'autre part, à la difficulté pour les personnes démunies et non couvertes par une assurance complémentaire d'accéder, pour des raisons financières, à certains soins. Elle créait, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre mer, deux dispositifs pouvant se cumuler :

- *une couverture maladie de base pour toute personne résidant depuis plus de trois mois sur le territoire français et non couverte à un autre titre. Cette protection est dénommée couverture maladie universelle sur critère de résidence (CMU). Elle universalise l'accès à la couverture maladie de base pour les personnes qui ne sont rattachées à l'assurance maladie obligatoire ni sur le fondement d'une activité professionnelle (assuré), ni en qualité d'ayant droit. Elle concerne aujourd'hui près de 1,7 million de bénéficiaires mais ne sera pas examinée dans la présente insertion consacrée à la seule couverture maladie complémentaire.*
- *une couverture maladie complémentaire gratuite pour les personnes disposant de ressources inférieures à un plafond. Cette protection est dénommée couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Elle concerne aujourd'hui 4,8 millions de bénéficiaires.*

La loi du 13 août 2004 a complété ce dispositif en créant pour les personnes dont les revenus se situent entre le plafond CMUC et le plafond CMUC majoré de 15 % une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire maladie. Cette aide concerne aujourd'hui 200 000 personnes.

Le financement de la CMUC repose pour partie sur la création d'une contribution nouvelle et pour partie sur une subvention d'équilibre financée par le budget de l'Etat. Les transferts financiers sont organisés par un établissement public administratif créé en 2000, dénommé fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, dit fonds CMU.

La Cour, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2001, avait étudié les conditions de la mise en œuvre de la loi du 27 juillet 1999. Elle avait constaté que celle-ci était intervenue dans des délais très brefs et formulait sept recommandations. L'une d'entre elles concernait le passage de l'aide médicale départementale à la CMUC, question aujourd'hui résolue. Une autre concernait le plafonnement des soins dentaires. Ce plafonnement a été supprimé. Les cinq autres recommanda-

tions restent partiellement ou totalement d'actualité. Elles seront examinées dans les développements ci-dessous.

I - La CMUC, un dispositif sur critère de ressources

A la fin des années 1990, une partie de la population connaissait, malgré la généralisation progressive de l'assurance maladie, des problèmes d'accès aux soins pour des raisons financières. Les remboursements de l'assurance maladie laissent en effet à la charge de l'assuré le ticket modérateur, les dépassements d'honoraires et une partie des prestations facturées quand il n'existe pas de tarif opposable (lunetterie, prothèses dentaires...). A cela s'ajoute la nécessité, dans notre système de soins, de faire l'avance des frais.

Pour une forte proportion de la population, ces dépenses sont prises en charge par un assureur complémentaire, mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurance, souvent en lien avec l'activité professionnelle. Mais, en 1999, on évaluait à 14 % la proportion d'assurés sociaux dépourvus de protection complémentaire.

La CMUC a été mise en place afin de supprimer ces freins à l'accès aux soins. Il s'agit d'une couverture complémentaire maladie dont bénéficient gratuitement les personnes disposant de ressources inférieures à un plafond. Les droits sont ouverts par les organismes d'assurance maladie obligatoire, mais les bénéficiaires peuvent ensuite choisir l'opérateur de leur couverture complémentaire (CPAM, société d'assurance, institution de prévoyance ou mutuelle).

La CMUC est une prestation attribuée sous condition de ressources. Le législateur avait renvoyé au pouvoir réglementaire la détermination de cette condition (composition de la famille, définition des ressources à prendre en compte et détermination du plafond). La loi de finances pour 2003 a encadré l'évolution de ce plafond en prévoyant que la révision qui intervient chaque année au 1^{er} juillet « tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le plafond de l'année précédente et le taux d'évolution des prix de cette même année ».

Le montant du plafond de ressources pour une personne seule est fixé à 598,23 € mensuels depuis le 1^{er} juillet 2006¹⁷³. Ce plafond est

173. Le seuil de pauvreté était de 645 €/mois en 2003 à 50 % du revenu médian (Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale).

augmenté de 50 % au titre de la deuxième personne membre du foyer, de 30 % au titre de la troisième et de la quatrième personne et de 40 % par personne supplémentaire à compter de la cinquième personne.

Aux termes des articles R. 861-6 et 7 du code de la sécurité sociale, les revenus du demandeur sont majorés d'une somme forfaitaire représentative des aides au logement perçues ou de l'avantage que représente l'occupation d'un logement à titre gratuit ou par son propriétaire.

Ce forfait logement est de 12 % du montant mensuel du RMI pour une personne seule, de 14 % pour les foyers de deux personnes et plus. L'application de ce forfait ramène à 547,18 € le montant du plafond de ressources d'une personne seule pour bénéficier de la CMUC.

L'article 155 de la loi de finances pour 2006 est venu compliquer à l'extrême ce dispositif. Il augmente son montant en portant le taux de 14 % à 16 % du RMI pour les foyers de deux personnes et de 14 à 16,5 % pour les foyers de trois personnes et plus. Cette mesure ne s'applique cependant qu'aux nouveaux entrants et ne concerne que les bénéficiaires d'aides personnelles au logement (les modalités d'appréciation forfaitaire des avantages en nature procurés par le logement restant inchangées).

Cette mesure réduit le plafond de ressources ouvrant droit à la CMUC pour tous les foyers à l'exception des célibataires. Elle a un impact maximum pour les foyers de trois personnes et a ramené le plafond, durant le 1^{er} semestre 2006, à un niveau inférieur à celui existant avant la majoration du 1^{er} juillet 2005 (930,56 €, contre 931,73 € au 30 juin 2005).

Plafond de ressources mensuelles depuis le 1^{er} juillet 2006 pour un nouveau demandeur

Taille	Célibataire	Couple seul	Couple avec 1 enfant	Couple avec 2 enfants	Couple avec 3 enfants
Plafond brut (€/mois)	598,23	897,345	1076,81	1 256,28	1 495,575
Forfait logement de l'article 155 de la LFSS 2006	51,05	102,1	126,34	126,34	126,34
Plafond net (€/mois)	547,18	795,245	950,474	1 129,943	1 369,235

Source : Cour des comptes.

Cette disposition de la loi de finances répond mal au souci de cohérence invoqué dans l'exposé des motifs de la loi. Elle introduit en effet des barèmes différents selon qu'il s'agit d'une première demande ou d'un renouvellement.

Son effet immédiat est d'abaisser le plafond de ressources pour bénéficier de la CMUC et donc de limiter la dépense. Il est attendu de cette mesure, ainsi circonscrite aux nouveaux entrants, une économie estimée à 7 M€, soit une exclusion de plus de 20 000 bénéficiaires¹⁷⁴, prioritairement des familles avec enfants, en contradiction avec les engagements pris par le Gouvernement au printemps 2005 d'admettre 300 000 enfants supplémentaires dans le dispositif.

L'ensemble de ce dispositif gagnerait donc à être simplifié et rendu plus cohérent.

II - L'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2001, la Cour recommandait d'étudier la réalité d'un effet de seuil lié aux revenus et d'évaluer les mesures prises par la loi pour atténuer cet effet. Bien que cette évaluation n'ait pas été réalisée, des dispositifs ont été mis en place pour atténuer cet effet de seuil, d'abord à l'initiative de l'assurance maladie puis par la loi du 13 août 2004. Ils complètent la disposition initiale de la loi sur la CMUC sur les contrats de sortie.

A – L'échec des contrats de sortie

L'article 23 de la loi du 27 juillet 1999 prévoit qu'à l'expiration de son droit aux prestations de la CMUC, le bénéficiaire qui avait choisi de faire gérer ses prestations par une mutuelle, une société d'assurance ou une institution de prévoyance reçoit de cet organisme la proposition de prolonger sa couverture ou son contrat pour une période d'un an avec les mêmes prestations. Les ressources du bénéficiaire ne sont alors soumises à aucun plafond.

Le tarif du contrat est fixé réglementairement. L'arrêté du 27 avril 2001 l'a fixé au montant de la somme annuelle dont bénéficient les organismes complémentaires pour la gestion d'un contrat de bénéficiaire de la CMUC (soit 340 € en 2006). Il est majoré de 90 % lorsqu'un second

174. Sur la base de 340 € par bénéficiaire.

adulte est couvert par le contrat et de 50 % pour les trois personnes suivantes. Au delà de cinq personnes, le tarif est plafonné au montant prévu pour cinq personnes.

Le contrat couvre les mêmes prestations que la CMUC mais les professionnels de santé ne sont pas tenus par les limitations de tarif imposées pour les bénéficiaires de la CMUC. Ainsi, par exemple, un médecin de secteur 2 doit respecter le tarif de responsabilité pour un bénéficiaire de la CMUC mais peut appliquer un dépassement pour les personnes couvertes par un contrat de sortie.

Selon l'étude réalisée par le fonds CMU pour mesurer la portée de ce dispositif d'accompagnement de la sortie de la CMUC, seuls 8 % des bénéficiaires potentiels ont choisi de signer un contrat de sortie. Le fait que l'organisme assureur mène ou non une politique active de promotion de ce contrat semble n'avoir eu aucun effet sur le taux d'adhésion des bénéficiaires potentiels.

B – La lente montée en charge du crédit d'impôt

La loi du 13 août 2004 a instauré un dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire, dite de crédit d'impôt géré par le fonds CMU. Il s'est substitué à compter du 1^{er} janvier 2005 au dispositif précédemment mis en place par les régimes d'assurance maladie et distinct des contrats de sortie. Il reste cependant financé par le fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) des régimes obligatoires.

Le plafond de ressources pour bénéficier de cette aide est fixé au plafond CMUC majoré de 15 %. Les bénéficiaires potentiels font la demande de l'aide auprès de leur CPAM qui leur délivre une attestation valable six mois à remettre à l'assureur ou mutuelle de leur choix contre la souscription d'une assurance qu'ils choisissent également librement, sous réserve qu'il s'agisse d'un contrat « responsable¹⁷⁵ ». L'organisme complémentaire se fait régler par le fonds CMU le montant de l'aide porté sur l'attestation en le déduisant par précompte de la contribution de l'organisme au titre des assurances maladies complémentaires. Le « crédit

175. Il s'agit de contrats d'assurance maladie complémentaire soumis aux dispositions de la loi du 13 août (article L. 871-1 du CSS) visant à responsabiliser les assurés et à instituer un parcours de soins. Sous peine de perdre le bénéfice d'aides publiques, les mutuelles, sociétés d'assurance ou institutions de prévoyance ne doivent pas prendre en charge les pénalités financières (minoration des remboursements ou majoration des honoraires) subies par les assurés en cas de non respect du parcours de soins.

d'impôt » est donc en réalité une déduction qu'opère l'organisme complémentaire sur sa contribution au fonds CMU.

Le montant de l'aide correspond à une réduction de la prime annuelle d'assurance complémentaire que l'assuré devrait payer à l'organisme s'il ne bénéficiait d'aucune aide. Il est fonction de l'âge du bénéficiaire. La prise en compte de l'âge dans la définition de l'aide constitue une modification de principe importante puisqu'elle équivaut à reconnaître une tarification du risque lié à l'âge.

Les effets de ce dispositif étant restés modestes, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (art 53-2) a relevé le montant de la participation financière annuelle allouée aux personnes pour souscrire une assurance complémentaire santé à 100 € pour les moins de 25 ans au lieu de 75 €, 200 € pour les personnes âgées de 25 à 59 ans au lieu de 150 €, 400 € pour les personnes âgées de plus de 60 ans au lieu de 250 €, sans qu'il ait été procédé à une évaluation préalable de l'efficacité d'une telle augmentation sur le taux de recours.

A la suite de cette revalorisation, l'aide de 400 € attribuée aux plus de 60 ans est supérieure au montant de 340 € que les pouvoirs publics consacrent directement à la CMUC. Le taux de reste à charge sur la prime d'assurance reste toutefois significatif¹⁷⁶. Pour un couple de plus de 60 ans recevant une aide de 800 €, le reste à charge sur un contrat d'un coût annuel de 1 371 € s'élève donc à 571 €, soit près d'un demi mois de leurs ressources au titre du minimum vieillesse (1 094,80 €/mois)¹⁷⁷.

La direction de la sécurité sociale estime à deux millions le nombre de personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond CMUC et le plafond majoré de 15 % parmi lesquelles 620 000 bénéficiaires du minimum vieillesse. Fin 2005, 400 000¹⁷⁸ personnes avaient demandé une attestation à remettre à leur assurance, 200 000 bénéficiaires l'avaient utilisée¹⁷⁹. 41 % avaient moins de 25 ans, 45 % de 25 à 59 ans, 14 % plus

176. Toutefois, pour les plus de 60 ans répondant aux conditions de plafond de ressources pour lesquels l'aide a été portée à 400 €, le contrat de sortie CMUC dont le prix est limité à 340 € est gratuit.

177. Calcul effectué à partir des données recueillies par le fonds CMU dans son enquête relative à l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire.

178. A compter du 1^{er} janvier 2006, les personnes effectuant une première demande seront distinguées de celles procédant à un renouvellement.

179. Les statistiques du fonds CMU reprennent les chiffres des remontées trimestrielles de demandes des organismes complémentaires : 178 335 demandes avaient été enregistrées au 30 novembre 2005, 203 000 en février 2006.

de 60 ans soit 24 000 bénéficiaires ou au plus 4 % des bénéficiaires du minimum vieillesse¹⁸⁰.

Le montant du reste à charge n'est certainement pas étranger à la faible diffusion de ce dispositif. Cependant, si l'on considère que la moitié de la population cible de deux millions de personnes pourrait bénéficier déjà d'une couverture complémentaire ouvrant droit à cette mesure¹⁸¹, le nombre de bénéficiaires de cette aide aurait dû être supérieur à 1 million de bénéficiaires par effet de substitution.

Cette aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire ne paraît donc pas avoir connu la diffusion escomptée à moins que la population située entre le plafond de ressources CMUC et ce plafond augmenté de 15 % n'ait été surévaluée. De surcroît, il semble bien que cette aide soit surtout proposée aux personnes qui ont demandé à bénéficier de la CMUC mais dont les ressources excèdent le plafond.

Ce dispositif a permis toutefois de désamorcer le débat sur les effets de seuil et l'exclusion des titulaires de minima sociaux.

*

* *

La compréhension des deux dispositifs d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire présentés ci-dessus est d'autant plus difficile qu'ils peuvent se cumuler pour une même personne alors même que les conditions mises à leur accès et les avantages qu'ils comportent diffèrent :

- les prix des contrats de sortie sont imposés par les textes, mais le crédit d'impôt consiste seulement en une aide financière à la souscription d'un contrat dans les conditions de l'offre du marché ;
- dans le cas d'un contrat de sortie, les prestations sont celles couvertes par la CMUC mais les tarifs des biens et services ne sont pas plafonnés. Dans le cas des contrats souscrits avec un crédit d'impôt, les prestations sont celles que le souscripteur choisit librement dans l'offre du marché.

180. Cette proportion est largement estimée, le minimum vieillesse étant acquis à 65 ans sauf en cas d'incapacité reconnue (11 % des bénéficiaires).

181. Selon l'enquête santé protection sociale 2002, 55,3 % des ménages disposant d'un revenu inférieur à 550 € par unité de consommation étaient couverts par une assurance maladie complémentaire privée hors CMUC, 70 % dans la tranche de revenus entre 550 € et 690 € par unité de consommation.

- le contrat de sortie ne dure qu'un an alors que le crédit d'impôt qui n'est pas réservé à une personne sortant de la CMUC peut être accordé tant que la personne remplit la condition de ressources.

De plus, la souscription d'un contrat de sortie dont le coût est plafonné à 340 € peut être financée par le crédit d'impôt si la personne remplit la condition de ressources. Elle bénéficiera alors à la fois d'une souscription à tarif réduit, voire gratuit et des prestations de la CMUC, mais avec les tarifs de droit commun.

La lente montée en charge du crédit d'impôt et l'échec relatif des contrats de sortie, malgré des aides conséquentes en valeur absolue montrent que ces dispositifs sont illisibles. Ils ne sont donc pas adaptés à la population concernée. Le rapport sur les personnes en marge de la CMUC, tel que prévu par la loi du 13 août 2004, devrait déboucher sur une réforme de ces dispositifs.

Ceux-ci doivent être réformés et remplacés par un dispositif plus simple en gestion et plus lisible pour les usagers.

III - L'accès aux soins

A – Les prestations couvertes par la CMUC

1 – Les modalités de prise en charge des soins

La CMUC offre à ses bénéficiaires une prise en charge de l'ensemble des dépenses de soins remboursables. Elle couvre le ticket modérateur ainsi que le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée. Des prestations et des plafonds de prix ont cependant été déterminés pour la prise en charge par la CMUC des biens et services pour lesquels il n'existe pas de tarif opposable (prothèses dentaires, optique, dispositifs médicaux). A titre d'exemple, le prix maximum de vente d'une couronne dentaire (coulée métallique) est fixé depuis le 1^{er} juin 2006 à 230 € pour un bénéficiaire de la CMUC. Le tarif de responsabilité étant à 107,50 €, le dépassement autorisé pour le dentiste peut donc atteindre 122,50 €. L'augmentation intervenue en juin 2006 sur les tarifs dentaires devrait avoir un impact d'un montant total de 37,5 M€. En revanche, les tarifs d'optique et de dispositifs médicaux ont été fixés en 2000 et jamais augmentés depuis lors.

Par ailleurs, les médecins doivent appliquer les tarifs du secteur 1 à tout bénéficiaire de la CMUC, sauf cas d'exigence particulière du patient (visite de nuit alors qu'il n'y a pas d'urgence, par exemple). Les

remboursements sont réalisés dès lors que ce bien est pris en charge par l'assurance maladie.

En outre, le bénéficiaire de la CMUC est de droit dispensé de faire l'avance des frais, le professionnel de santé étant rémunéré directement par la CPAM de la part obligatoire et par la CPAM ou l'organisme complémentaire pour la part complémentaire.

Une étude comparative du CREDES de février 2004 a montré que le niveau de prise en charge par la CMUC est plus élevé que celui de près de la moitié des autres contrats d'assurance complémentaire.

2 – La CMUC et le parcours de soins

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie met en place un parcours de soins coordonnés que les bénéficiaires de la CMUC, comme tout assuré, doivent respecter. Ainsi, ils sont soumis à l'obligation de choisir un médecin traitant. Mais la seule lecture de la loi ne permet pas de connaître l'ensemble des droits et obligations du bénéficiaire de la CMUC dans le parcours de soins. Il convient, pour cela, de combiner la lecture de la loi avec celle de la convention nationale du 12 janvier 2005 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

Alors qu'en matière de CMUC, afin de faciliter l'accès aux soins, la complexité avait été épargnée à l'assuré pour être prise en charge par les gestionnaires, le parcours de soins coordonné confronte l'assuré à un univers quasi incompréhensible au risque d'exercer un rôle dissuasif à l'égard tant des assurés concernés que des professionnels de santé.

La complexité du dispositif est particulièrement flagrante à travers les différentes majorations de tarifs et d'honoraires ou minoration de remboursement auxquels sont soumis, ou non, les bénéficiaires de la CMUC. En effet, le bénéficiaire de la CMUC peut être placé dans trois situations différentes :

- Il est exonéré totalement de la participation forfaitaire de 1 € par acte ou consultation ;
- bien qu'il ne soit pas exonéré des majorations de coordination au bénéfice des généralistes ou des spécialistes¹⁸², la dispense d'avance de frais dont il bénéficie reporte la charge de la majoration sur un tiers, en l'occurrence l'assurance obligatoire ou complémentaire qui rémunère directement le médecin ;

182. Ces majorations conventionnelles peuvent être pratiquées par les médecins en secteur I et, dans le cas de la CMUC, par tous les médecins qui ne peuvent facturer qu'au tarif du secteur I.

- enfin, il n'est pas exonéré des dépassements d'honoraires autorisés en cas de non respect du parcours de soins. Comme pour le précédent, ce cas sera délicat à mettre en œuvre, notamment pour les professionnels de santé, que le bénéficiaire de la CMUC étant dispensé d'avance de frais.

B – Les consommations des bénéficiaires de la CMUC

Selon l'étude la plus récente de la DREES¹⁸³, les bénéficiaires de la CMUC ont eu, en 2002, des dépenses de soins supérieures de 12 % à celles des autres assurés malgré une structure d'âge plus jeune. Cette surconsommation est due essentiellement à un état de santé beaucoup moins bon.

Une étude parallèle de la CNAMTS¹⁸⁴ conclut, pour sa part, que les bénéficiaires de la CMU complémentaire ont une dépense moyenne supérieure de 25 % à celle des autres personnes assurées. Le décalage avec les données fournies par la DREES est dû au champ plus large de cette étude qui inclut les dépenses hospitalières.

A âge et sexe équivalents, cet écart augmente considérablement : un patient couvert par la CMUC a une dépense supérieure de 91 % à celle d'un patient non couvert. Cet écart est dû essentiellement à une consommation trois fois supérieure de soins hospitaliers. Ayant un état de santé beaucoup plus précaire, les patients bénéficiaires de la CMUC sont davantage hospitalisés dans des services de moyen et long séjour ainsi qu'en psychiatrie et pour des durées plus longues.

Pour les soins ambulatoires, à âge et sexe équivalents, les bénéficiaires de la CMUC ont une dépense moyenne en soins de ville supérieure de 25 %, bien qu'ils fassent moins appel aux soins de spécialistes libéraux.

Un bénéficiaire de la CMUC a dépensé en moyenne 2 133 € pour des soins en 2002 contre 1 700 € pour un patient non couvert par la CMUC.

En réalité, l'écart de consommation entre bénéficiaires et non bénéficiaires résulte largement de l'importante concentration de la consommation des 20 % plus forts consommateurs qui représentent 85 % des dépenses. A âge et sexe équivalents, la dépense moyenne de ces personnes est deux fois supérieure à celle des « forts consommateurs » non

183. Etudes et résultats n° 378 février 2005, « Les déterminants individuels des dépenses de santé ».

184. Point de conjoncture n° 29/ 30, octobre 2004.

bénéficiaires de la CMUC, notamment parce qu'une forte proportion de bénéficiaires de la CMUC est atteinte d'une affection grave. C'est donc avant tout l'état de santé de populations très précarisées, largement représentées parmi les bénéficiaires de la CMUC, qui explique une forte consommation de soins, pour l'essentiel à l'hôpital. Ainsi, les bénéficiaires de la CMUC appartenant aux huit déciles les moins consommateurs ont une consommation de soins relativement proche des huit déciles les moins consommateurs du régime général et l'écart se creuse ensuite pour les populations des deux derniers déciles.

Comparée à une situation où les assurés sociaux seraient dénués de couverture complémentaire, la CMUC accroît la probabilité de recourir, dans l'année, à l'ensemble des soins, y compris aux soins dentaires et optiques et augmente la dépense totale d'environ 20 %. La CMUC permet donc de limiter le renoncement aux soins pour des raisons financières dans une proportion voisine de celle observée pour les autres assurances complémentaires.

C – Les refus de soins

Les difficultés que peuvent rencontrer certains bénéficiaires de la CMUC pour obtenir des soins ou des produits médicaux ont dès l'origine retenu l'attention des pouvoirs publics et des associations de lutte contre l'exclusion. La Cour prend note de la publication par le fonds CMU en juin 2006 d'une enquête sur ce sujet, comme elle l'avait recommandée dans son rapport de 2001.

Les refus de vente de dispositifs médicaux et les refus de soins¹⁸⁵ sont assimilés à un refus de vente prohibé par l'article L. 122-1 du code de la consommation. Ils peuvent donc faire l'objet d'enquêtes de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et sont susceptibles de déboucher sur une condamnation pénale (contraventions de 5^{ème} classe). Les refus de soins peuvent également donner lieu à une saisine des conseils départementaux des ordres des professions de santé.

Ces refus sont possibles car les honoraires des professionnels de santé sont limités dans le cas des soins apportés aux bénéficiaires de la CMUC. En effet, les professionnels de secteur 2 ne peuvent établir leurs

185. Le terme de refus de soins recouvre tant les refus catégoriques (rares) que les comportements détournés. Par exemple, le professionnel fixe un rendez-vous à une date très lointaine, renvoie le patient vers un confrère ou un centre de santé (cliniques dentaires des caisses de sécurité sociale ou centres dentaires mutualistes au titre de la prothèse ou de l'orthodontie).

honoraires qu'au tarif de secteur 1 et les prix sont plafonnés là où ils sont libres pour les autres patients (dentisterie, orthodontie, article de la liste des produits remboursables).

La problématique a été renforcée à la fin 2004 par la recommandation d'un syndicat dentaire demandant à ses membres de n'inscrire les bénéficiaires de la CMUC qu'en dernier sur les listes d'attente et de n'effectuer que les soins d'urgence.

Des faits sont régulièrement signalés par les associations et des médecins généralistes qui éprouvent des difficultés à orienter certains de leurs patients vers des spécialistes. Certaines des réclamations remontent des CPAM, voire du fonds CMU via son site d'information et plusieurs centres de santé ont constaté une augmentation importante du nombre de patients CMU qui leur sont adressés.

En 2004, une étude de la DREES¹⁸⁶ relevait que 15 % des personnes interrogées déclaraient qu'il leur était arrivé qu'un médecin ou un autre professionnel de santé refuse de les revoir ou de les recevoir parce qu'elles étaient bénéficiaires de la CMU. Les professionnels de santé les plus cités étaient les médecins spécialistes et les dentistes. Parmi les 7 % des personnes interrogées ayant déclaré avoir fait l'expérience d'un refus de la part d'un médecin spécialiste, les trois quarts avaient souvent pris contact avec un ou plusieurs autres médecins spécialistes et obtenu un rendez-vous.

L'enquête sur les refus de soins que le fonds CMU a publiée en juin 2006¹⁸⁷ confirme les constats et travaux précédents. Cette enquête met en évidence que si les médecins généralistes installés en secteur 1 acceptent très largement les patients bénéficiaires de la CMUC (99,3 %). En revanche, on observe un taux de refus nettement plus élevé chez les médecins en secteur 2, se situant autour de 16,7 %. En ce qui concerne les médecins spécialistes, le taux de refus global est de l'ordre de 41 %, allant de 23,1 % chez les médecins de secteur 1 à 49,1 % pour ceux installés en secteur 2. Ce rapport met également en lumière la mauvaise connaissance que les médecins ont de la population bénéficiaire de la CMUC.

186. Etudes et résultats n° 294, mars 2004, « Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU ».

187. « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire ; une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne ». Cette étude a été publiée sur le site internet du fonds CMU le 21 juin 2006.

Dans une circulaire du 13 juin 2005, la CNAMTS a précisé les dispositions de sa circulaire de 2001 concernant les procédures à diligenter à l'encontre des professionnels de santé ou des distributeurs de dispositifs médicaux qui refuseraient de recevoir des patients relevant de la CMU complémentaire ou qui n'accepteraient pas de respecter les limites de prix et d'honoraires. Les CPAM sont invitées à mobiliser le service médical pour qu'un contact soit établi systématiquement avec le professionnel afin de lui rappeler les dispositions en vigueur et entreprendre le cas échéant des poursuites. Enfin, les caisses doivent s'assurer que l'assuré a trouvé une réponse adaptée à ses besoins médicaux. Cette circulaire organise également le suivi de l'évolution de ces situations, en mesurant le nombre de signalements ou de plaintes formulés par les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

La quasi-totalité des caisses (125 sur 128) ont répondu lors de la première remontée d'information mais dès la seconde, l'engagement des caisses dans ce suivi a diminué considérablement puisque seules 39 caisses ont répondu pour 78 signalements. La question de l'accès à la CMUC mérite d'être traitée avec plus d'attention.

IV - Les bénéficiaires de la CMUC

A – Evolution du nombre de bénéficiaires

Les bénéficiaires de la CMUC sont un peu plus de 4,8 millions au 31 décembre 2005. Depuis 2002¹⁸⁸, leur nombre croît faiblement en métropole, un peu plus dans les DOM¹⁸⁹. Il reste notablement inférieur aux 6 millions de bénéficiaires annoncés dans l'exposé des motifs de la loi. L'écart entre les prévisions et les réalisations n'a pas été expliqué contrairement à ce que recommandait la Cour dans son rapport de septembre 2001.

188. Ce n'est qu'à compter du 1^{er} janvier 2002 que les statistiques de bénéficiaires de la CMUC cessent de comptabiliser d'anciens bénéficiaires de l'aide médicale départementale. Ceux-ci avaient en effet été transférés automatiquement dans la CMUC au 1^{er} janvier 2000. Ceux qui ne remplissaient pas les conditions de ressources ont été radiés de son bénéfice en juin 2001 ou en décembre 2001.

189. Cet accroissement plus important peut aussi être la conséquence de l'instauration depuis le 1^{er} septembre 2003 d'un plafond de ressources supérieur de 10,8% dans les DOM par rapport à la métropole.

Nombre et évolution des bénéficiaires de la CMUC

Population de bénéficiaires au 31 décembre	Métropole	n/n-1	DOM	n/n-1	Total
2000	4 443 500		616 300		5 059 800
2001	4 098 900	-7,8%	617 100	0,1%	4 716 000
2002	3 978 300	-2,9%	590 700	4,3%	4 569 000
2003	4 089 300	+2,8%	622 500	5,4%	4 711 800
2004	4 157 900	+1,7%	598 200	3,9%	4 756 100
2005	4 213 000	+1,3%	623 000	4,1%	4 836 000

Source : Fonds CMU

La prestation semble relativement peu sensible aux aléas de la conjoncture. La dégradation de l'emploi et la forte augmentation du nombre de bénéficiaires du RMI en 2004 et 2005 n'ont pas eu d'impact net sur le nombre de bénéficiaires de la CMUC.

B – CMUC et RMI : des évolutions contradictoires

Les bénéficiaires du RMI ont de droit accès à la prestation, sous réserve toutefois d'en faire la demande et de choisir l'organisme gestionnaire. Leur nombre représente un peu plus de la moitié des bénéficiaires de la CMUC.

Le nombre de bénéficiaires du RMI semble suivre la conjoncture économique en 2001 et 2002, tout au moins en métropole : il baisse avec la reprise économique. En 2003, les deux prestations évoluent parallèlement. Puis, en 2004, la rupture est complète : le RMI connaît une croissance exceptionnelle¹⁹⁰ restée très forte en 2005. La CMUC ne semble pas affectée par ces évolutions et connaît une période de stabilité de deux années consécutives pour la métropole.

Deux explications partielles peuvent être avancées : des personnes qui ont été intégrées dans le RMI en 2004 se trouvaient déjà dans la gamme de revenus qui leur permettait d'avoir accès à la CMUC. Par ailleurs, le fait que les nouveaux titulaires du RMI soient plus jeunes que les anciens pourrait expliquer que la CMUC soit moins une priorité pour eux. C'est pourquoi leur taux de non recours pourrait être plus fort.

190. En raison des réformes des procédures d'indemnisation du chômage.

Evolution comparée des effectifs de bénéficiaires du RMI et de la CMUC
en %

		Effectifs Juin 03/02	Effectifs juin 04/03	Effectifs juin 05/04
Métropole	Taux de croissance RMI	1,8	9,4	3,9
	Taux de croissance CMU	0,9	0,1	0,1
Outre-Mer	Taux de croissance RMI	3,4	7,8	1,0
	Taux de croissance CMU	1,9	2,6	-1,5
Total	Taux de croissance RMI	2,1	9,2	3,5
	Taux de croissance CMU	1,0	0,4	-0,1

Source : Tous régimes, CNAF-CCMSA

Les caractéristiques des bénéficiaires de la CMUC ont très peu évolué. Il s'agit d'une population plutôt jeune (70 % ont moins de 40 ans), féminine, comportant peu d'actifs occupés (25 %). Un quart des ménages bénéficiaires sont des familles monoparentales avec plusieurs enfants. Si les bénéficiaires sont plutôt issus de familles d'ouvriers et d'employés, leur origine socioprofessionnelle est impossible à déterminer dans 27 % des cas. Selon la DREES, beaucoup de bénéficiaires n'auraient jamais travaillé¹⁹¹.

V - La gestion et le financement du dispositif

A – La gestion

La CMUC présente la particularité d'être une prestation gérée tout à la fois par les caisses d'assurance maladie et par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance.

1 – La gestion par les caisses

Lors de la mise en place de la CMUC, la CNAMTS avait estimé à 2800 postes budgétaires les effectifs nécessaires à la gestion de la CMUC. Les pouvoirs publics lui en ont accordé 2 166. En définitive, les CPAM ont affecté, en équivalent temps plein, 2 100 agents à la gestion de la CMUC en 2000, 2 000 en 2001, 2 055 en 2003. L'autorisation accordée par le ministère se révèle donc avoir été bien calibrée.

191. DREES. Etudes et résultats n° 381, mars 2005.

2 – Une gestion marginale par les organismes complémentaires

Le principe associant les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires reposait notamment sur l'idée que le bénéficiaire devait être placé dans une situation aussi proche que possible du droit commun et qu'en conséquence il devait leur être loisible de recourir, en plus des CPAM, aux organismes complémentaires pour le gérer. Les assureurs complémentaires désireux de participer à la gestion de la CMUC demandent leur inscription sur des listes tenues par préfecture et peuvent se désengager chaque année. Pour chaque bénéficiaire géré, l'organisme complémentaire reçoit une somme forfaitaire destinée à couvrir les dépenses de gestion administrative et les dépenses de prestations.

Depuis la mise en œuvre de la CMUC, le nombre des organismes complémentaires ayant accepté de la gérer a été divisé par trois. Ils étaient 830 au 1^{er} janvier 2001 et ne sont plus que 260 au 1^{er} janvier 2006. Ce retrait a concerné tous les types d'organismes, les mutuelles passant de 761 à 225, les sociétés d'assurance de 53 à 25 et les institutions de prévoyance de 16 à 10. Cette évolution s'explique notamment par le mouvement de concentration intervenu dans le secteur. Derrière ces chiffres globaux se dissimulent des situations contrastées : 16 organismes complémentaires sur 225 gèrent, en effet, plus de 50 % des bénéficiaires

Pour 2005, le nombre de bénéficiaires gérés par un organisme complémentaire décroît faiblement pour la deuxième année consécutive.

Evolution de la part des organismes complémentaires gérant la CMUC

Moyenne annuelle	Total des bénéficiaires de la CMUC	Dont organismes complémentaires	Part des organismes complémentaires
2000	4 773 598	273 683	5,7 %
2001	4 980 802	532 613	10,7 %
2002	4 572 965	646 474	14,1 %
2003	4 688 627	668 304	14,3 %
2004	4 734 550	658 107	13,9 %
2005	4 794 300	633 700	13,2 %

Source : Fonds CMU

La part des organismes complémentaires doit être rapprochée des modalités de gestion de la part obligatoire.

Répartition des effectifs gérés par les caisses et par les organismes complémentaires suivant les régimes de rattachement

Au 30 novembre 2005	Gestion		Total	Ratio gestion 2/3
	Régimes de base	Organismes complémentaires		
	1	2	3	4
CNAMTS (provisoire)	3 898 000	531 000	4 429 000	12,0%
CCMSA	132 995	20 542	153 537	13,4%
CANAM	128 199	32 188	160 387	20,1%
Autres/SLM	52 099	48 039	100 138	48,0%
Total	4 211 293	631 769	4 843 062	13,2%

Lecture : 4 429 000 bénéficiaires de la CMUC relèvent d'une CPAM au titre de la gestion de leur assurance maladie obligatoire. Sur ces 4 429 000 assurés, 3 898 000 avaient choisi de faire gérer leur CMUC par leur CPAM de rattachement et 531 000 (soit 12 %) avaient retenu un organisme complémentaire pour la gestion de la CMUC.

Source : Fonds CMU

Les bénéficiaires de la CMUC dont la part d'assurance maladie obligatoire est gérée par une section locale mutualiste (SLM) sont nombreux à retenir leur mutuelle pour gérer également la part complémentaire¹⁹². Fin 2005, la mutuelle générale (MG) gérait en assurance maladie obligatoire 8 486 bénéficiaires de la CMUC. Parmi eux, 8 459 avaient choisi MG pour gérer également leur assurance complémentaire. De même, la MGEN gérait au titre de la part obligatoire 3 829 assurés et 2 555 d'entre eux l'avaient choisie comme organisme complémentaire.

L'organisation du dispositif CMUC se justifie administrativement par la participation des organismes complémentaires à sa gestion. Dès lors que cette participation reste limitée et tend même à diminuer, le ministère devrait réexaminer l'intérêt de ce dispositif.

B – Le financement

Le financement de la CMUC repose à la fois sur une contribution ayant pour assiette les primes perçues au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire souscrits par tous les assurés des organismes de

192. A la condition, toutefois, que les SLM aient demandé à être habilitées pour gérer la CMUC (18 sur 270 ne l'avaient pas fait à la date de l'enquête).

protection complémentaire maladie et sur une subvention d'équilibre de l'Etat qui a été progressivement et partiellement remplacée par des taxes et fractions de taxes affectées. Les dépenses sont constituées d'un forfait payé aux organismes gestionnaires de la CMUC pour chaque bénéficiaire à leur charge. Ces flux sont retracés dans les comptes du fonds CMU.

En ajoutant aux dépenses retenues par le fonds CMU les dépenses de soins et biens médicaux supportées par les assureurs et les régimes d'assurance maladie en plus du forfait que leur verse le fonds, la Cour estime le coût de la CMUC en 2005 à 1 567 M€¹⁹³, soit 7 % de plus que les dépenses comptabilisées par le fonds (1 463 M€). Ces coûts n'incluent toutefois pas les moindres recettes des professionnels concernés par les tarifs imposés.

1 – Les recettes

L'évolution générale des recettes est résumée dans le tableau ci-dessous.

En M€

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	PLF 2006
Contribution loi de finances au financement de la CMU	800	889	1 150	970	1 037	695	354
Taxe sur les boissons alcoolisées						387	390
Taxe sur les tabacs							178
Contribution des organismes de protection sociale complémentaire	280	308	330	359	395	425	656
Total des recettes brutes	1 080	1 197	1 480	1 329	1 432	1 507	1 578

Source : Fonds CMU et calculs Cour.

193. Aux 1 463 M€, il convient d'ajouter les dépenses non couvertes par les forfaits et qui restent à la charge des gestionnaires complémentaires (11 M€), ainsi que les dépenses des régimes d'assurance maladie non couverte par le forfait (93 M€).

a) Le financement par l'Etat

La couverture maladie universelle se substituant à l'aide médicale départementale, la dotation générale de décentralisation (DGD) a été réduite à due concurrence des sommes que supportaient les départements au titre de dépenses désormais prises en charge par la CMU et la CMUC, soit 1,4 Md€. Sur cette somme légèrement abondée, 534 M€ devaient être affectés au financement de la CMU sur critère de résidence, 1,1 Md€ au financement de la CMUC. De 2000 à 2004, l'Etat a participé en moyenne annuelle pour 960 M€ au financement de la CMUC, soit un montant proche de la part de la DGD qu'il entendait initialement lui consacrer. En 2006, la subvention d'équilibre que verse l'Etat a été ramenée en prévision à 354 M€ soit une division par trois par rapport à 2004. Cette réduction n'a été possible qu'en raison des transferts opérés sur d'autres sources de financement.

De 2000 à 2003, les règles initiales sont restées inchangées. Une première modification est intervenue en 2004 avec le remboursement des frais exposés par l'assurance maladie sur la base d'un forfait et non plus sur la base du montant réel. Cette réforme a permis de réduire de 88 M€ les dépenses de l'Etat au titre de la subvention d'équilibre mais a transféré cette charge sur l'assurance maladie. D'autre part, à compter de la loi de finances 2005, l'affectation de la taxe sur les boissons alcoolisées préalablement affectée à l'assurance maladie a permis de ramener la contribution d'équilibre de 1 037 M€ en 2004 à 695 M€ en 2005 bien que les dépenses continuent à croître.

Enfin, l'année 2006 voit la contribution de l'Etat ramenée de 695 M€ à 354 M€ grâce à l'affectation d'une partie de la taxe sur les tabacs provenant également de l'assurance maladie et par l'augmentation de la contribution des organismes de protection sociale complémentaire qui passe de 1,75 % à 2,5 % (cf. infra).

L'affectation de 1,88 % de la taxe sur les tabacs et de la totalité de la taxe sur les boissons alcoolisées n'apparaît justifiée ni par des considérations économiques, ni par un souci de clarification des relations entre l'Etat et le fonds CMU. Aux termes de la loi de 1999, l'Etat équilibre les dépenses du fonds CMU au moyen d'une subvention. L'affectation d'une part de taxe est en conséquence neutre pour le fonds. En revanche, si l'affectation directe d'une contribution diminue les recettes de l'Etat, il diminue également le niveau de ses dépenses. La subvention d'équilibre est en effet réduite à due concurrence, alors qu'elle est seule à être inscrite en loi de finances.

Les transferts de taxes affectées ont atteint un tel degré de complexité que les documents budgétaires peinent à les retracer. Ainsi le

fascicule des voies et moyens du PLF 2006 continue-t-il à affecter à la CNAMTS la taxe sur les alcools de l'article L. 245-7 pourtant affectée au fonds CMU depuis 2004.

Le financement de la couverture maladie universelle complémentaire est ainsi un exemple des problèmes de frontières pouvant exister entre la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale. Ces questions sont d'autant plus importantes en l'espèce que la CMUC revêt un caractère spécifique. Sans être une prestation de sécurité sociale elle en est cependant très proche par nombre de ses caractéristiques.

La CMUC et la LFI 2006

La dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le fonds CMU constitue une des trois actions du programme n°183 « protection maladie » de la mission « solidarité et intégration ».

La construction de ce programme apparaît essentiellement comme la juxtaposition de trois actions dont deux relèvent « en gestion » de la DSS et une de la DGAS. Au début de l'exercice 2006, les trois budgets opérationnels de programmes ont été dotés, chacun pour ce qui le concerne, de la dotation arbitrée à l'issue des conférences de répartition (soit 323,5 M€ pour le fonds CMU ; 233,5 M€ pour l'aide médicale d'Etat et 50 M€ pour le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante).

L'application du principe de fongibilité pour les trois actions apparaît peu envisageable compte tenu des objectifs très différents des trois actions et du caractère de dotation d'équilibre de la ligne CMUC.

b) Le financement par les organismes complémentaires

L'article 27 de la loi du 27 juillet 1999 créait une contribution spécifique assise sur le montant des primes ou cotisations émises au titre de la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé. Elle en fixait le taux à 1,75 %. Ce taux est resté inchangé jusqu'en 2006. En revanche, le rendement brut a bénéficié du dynamisme des couvertures complémentaires puisque le montant recouvré au titre de cette cotisation a augmenté de 52 % passant de 280 M€ en 2000 à 425 M€ en 2005.

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a porté le taux de cette contribution de 1,75 % à 2,5 % en 2006. Il contribue pour 185 M€ à l'augmentation de 231 M€ du montant recouvrable au titre de cette taxe qui devrait atteindre 656 M€. Cette contribution devrait ainsi représenter près du double du montant de la subvention d'équilibre. Cette augmentation permet de neutraliser pour les finances publiques l'augmentation de dépenses de 171 M€ que représente

le passage du forfait remboursé aux organismes gestionnaires de 304,52 € à 340 € pour 4,8 millions de bénéficiaires. Elle contribue à ramener le total des crédits budgétaires et des autres taxes affectées de 1 082 M€ en 2005 à 922 M€ en 2006. En revanche, elle pèse directement sur les organismes complémentaires. Le rendement de cette cotisation est d'ailleurs difficile à apprécier en raison d'une comptabilisation contractée des dépenses et des recettes.

Ce principe de la contraction des dépenses et des recettes apparaît d'ailleurs peu transparent. La contraction des recettes et des dépenses telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale réduit la contribution des organismes complémentaires dans les comptes du fonds (de 425 M€ de contribution brute à 302 M€ réellement comptabilisés pour 2005). Ainsi, la part de financement provenant de l'Etat 1,08 Md€ (après les taxes affectées) est portée de 72 % à 78 % et celle des assureurs réduite de 28 % à 22 %.

c) Le financement par l'assurance maladie

A défaut de peser sur les comptes de l'Etat, la mise en œuvre de la CMUC a pesé sur ceux de l'assurance maladie.

L'assurance maladie a tout d'abord été amenée à supporter une partie des dépenses de CMUC. Lors de l'instauration de la CMUC, le législateur avait décidé que l'assurance maladie serait remboursée de l'intégralité de ses dépenses. La loi de finances pour 2004 a modifié cette règle et décidé que l'assurance maladie sera remboursée par un forfait identique à celui que perçoivent les organismes complémentaires. Ce passage du remboursement de l'intégralité de la dépense au remboursement forfaitaire a selon le fonds CMU augmenté de 88 M€ les charges nettes du régime général d'assurance maladie en 2004 et de 93 M€ en 2005. L'année 2006 devrait être quasiment équilibrée en raison de la réévaluation du forfait et d'une moindre dépense enregistrée en 2005.

L'assurance maladie a ensuite été privée de tout ou partie de recettes qui lui étaient préalablement affectées. En 2005, la totalité de la taxe sur les boissons alcooliques a été transférée de l'assurance maladie au fonds CMU soit 387 M€ (390 M€ en 2006). En 2006, ce montant est complété par un transfert d'une fraction de taxe sur les tabacs (178 M€). Les pouvoirs publics ont justifié ces opérations par les économies d'un montant du même ordre résultant du transfert, de l'assurance maladie aux régions, du financement et de la gestion des instituts de formation aux soins infirmiers.

Il conviendrait enfin d'ajouter à ces dépenses et moindres recettes les charges qui pèsent sur le fonds national d'action sociale de la branche maladie (FNASS) au titre de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire.

En 2005, pour financer le dispositif du crédit d'impôt, 70 M€ ont été gelés sur l'enveloppe de 141 M€ des dotations paramétriques d'action sanitaire et sociale du FNASS. Cette mise en réserve a eu pour conséquence la diminution des dotations allouées en 2005.

2 – Les dépenses

Entre l'année 2001 (1 362 M€), première année de stabilisation du fonctionnement du dispositif, et l'année 2005 (1 463 M€), les dépenses du fonds ont augmenté de 7,4 %.

L'organisme gestionnaire (caisse primaire, assureur, mutuelle ou institution de prévoyance) reçoit, pour chaque bénéficiaire de la CMUC qu'il gère, un forfait trimestriel que lui verse le fonds CMU.

Le nombre de bénéficiaires est resté stable : 4,8 millions en 2005, 4,5 millions en 2002 et 4,7 millions en 2003. Aussi l'augmentation des dépenses est-elle essentiellement liée à l'évolution du forfait.

Le montant du forfait annuel par bénéficiaire initialement versé aux seuls organismes complémentaires est resté fixé à 228 € entre 2000 et 2002¹⁹⁴. Il était alors inférieur aux coûts de l'ensemble des opérateurs. Il a ensuite évolué de manière dynamique mais est resté inférieur aux coûts que supportaient les mutuelles ainsi que l'assurance maladie obligatoire à compter de 2004

La revalorisation de 11,65 % du forfait en 2006 (340 €) devrait limiter à 5,7 M€ les dépenses laissées à la charge du régime général d'assurance maladie. Seules les mutuelles devraient également continuer à enregistrer une charge.

Le remboursement au forfait n'est pas sans paradoxe. Dès lors que l'organisme complémentaire ne peut ni sélectionner ses assurés, ni agir sur leur consommation ou sur les tarifs, il se trouve totalement dépendant de paramètres qui lui sont étrangers. Le résultat pèsera d'autant plus sur les assurés contributifs que l'organisme est de faible taille et particulièrement investi sur une population présentant un profil de consommation particulier. Dans certains cas extrêmes, l'organisme peut être contraint de se retirer de la gestion du dispositif et de transférer ses

194. Ce montant a même légèrement diminué en 2002 lors du passage à l'euro puisque un forfait de 1 500 F équivalait à 228,67 €.

dépenses sur le régime général. Le souhait de ne pas accroître le déficit de l'assurance maladie conduit alors à revaloriser le forfait au point que certains gestionnaires deviennent bénéficiaires.

Estimation des charges pesant sur les organismes gestionnaires

	2005 (estimation)				2006 (prévision)			
	Dépense individuelle déduction 304,5 €	Gain ou perte par bénéficiaire	Nombre de bénéficiaire en 2005	Gain ou perte au global	Dépense individuelle déduction 340 €	Gain ou perte par bénéficiaire	Nombre de bénéficiaire en 2006	Gain ou perte au global
CNAMTS	328,3	-23,8	3 903 000	-92 852 370	341,4	-1,4	3 980 000	-5 740 752
CCMSA	318,2	-13,6	118 000	-1 608 340	334,1	5,9	119 000	707 157
CANAM	289,8	14,7	115 000	1 692 800	304,3	35,7	116 000	4 142 360
Mutuelles	324,0	-19,5	489 000	-9 540 390	340,2	-0,2	489 000	-113 204
IP	290,2	14,3	12 000	171 600	304,7	36,3	12 000	423 228
Assurances	310,3	-5,8	107 000	-615 785	325,8	14,2	107 000	1 520 604
Total			4 744 000	-92 767 910			4 823 000	-891 234

Source : Fonds CMU

Les gains et pertes dus au niveau de remboursement forfaitaire s'équilibreraient globalement. Cependant, les gains réalisés par certains organismes restent des charges pour le fonds CMU alors que les pertes sont à la charge des organismes qui les supportent sans compensation. On peut dans ces conditions s'interroger sur la pertinence du dispositif de remboursement forfaitaire mis en place en 2004. Ces indications renforcent la préconisation d'étudier le rattachement exclusif de la gestion de la part complémentaire de la CMU aux organismes gérant la part obligatoire.

VI - Les contrôles

A – Le contrôle des organismes gestionnaires

Les organismes reçoivent du fonds CMU une participation forfaitaire pour chaque bénéficiaire géré. Une des tâches incombant au fonds consiste dans le contrôle des déclarations des organismes afin de s'assurer de leur exactitude. Un premier niveau de contrôle s'exerce au travers des listes nominatives qu'envoient les organismes complémentaires en vue de leur indemnisation. La multiplicité des CPAM, CMR et MSA à l'origine de l'inscription des bénéficiaires dans un organisme complémentaire rend difficile un croisement systématique

des données de l'organisme gestionnaire avec celles des organismes ayant procédé à l'examen du droit. Le contrôle demeure donc peu automatisé.

Globalement, les demandes de remboursement présentées par les organismes complémentaires au titre de la gestion de la CMUC restent en retrait de ce qu'elles devraient être au vu des déclarations des CPAM. Après analyse des risques, des contrôles approfondis sont menés sur des organismes ciblés.

En 2004, 16 organismes gérant 103 708 bénéficiaires ont été vérifiés de façon approfondie par le fonds CMU. Ces vérifications ont fait ressortir un taux d'anomalies de 1,64 % sur l'échantillon contrôlé de 2690 bénéficiaires soit, rapporté aux effectifs gérés, un enjeu de 510 600 €.

En 2005, le contrôle a concerné 19 organismes gérant 49 691 bénéficiaires. Le taux d'anomalie de 0,67 % sur l'échantillon de 2 700 bénéficiaires ainsi que l'enjeu d'environ 100 000 € apparaissent très faibles par rapport à l'exercice précédent.

L'année 2005 a été marquée par un accroissement sensible du périmètre des contrôles qui ont été étendus à l'examen des déductions réalisées au titre du crédit d'impôt. Ces contrôles sont rendus plus délicats en raison de la nécessaire prise en compte des conditions d'âge. Le fonds n'a cependant décelé aucune anomalie significative.

Des progrès semblent surtout possibles en portant une meilleure attention aux effectifs que déclarent les organismes d'assurance maladie, eux aussi remboursés forfaitairement. En 2004, le fonds CMU, à la suite d'incohérences dans les séries statistiques, s'est interrogé sur les effectifs déclarés par les CPAM. Des doubles comptes dus à des assurés déménageant ou à des assurés enregistrés sous un numéro provisoire puis définitif ont été mis en évidence. Il en est résulté une diminution de 200 000 bénéficiaires par rapport aux effectifs déclarés par la CNAMTS en 2003. Comme cette vérification a été effectuée sur l'année 2003 pendant laquelle l'assurance maladie était remboursée sur la base des dépenses effectives, elle n'a eu aucune conséquence financière pour la CNAMTS.

Le fonds CMU n'a pour l'instant pas ou peu contrôlé les éléments statistiques que lui fournissent les régimes d'assurance maladie et qui servent de fondement et de justificatifs à l'indemnisation qu'ils perçoivent. La vérification effectuée pour l'année 2003 montre pourtant qu'il s'agit d'une zone de risque majeur. Valorisée sur la base d'un forfait à 340 €, cette erreur statistique aurait en effet été source d'une dépense injustifiée de 68 M€. Il convient donc que le fonds adopte les dispositions adaptées à un tel risque.

B – Le contrôle des assurés

Le risque de fraude à la CMU existe comme pour toute prestation. L'article 92 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a renforcé les outils disponibles pour le contrôle et la lutte contre les fraudes. Il facilite notamment les échanges d'informations entre les organismes de protection sociale et les agents des administrations fiscales et sociales (article L. 114-14 nouveau).

En outre, un des quatre indicateurs de l'action « Accès à la protection maladie complémentaire » du programme « Protection maladie » de la LFI 2006 est consacré spécifiquement au contrôle des assurés. Cet indicateur prévoit un objectif de 40 % des ressources contrôlées en 2006, pour atteindre 100 % en 2008. Il prévoit également un contrôle du bon usage de la carte vitale par les seuls bénéficiaires de la CMUC (40 % des bénéficiaires en 2006, 100 % en 2008). On ne peut que s'interroger sur la faisabilité de tels objectifs dans la mesure où ils signifient le contrôle de la totalité des 4,8 millions de bénéficiaires.

La moitié des bénéficiaires de la CMUC sont bénéficiaires du RMI. Pour ces derniers, le dossier de ressources est instruit par les caisses d'allocations familiales (CAF) qui peuvent croiser leurs fichiers avec ceux des services fiscaux.

Pour les demandeurs non bénéficiaires du RMI, les ressources sont examinées par les caisses primaires d'assurance maladie. Or les CPAM n'échangent aucun fichier avec les URSSAF ou avec les services fiscaux.

1 – La question de la période de référence

L'article R. 861-8 du code de la sécurité sociale fixe le principe que « les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues au cours de la période des douze mois civils précédant la demande » sous réserve des dispositions des articles R. 861-11 (exploitants agricoles), R. 861-14 (personnes non-salariées), et R. 861-15 (personnes non-salariées non agricoles). Le choix de cette période de référence visait à prendre en compte le plus précisément possible la situation réelle des bénéficiaires potentiels¹⁹⁵. La volonté de rapprocher les données des CPAM de celles de l'administration fiscale s'accorde mal avec cette période de référence.

195. La Cour, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2001, soulignait les difficultés de mise en œuvre qui découlaient du choix de retenir une évaluation en année glissante. Elle suggérait de réaliser, à la lumière de l'expérience acquise, une étude des coûts et avantages des solutions pour la détermination de la période.

2 – L'examen de la déclaration sur l'honneur

Etant donnée la période de référence retenue, il n'est pas toujours aisé de réunir les attestations de ressources. A défaut de pièces justificatives, la réglementation a donc prévu la production d'une déclaration sur l'honneur. Cette déclaration est source d'interrogations et alimente les soupçons de fraudes.

Par circulaire du 23 juillet 2005, la direction de la sécurité sociale a rappelé que l'absence de pièces justificatives lors d'une demande ne fait pas obstacle à l'attribution d'une prestation sous conditions de ressources et que les contrôles ne doivent pas avoir pour effet de complexifier les procédures d'instruction pour les caisses ni d'engendrer des délais supplémentaires dans l'ouverture des droits.

Cependant, lorsque des déclarations sur l'honneur sont effectuées pour une année donnée et que des vérifications systématiques n'ont pas eu lieu, les caisses doivent encourager la production des pièces lors du renouvellement de la demande. Lorsqu'il est impossible au demandeur de produire des éléments externes justifiant de ses revenus, notamment son avis d'imposition, la caisse qui instruit le dossier peut faire appel, lors du renouvellement de la demande, aux données détenues par l'administration fiscale comme l'y autorise la loi de finances pour 2003.

Outre qu'il n'apparaît pas nécessaire d'attendre un renouvellement pour procéder à des contrôles, on peut regretter que l'application informatique de calcul des ressources ne prévoit aucun marqueur pour les CMU délivrées après présentation d'une déclaration sur l'honneur qui permettrait de systématiser les contrôles mais également d'évaluer l'ampleur de cette pratique.

3 – Le contrôle des dépenses

La Cour n'a pas examiné ce point. Il y a d'ailleurs peu de statistiques fiables et disponibles sur cette question. Il importe que la CNAMTS et le fonds CMU remédient à cette carence dans les meilleurs délais.

SYNTHÈSE

La couverture maladie universelle offre une couverture maladie complémentaire de bon niveau à des personnes disposant de faibles revenus. Elle améliore ainsi significativement l'accès aux soins de 4,8 millions de bénéficiaires. Il en résulte une surconsommation médicale mais celle-ci s'explique par l'état de santé de cette population.

Cette mesure positive d'un point de vue sanitaire et social a peu pesé sur les dépenses de l'Etat, les crédits qu'il y a consacrés étant tout au plus égaux à la réduction de la dotation globale de décentralisation qu'il avait opérée lors de la suppression de l'aide médicale départementale. Les financements complémentaires ont été supportés par les adhérents des sociétés d'assurance, des mutuelles et des institutions de prévoyance au travers de la taxe de 1,75 % sur les contrats d'assurance complémentaire maladie portée à 2,5 % en 2006 ainsi que par l'assurance maladie au travers des dépenses qui sont laissées à sa charge.

Par ailleurs, la gestion de ce dispositif appelle des mesures de contrôle appropriées.

Le faible recours au dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire amène à recommander que l'étude prévue par la loi du 13 août 2004 soit diligentée sans délai et qu'il soit portée une attention plus soutenue à l'effectivité de l'accès des assurés à leurs droits.

L'association des organismes complémentaires à la gestion de la CMUC n'a rencontré qu'un succès limité. Dans ces conditions, l'intérêt de continuer à associer des organismes complémentaires à la gestion de la CMUC doit être réexaminé, et ce d'autant plus que certains organismes dégagent des profits alors que d'autres supportent des pertes. Il conviendrait dans ces conditions de réexaminer l'intérêt de la participation des mutuelles, des sociétés d'assurance et institutions de prévoyance à la gestion de la CMUC.

RECOMMANDATIONS

27. Simplifier le mécanisme du forfait logement dans le calcul des ressources du demandeur de la CMUC.

28. Réformer les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire pour les rendre plus simples et plus lisibles pour l'utilisateur.

29. Renforcer le contrôle du dénombrement des bénéficiaires déclarés par les régimes obligatoires.

30. Mieux contrôler les déclarations de ressources en développant les croisements de fichiers avec les services fiscaux.

31. Exercer en matière de refus de soins une plus grande vigilance et diligenter les sanctions prévues à cet effet.

32. Etudier la simplification du dispositif en confiant à l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire la gestion de la couverture maladie universelle complémentaire.

Chapitre VIII

La gestion de l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance

PRÉSENTATION

La Cour a examiné de manière globale et transversale la délégation de gestion, par des sociétés d'assurance ou des mutuelles, des prestations d'assurance maladie obligatoire des différents régimes concernés. Cette approche complète l'étude consacrée aux seules mutuelles de fonctionnaires dans le rapport public 2002¹⁹⁶.

Les prestations des trois grands régimes d'assurance maladie des salariés du régime général, des professions indépendantes (AMPI) et des exploitants agricoles (AMEXA) sont, à des degrés divers, gérées par des assureurs ou mutuelles regroupés dans la suite de ces développements sous l'appellation générique d'organismes délégués (OD). Cette gestion déléguée concerne 10 % des bénéficiaires du régime des exploitants agricoles, 17 % de ceux du régime général et la totalité de ceux du régime de l'assurance maladie des professions indépendantes.

La délégation de la gestion de l'assurance maladie obligatoire à des assureurs et mutuelles s'explique dans chaque cas par des considérations historiques. Aussi les organisations et les modes de rémunération diffèrent-ils d'un régime à l'autre.

L'objet de cette étude est d'examiner le fonctionnement de cette délégation de gestion et non d'apprécier l'organisation et la gestion des mutuelles et sociétés d'assurance.

I - La place des mutuelles et sociétés d'assurance dans la gestion de l'assurance maladie obligatoire

A – Plus d'un bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire sur six est géré par une société d'assurance ou une mutuelle

Les régimes obligatoires d'assurance maladie se sont établis sans remettre en cause des organisations qui leur préexistaient.

L'ordonnance d'octobre 1945 créant la sécurité sociale n'a concerné que les salariés du commerce et de l'industrie. Les fonctionnaires de l'Etat bénéficiaient alors d'un régime particulier

196. « Les mutuelles de fonctionnaires gestionnaires du régime obligatoire d'assurance maladie », Rapport au Président de la République pour 2002, janvier 2003, p. 245-263.

d'assurance maladie prévu par les lois organiques des 14 avril 1924 et 21 mars 1928. Leurs prestations étaient servies par des mutuelles de santé. Celles-ci ont obtenu d'un décret du 31 décembre 1946, confirmé par une loi du 9 avril 1947 dite loi « Morice », le monopole de la gestion de l'assurance maladie des fonctionnaires de l'Etat.

L'assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA) créée en 1961 alors que les agriculteurs avaient déjà souscrit des assurances privées contre le risque maladie, a laissé aux nouveaux assurés le choix de leur assureur : caisse de MSA, société d'assurance ou mutuelle.

Pour les mêmes raisons, la loi du 12 juillet 1966 créant le régime d'assurance maladie, maternité des travailleurs non salariés non agricoles dénommé aujourd'hui assurance maladie des professions indépendantes (AMPI) a maintenu aux mutuelles et sociétés d'assurance la gestion du nouveau régime. Celles-ci assurent le recouvrement des cotisations et liquident les prestations de tous les assurés du régime dont le pilotage (organisation, garanties, cotisations) est assuré par les caisses mutuelles régionales (CMR).

1 – Le régime général

8,2 millions de bénéficiaires¹⁹⁷ du régime général avaient fin 2005 leurs prestations d'assurance maladie obligatoires liquidées par des mutuelles. Ils représentaient 17 % des effectifs protégés du régime général. Localement, cette proportion peut être bien supérieure. A Lyon, par exemple, ville à forte tradition mutualiste, le tiers des assurés de la circonscription de la caisse primaire est géré par des mutuelles.

Trois catégories d'assurés relèvent pour l'assurance maladie obligatoire de cette gestion par des mutuelles :

- les fonctionnaires civils de l'Etat et les magistrats (art L. 712-6 du code de la sécurité sociale) : 5 378 000¹⁹⁸ assurés et ayants droits sont gérés par des mutuelles de la fonction publique ;
- les étudiants (art L. 381-3) : 1 600 000 étudiants sur 2 100 000 relèvent d'une mutuelle d'étudiants. Les étudiants travaillant plus de 60 heures par mois ou de 120 heures par trimestre sont gérés, pour leur part, directement par les CPAM ;

197. Par bénéficiaires, il convient d'entendre les assurés ainsi que leur ayants droits.

198. Y compris 262 600 assurés non titulaires, soit environ 373 000 bénéficiaires actifs.

- une partie des autres assurés : selon l'article L. 211-4, un groupement mutualiste remplissant certaines conditions peut être habilité par la CPAM en qualité de section locale. Les prestations gérées dans ce cadre concernent 1 130 500 assurés et ayants droits. Les fonctions publiques territoriales et hospitalières sont fortement mais non exclusivement représentées, ainsi que les bénéficiaires du statut des industries électriques et gazières¹⁹⁹.

La gestion des agents non titulaires et celle des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers

Les principes applicables aux agents non titulaires de l'État en matière de protection sociale sont posés par l'article 7 de la loi du 11 janvier 1984. Il prévoit « des règles de protection sociale équivalentes à celles dont bénéficient les fonctionnaires, sauf en ce qui concerne les régimes d'assurance maladie et d'assurance vieillesse ». Le décret en Conseil d'État n° 86-83 du 17 janvier 1986 prévoit en son article 2 que les agents non titulaires sont affiliés aux caisses primaires d'assurance maladie : ce principe n'ouvre pas de possibilité d'inclure ces agents dans la délégation de droit prévue pour les fonctionnaires

Les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers ne peuvent pas non plus être rattachés aux mutuelles de fonctionnaires rémunérées par des remises de gestion de la CNAMTS dans le cadre de l'article L. 712-6, limité aux seuls fonctionnaires de l'Etat et aux magistrats. Elles peuvent les gérer seulement dans le cadre d'une habilitation donnée par une CPAM en application de l'article L. 211-4.

Il conviendrait en conséquence que les effectifs que certifient les commissaires aux comptes²⁰⁰ distinguent ceux gérés au titre de l'article L. 712-6 et ceux gérés au titre de l'article L. 211-4.

Les modifications de périmètre des fonctions publiques d'Etat et territoriales, consécutives à la décentralisation de missions jusque là exercées par l'Etat, incitent les mutuelles de fonctionnaires d'Etat à se développer sur le champ des fonctionnaires territoriaux.

En 2003, les mutuelles de fonctionnaires géraient, de manière non-conforme aux dispositions législatives en vigueur, 262 600 assurés non titulaires, représentant environ 373 000 bénéficiaires actifs. La Cour avait alors demandé que cette situation soit régularisée. Cette position, fondée

199. Les caisses mutuelles complémentaires et d'action sociale (CMCAS) qui gèrent l'assurance maladie des agents des industries électriques et gazières ne sont pas des mutuelles stricto sensu, mais les modalités de leur gestion sont identiques aux mutuelles de l'article L. 211-4.

200. L'article 7 de la convention signée par la CNAMTS avec les mutuelles de fonctionnaires dispose que l'effectif des bénéficiaires ayant reçu au moins un paiement dans l'année n-1 (« bénéficiaires actifs ») est attesté par les commissaires aux comptes.

sur la loi, est contestée par les mutuelles de fonctionnaires de l'État, qui invoquent une pratique administrative de tout temps autorisée par une circulaire du 18 février 1947 confirmée par des lettres ministérielles.

2 – L'assurance maladie des professions indépendantes

Les prestations maladie des trois millions de bénéficiaires de l'AMPI sont gérées, pour moitié, par des mutuelles, pour moitié, par des sociétés d'assurance²⁰¹.

3 – Le régime des exploitants agricoles

L'AMEXA laisse aux assurés le libre choix entre une caisse de MSA, une mutuelle ou une société d'assurance. Sur un total de 2,1 millions de personnes protégées contre le risque maladie, 90 % sont gérés par une caisse de MSA²⁰² et les 10 % restants (219 000) par des assureurs réunis dans le groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles (GAMEX)²⁰³. Les salariés agricoles sont, quant à eux, automatiquement affiliés aux caisses de MSA sans choix possible.

*

* *

Tous régimes confondus, les fonctionnaires constituent près de la moitié des effectifs gérés par des mutuelles et des sociétés d'assurance, les ressortissants du régime des non salariés non agricoles un peu plus du quart et les exploitants agricoles à peine 2 % du total.

Au total, les mutuelles géraient fin 2005 l'assurance maladie obligatoire de 9,6 millions de bénéficiaires, soit 85 % des assurés et ayants droits gérés par délégation. Les assurances géraient les 15 % restants (1,7 millions, tous régimes confondus) essentiellement des professions indépendantes dont elles gèrent la moitié des assurés.

201. Les assureurs se sont regroupés dans une association, la réunion des assureurs maladie (RAM) qui a confié la gestion à une autre association dénommée APRIA RSA qui gère également l'assurance maladie des exploitants agricoles.

202. Par souci d'exhaustivité, on mentionnera également les 9750 bénéficiaires de la CMRA, mutuelle présente dans le seul département de la Manche.

203. Le GAMEX a, comme la RAM, confié à APRIA-RSA la gestion des prestations.

**Estimation des bénéficiaires pris en charge par les organismes
délégataires pour chacun des régimes en 2004**

Régime	Personnes prises en charge par l'intermédiaire d'assurances et de mutuelles
OD de l'AMEXA	219 000
OD de l'AMPI	2 972 700
Autres mutuelles (L. 211-4)	1 130 500
Mutuelles de fonctionnaires (L. 712-6)	5 378 000
Mutuelles d'étudiants (L. 381-3)	1 606 000
Total	11 306 200

Source : Cour des comptes à partir d'informations provenant des caisses nationales.

B – L'emploi de près de 10 000 salariés

La gestion simultanée des parts obligatoire et complémentaire rend difficile l'évaluation des moyens en personnels affectés à la liquidation des prestations du régime de base. Ainsi, selon les organismes, la proportion de la gestion du régime obligatoire, par rapport à celle de l'assurance complémentaire, varie de 50 % à 80 %. La Cour estime à près de 10 000 les salariés employés à cette gestion.

Estimation du nombre de salariés gérant le régime obligatoire en 2003

Régime	Nombre de salariés
OD de l'AMEXA	200
OD de l'AMPI	2 100
Autres mutuelles (L. 211-4)	1 200
Mutuelles de fonctionnaires (L. 712-6)	5 100
Mutuelles d'étudiants (L. 381-3)	1 250
Total	9 850

Source : Cour des comptes

II - Les relations financières avec l'assurance maladie

Les mutuelles et sociétés d'assurance gérant les régimes obligatoires d'assurance maladie sont rémunérées selon des modalités diverses. Le montant du remboursement des frais de gestion²⁰⁴ qu'elles perçoivent ne correspond pas nécessairement à leur coût de gestion qui est fonction de leur productivité propre.

Par ailleurs, les régimes obligatoires dont la gestion est déléguée en tout ou partie, supportent des dépenses de gestion. En effet, ils assument pour l'ensemble de leurs assurés, que leurs prestations soient liquidées ou non par les organismes délégués, des coûts de pilotage, de structure ou de missions qui ne peuvent être délégués, telles que le conventionnement des professionnels de santé, l'accueil et le traitement des demandes CMUC ou du crédit d'impôt. Le régime général finance par ailleurs, sans les réimputer aux mutuelles, des dépenses incluant notamment le répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM).

A – Le calcul de la rémunération des organismes et l'incitation à la performance

La rémunération de ces organismes a fait l'objet de multiples rapports et groupes de travail, principalement sur les mutuelles de fonctionnaires.

Les délégations de gestion sont prévues par la loi mais leur mise en œuvre relève de textes réglementaires et de conventions dont la négociation s'est souvent révélée conflictuelle. Les décisions qui fixent les montants des remises de gestion échappent à la seule rationalité apparente des calculs.

1 – Le régime général

Trois modalités de rémunération des mutuelles s'appliquent au sein du régime général selon qu'il s'agit de la gestion des fonctionnaires, des étudiants ou des autres assurés.

204. Ces remboursements sont dénommés remises de gestion.

a) Les mutuelles de fonctionnaires

Les remises de gestion rémunérant les mutuelles de fonctionnaires sont, en application de l'article R. 712-1, déterminées par un arrêté interministériel du 15 novembre 2000. Le calcul est basé sur le coût moyen des 50 CPAM les plus performantes auquel est appliquée une réfaction, fixée par voie conventionnelle, pour tenir compte des tâches que n'assurent pas les mutuelles : relations avec les professions de santé, gestion des indemnités journalières, gestion du risque.

En juin 2006, le plus récent calcul datait de 2003, sur la base du coût moyen 2002, soit 63,92 €, augmenté de 2,83 %, soit le taux d'évolution en 2003 des dépenses des CPAM et des centres de traitement informatiques.

Le taux de réfaction, qui avait été de 16,5 % entre 1991 et 2002, a été porté à 22,18 % en 2002. L'évolution des métiers et la montée en charge des feuilles de soins électroniques et de la scannérisation aurait dû conduire à réviser ce taux. Cette réfaction est parfois minorée pour prendre en compte des tâches s'ajoutant à la gestion. Par exemple, selon l'implication dans la gestion du risque, le taux peut être réduit de 22,18 % (absence de participation) à 20,95 % (implication importante).

La remise de base est majorée de 12,67 % par assuré non titulaire afin de rémunérer le calcul et le service des indemnités journalières. Cette disposition est paradoxale, en ce qu'elle peut amener les mutuelles à vouloir élargir leur gestion au-delà de leur champ légal de compétence.

Calcul et versement des remises sont une source continue de conflits entre la CNAMTS et les mutuelles. Cela conduit à des situations juridiques particulièrement insatisfaisantes, notamment de paiement en l'absence de convention. Depuis 2004, les remises sont ainsi versées au taux en vigueur en 2003.

b) Les mutuelles d'étudiants

Jusqu'en 1985, les mutuelles d'étudiants recevaient pour leur gestion 90 % de la cotisation annuelle acquittée par chaque étudiant²⁰⁵. Ce système, intéressant par sa simplicité, présentait l'inconvénient principal d'être inflationniste en période d'augmentation forte du nombre d'assurés étudiants et ne tenait pas compte des gains de productivité. Il a donc été remplacé par un calcul fondé sur le coût des 50 CPAM les plus

205. Le produit de cette cotisation, dont le niveau est modéré, ne couvre chaque année qu'une partie des dépenses de prestations des étudiants, le solde étant pris en charge par une contribution des régimes d'assurance maladie.

performantes, avec des abattements pour tenir compte de la différence de charges de travail. Il n'y a pas de dispositif de modulation entre ces mutuelles comme celui qui existe pour les mutuelles de fonctionnaires.

c) Les mutuelles déléguées en application de l'article L. 211-4

Les mutuelles de fonctionnaires de l'État et d'étudiants relèvent d'une délégation légale obligatoire et exclusive, avec des remises définies au niveau national ce qui n'est pas le cas pour les mutuelles relevant de l'article L. 211-4. Les CPAM définissent le montant des remises et l'imputent sur leur fonds de gestion administrative. Chaque CPAM peut faire varier ce montant, dans certaines limites.

Le calcul est contraint par une borne haute, égale au coût maximum par bénéficiaire actif moyen (BAM) donné annuellement par la CNAMTS, et une borne basse qui constitue de fait une clause de sauvegarde des remises par rapport à la base 1994²⁰⁶. Le montant de remise ne pouvant être inférieur au montant 1994 actualisé, cette borne a pour conséquence un coût unitaire élevé lorsque le nombre de BAM d'une section locale mutualiste (SLM) diminue fortement.

Un groupe de travail inter-caisses a dressé en 2004 l'état des lieux en 2002 de ces remises en Ile-de-France : les rémunérations variaient sensiblement pour les mêmes mutuelles en fonction de la CPAM qui les payait. Ainsi, les remises unitaires versées à la mutuelle de la ville de Paris et de l'assistance publique étaient supérieures de 52 % lorsqu'elles étaient versés par la CPAM des Yvelines (53,1 €) par rapport à la CPAM de Paris (34,81 €).

Dans un même département, les écarts pouvaient aussi être importants. Entre les cinq mutuelles liées à la CPAM de Seine-Saint-Denis, l'écart maximum atteignait 253 %, entre la MNH (20,29 €) et la caisse mutuelle complémentaire et d'action sociale du personnel électricien et gazier (CMCAS EDF/GDF) du secteur de Pantin (51,40 €). Le montant francilien unitaire le plus élevé était perçu par la CMCAS EDF/GDF du secteur de Villejuif avec 62,42 €. Ces écarts entre mutuelles L. 211-4 soulignent l'inadaptation du calcul des remises de gestion et justifieraient une refonte de ce dispositif.

206. Le montant minimum doit correspondre au montant définitif accordé en 1994, base d'entrée dans le dispositif et actualisée chaque année au même rythme que le taux d'évolution de l'indicateur de coût national de la CNAMTS.

2 – Le régime de l'AMPI

Le montant des remises dans le régime des AMPI est égal au produit d'une unité de base en euros par le nombre d'assurés pondéré. Ce coefficient est fixé chaque année par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Il peut y avoir une majoration en fonction des résultats des contrats d'objectifs annuels passés entre les caisses mutuelles régionales de la CANAM et leurs organismes délégués (OD).

3 – Le régime des exploitants agricoles

La rémunération des caisses de MSA est similaire à celle des assureurs. Elle est constituée d'un pourcentage de la cotisation de gestion dite « cotisation complémentaire » et, spécificité du régime agricole, d'une part de la CSG pour la prise en charge des retraités en application de l'article L. 731-45 du code rural. Les assureurs ont ainsi reçu 3,5 M€ de CSG en 2003 et 2004, contrairement à la MSA qui n'a rien reçu du fait de l'absence d'arrêté la concernant.

13,5 % de la cotisation de gestion perçue par les OD sont reversés à la MSA pour rémunérer les tâches qu'elle effectue au profit des assurés gérés par les OD. En dépit des modifications intervenues dans les tâches des organismes, ce pourcentage n'a pas évolué depuis 1974. A défaut de données exhaustives, un calcul sur échantillon permettrait d'apprécier la justification de ce taux plus faible que dans le régime général (16,5 % pour les mutuelles L. 211-4, plus de 20 % pour les mutuelles de fonctionnaires).

4 – La transparence des coûts dans les organismes délégués

Les difficultés d'évaluation du coût exact pour les mutuelles et assureurs de la gestion du régime obligatoire d'assurance maladie expliquent l'insistance des pouvoirs publics et de la Cour pour que soit généralisée dans tous les organismes délégués une comptabilité analytique fiable et contrôlée. L'étroite imbrication de la gestion des prestations obligatoires et des prestations complémentaires rend l'élaboration d'une telle comptabilité analytique particulièrement délicate.

En plus de l'élaboration d'une comptabilité analytique, d'autres obligations visant à la transparence des coûts sont inscrites dans la réglementation. Selon l'article 53 du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, les assurances et mutuelles doivent produire aux pouvoirs publics :

- « le compte de résultat propre à la gestion des prestations légales obligatoires ;
- un extrait du compte de résultat des opérations administratives effectuées pour le compte du régime obligatoire ;
- un extrait de la balance générale des comptes du grand livre comportant les comptes de bilan propres aux gestions prestations et recouvrement, les comptes de bilan communs aux différentes activités, ainsi que les comptes de charges et de produits afférents aux gestions prestations et recouvrement ;
- des renseignements statistiques relatifs aux effectifs et aux opérations effectuées pour le régime complémentaire. »

Cet article est peu respecté. Les résultats sont déclaratifs dans le régime AMPI et les COREC contrôlent peu les mutuelles.

Au regard des données ci-dessus, assurer la transparence des coûts est d'autant plus indispensable que les délégations sont le plus souvent de droit, ce qui rend plus difficile un ajustement des rémunérations. Les écarts entre les coûts réels de la gestion et les remises peuvent constituer une forme d'intéressement ou de sanction, mais il importe de disposer sans plus tarder d'une bonne connaissance des coûts pour établir les remises de gestion sur une base neutre.

5 – La fixation des objectifs de performance

Le régime général, pour les mutuelles de fonctionnaires, et le régime AMPI subordonnent une partie de la rémunération des organismes délégués à l'atteinte d'objectifs définis dans un cadre conventionnel. Le régime général a retenu des critères tels que les délais de paiement aux assurés et aux professionnels de santé ainsi que la qualité de l'accueil. L'AMPI (22 critères) s'est plus intéressée à la qualité administrative, par exemple aux taux de contrôle et d'anomalies.

Des objectifs sont également fixés aux mutuelles d'étudiants mais sans effet sur leur rémunération, celle-ci étant identique pour toutes les mutuelles et donc indépendante de la qualité du service rendu. S'agissant des mutuelles déléguées L. 211-4, les pratiques diffèrent suivant les CPAM. Enfin, le régime des exploitants agricoles ne fixe pas d'objectif aux assureurs : leur rémunération est indépendante de la qualité de leurs performances.

B – La rémunération des organismes délégués a représenté plus de 550 M€ en 2004

1 – La rémunération varie de 45,3 € à 53,6 € par bénéficiaire

La rémunération²⁰⁷ s'échelonne de 45,3 € à 53,6 € par bénéficiaire suivant les régimes, avec de notables différences de périmètre. S'agissant des étudiants par exemple, elle est fondée sur l'assuré alors qu'elle l'est sur le bénéficiaire actif pour les mutuelles de fonctionnaires²⁰⁸.

Rémunérations de gestion par bénéficiaire pris en charge par les assureurs et mutuelles en 2004

Régime	Personnes prises en charge	Rémunérations de gestion (en €)	Par personne prise en charge (en €)
OD de l'AMEXA	219 000	11 000 000	50,23
OD de l'AMPI	2 972 700	134 700 000	45,31
Autres mutuelles (L. 211-4)	1 130 500	53 000 000	46,88**
Mutuelles fonctionnaires (L. 712-6) *	5 378 000	288 500 000	53,64
Mutuelles d'étudiants (L. 381-3)	1 606 000	82 000 000	51,06
Total	11 306 200	569 200 000	

*Chiffres provisoires

**Ce chiffre recouvre des écarts très importants, cf. supra, II, A, 1, c.

Source : Cour des comptes à partir d'informations provenant des caisses nationales.

2 – La rémunération des organismes délégués varie de 3 € à 21 € pour 100 € de prestations servies

Une autre perspective amène à relativiser le constat précédent : si l'on rapproche la rémunération des organismes en 2004 des prestations qu'ils ont servies cette même année, la hiérarchie des coûts s'en trouve modifiée. Les frais de gestion versés aux OD représentent 3 % des prestations d'AMEXA servies par les assureurs, 4 % de celles servies au titre du régime AMPI et 5 % de celles des mutuelles de fonctionnaires. En

207. Pour les AMEXA et AMPI, 35% de la rémunération ont été déduits afin de ne considérer que la gestion des prestations, à l'exclusion du recouvrement que seuls effectuent les OD de l'AMPI et de l'AMEXA. Cette clé est celle du groupe de travail sur les remises de gestion de l'AMPI.

208. L'étudiant ayant en général peu d'ayants droit, le nombre total de bénéficiaires n'est pas très différent.

revanche, s'agissant des étudiants, le ratio frais de gestion sur prestations s'élève à plus de 21 %.

Taux de rémunérations de gestion par rapport aux prestations servies

Régime	Rémunérations de gestion 2004 (en €)	Prestations servies en 2004 (en €)	Rémunérations/prestations
OD de l'AMEXA	11 000 000	371 300 000	3 %
OD de l'AMPI	134 700 000	3 027 000 000	4 %
Autres mutuelles (L. 211-4)	53 000 000	1 201 700 000	4 %
Mutuelles de fonctionnaires*	288 500 000	5 549 800 000	5 %
Mutuelles d'étudiants	82 000 000	387 500 000	21 %
Total	569 200 000	10 537 300 000	

**Chiffres provisoires*

Source : Cour des comptes à partir d'informations provenant des caisses nationales. Seules sont prises en compte les prestations faisant intervenir l'organisme délégué.

Les mutuelles de fonctionnaires bénéficient des remises de gestion dans la proportion des prestations qu'elles servent. Elles ont servi 52 % des prestations et ont bénéficié de 51 % des frais de gestion.

A l'inverse, les mutuelles d'étudiants bénéficient de remises de gestion qui vont bien au-delà de la proportion des dépenses qu'elles liquident. Elles gèrent en effet 4 % des prestations des régimes obligatoires par les assureurs et mutuelles mais bénéficient de 14 % des rémunérations de gestion. Cet écart s'explique par le fait que les étudiants ont beaucoup moins recours au système de santé, et que les tâches supplémentaires invoquées pour justifier ce niveau de rémunération (par exemple, la réinscription annuelle de tous les étudiants) semblent pour partie liées précisément à la délégation de gestion même et à la concurrence que se font les mutuelles pour recueillir les adhésions des étudiants.

III - Les évolutions nécessaires

La gestion de prestations obligatoires par des organismes extérieurs à la sécurité sociale s'explique par des contextes historiques particuliers. Il convient donc de s'interroger aujourd'hui sur les adaptations et évolutions nécessaires et souhaitables de ce dispositif.

A – Des avantages limités pour l'assuré

1 – La délégation n'accroît pas ses possibilités de choix

De façon générale, l'assuré n'a pas le choix de sa caisse. Comme la Cour l'écrivait en 1954, un fonctionnaire d'Etat titulaire est obligatoirement rattaché, de par la loi, à la section locale de la mutuelle de son ministère d'emploi, quel que soit son domicile, et qu'il soit ou non adhérent, par ailleurs, à cette mutuelle pour la couverture complémentaire. Elle soulignait « le caractère paradoxal de l'obligation imposée aux fonctionnaires de s'adresser, pour le service des prestations, à des organismes auxquels ils demeurent pleinement libres de donner ou non leur adhésion [pour leur assurance complémentaire] ».

Dans le régime agricole, le libre choix de l'assureur en matière de couverture maladie obligatoire est érigé en principe par l'article L. 731-30 du code rural, mais il est limité à un choix entre la caisse de mutualité sociale agricole et la structure de regroupement des assureurs (APRIA-RSA). L'assuré peut passer de l'un à l'autre tous les deux ans, mais tout démarchage agressif est interdit aussi bien aux assureurs qu'aux caisses de MSA.

Pour l'AMPI, le libre choix est également érigé en principe, mais il est contraint, de fait, par la concentration des assureurs. Le ralliement en 2005 des AGF et de MMA à la Réunion des assureurs maladie (RAM, structure commune de gestion des assureurs) a supprimé tout choix : il n'existe plus qu'un seul opérateur « assureur » en métropole.

Le choix de l'assuré s'exerce essentiellement au moment de l'immatriculation. Il peut ensuite changer d'organisme chaque année, ou tous les deux ans (régime agricole), sans avoir à fournir de motif. Dans les faits, une fois le choix initial réalisé, les assurés changent rarement.

En définitive, dans les trois régimes, la délégation de gestion a eu pour finalité originelle le maintien de situations acquises. Lorsque le choix est possible, les conditions dans lesquelles il s'exerce sont rigoureusement encadrées et surveillées.

2 – L'allègement des formalités ne bénéficie pas à certains assurés

La gestion de l'assurance maladie obligatoire des fonctionnaires par les mutuelles avait permis à celles-ci d'assurer quasi systématiquement la protection complémentaire maladie des fonctionnaires. Ceux-ci ont retiré de cette pratique une perception parfois

confuse de leur situation²⁰⁹. Il était en effet pratique pour l'assuré de percevoir en une seule fois et du même organisme les remboursements de soins correspondant aux parts obligatoire et complémentaire. Au contraire, l'assuré rattaché à une CPAM devait envoyer le décompte de la caisse à son assureur complémentaire pour avoir la totalité des remboursements, ce qui engendrait des délais et des frais.

La diffusion de la couverture maladie complémentaire, le fait que des conjoints bénéficient d'une protection collective d'entreprise, l'émergence d'un marché de la couverture maladie complémentaire de plus en plus concurrentiel qui a conduit certaines mutuelles à se rapprocher des modes de gestion de l'assurance, font évoluer la perception que les fonctionnaires ont de leur couverture maladie complémentaire. Certaines mutuelles voient en conséquence baisser leur taux de mutualisation global, c'est-à-dire la proportion des bénéficiaires du régime obligatoire qu'elles gèrent et qui sont assurés simultanément auprès d'elles pour la part complémentaire. Ainsi la MGEN dans son rapport moral pour 2004 note que ce taux s'établit à 86,6%, en baisse de 0,9 point en 2004 par rapport à 2003, « confirmant la tendance installée ». Le taux de mutualisation de ses nouveaux affiliés est également en baisse : 68,7 % en 2004 contre 71,2 % en 2003.

Surtout, les assurés qui ont adressé leur dossier à la caisse primaire d'assurance maladie (sous réserve de Sésame Vitale) bénéficient le plus souvent, sans nouvelle intervention de leur part, de la liquidation de la part complémentaire. La norme d'échange de fichiers NOEMIE 1 permet désormais aux CPAM de transférer automatiquement les données informatiques du décompte papier à l'assureur de la part complémentaire. L'assuré n'a plus de ce fait à transmettre le décompte que lui a envoyé l'assurance maladie pour se faire rembourser par son assurance complémentaire. Quant à l'assureur, dès lors que ses prestations interviennent en complément de la liquidation de la part obligatoire, il peut automatiser sa production. Le montant modeste de la facturation de ce service aux assureurs (0,08€ par décompte dans le régime général) a permis sa généralisation²¹⁰. La majorité des assurés des CPAM

209. Les cotisations mutualistes destinées à la section locale du ministère d'emploi étant précomptées sur le traitement comme les cotisations de sécurité sociale, les fonctionnaires croient parfois qu'ils bénéficient d'un régime obligatoire d'employeur, comme souvent dans le secteur privé (cf. note d'accompagnement de l'avis du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie du 24 février 2005 sur les couvertures complémentaires maladie).

210. Les caisses de MSA appliquent des tarifs bien supérieurs (0,3 à 0,5 € par décompte).

bénéficient maintenant de ce système de transmission automatique du décompte à leur organisme complémentaire.

Paradoxalement, les assurés dont la part obligatoire est liquidée par une mutuelle et qui ont choisi un autre assureur complémentaire ne bénéficient pas systématiquement de ce service. Lorsque la Cour avait proposé que la transmission du décompte s'impose à tout gestionnaire par délégation de la couverture obligatoire, la fédération nationale de la mutualité française avait avancé que les problèmes de normalisation seraient très lourds, et que la normalisation n'était pas effective au sein même du régime général, producteur de la norme. Cet argumentaire technique paraît quelque peu dépassé, la norme NOEMIE 1 existant depuis 1992 et étant généralisée, alors que cette approche peut avoir pour effet de décourager l'assuré de recourir à un assureur complémentaire différent de la mutuelle gérant le régime obligatoire.

C'est pourquoi la Cour réitère sa recommandation d'imposer à tout organisme gérant le régime obligatoire le transfert des données administratives de la liquidation à l'assureur complémentaire.

B – L'inadaptation actuelle de la délégation de gestion aux évolutions du pilotage de l'assurance maladie

La délégation de gestion ne paraît pas avoir favorisé le développement de politiques nouvelles ou le respect de principes gestionnaires rigoureux. D'une part, la démarche de gestion du risque que les caisses d'assurance maladie doivent développer est apparue difficile à mettre en œuvre par les OD, d'autre part, l'intégration des comptes des OD dans ceux des régimes concernés n'est pas satisfaisante.

1 – Une gestion du risque difficilement mise en œuvre

La gestion du risque recouvre deux aspects, d'une part, prévenir la maladie par une bonne information et des incitations au dépistage de pathologies, d'autre part, et s'assurer par la liquidation médico-administrative que les dépenses de soins sont réalisées à bon escient et sans abus.

a) La participation aux actions de prévention

Les mutuelles de fonctionnaires consacrent une part de leurs moyens à la gestion du risque et leur rémunération est modulée en conséquence. Le contrat pluriannuel de gestion qui règle les modalités de gestion par « MFP Services » des tâches qui lui sont déléguées prévoit

dans son article 15 que la différence entre le taux de réfaction de 22,18 % et le taux de réfaction minoré de 20,95 % correspond à la participation de la mutuelle aux actions de prévention (vaccination ROR, prévention bucco dentaire...). Par exemple, ce taux est réduit de 0,73 point si la majorité des URCAM de rattachement signalent une implication satisfaisante²¹¹ pour des obligations peu contraignantes.

b) Une organisation peu adaptée à la liquidation médico-administrative

Le contrôle médicalisé de la liquidation reste encore à développer dans l'ensemble des caisses et organismes d'assurance maladie. Mais la délégation de la gestion de l'assurance maladie obligatoire peut constituer un obstacle supplémentaire.

Les réalisations dans le régime général restent bien en deçà des intentions. En matière de contrôle a priori, les contrôles automatiques mis en place dans les CPAM consistent en des contrôles d'ouverture de droits et de cohérence. Au moment de la liquidation de prestations pour une affection de longue durée (ALD), il est ainsi vérifié que le bénéficiaire a une ouverture de droit à ALD. A posteriori, le contrôle est exercé par le service médical suivant des critères définis préalablement (professionnel de santé ou patient ciblés en fonction de prescriptions ou consommations atypiques). Ce contrôle peut être organisé « en routine » en travaillant sur les fichiers issus de la liquidation.

Le processus est plus compliqué lorsque les prestations sont liquidées par une mutuelle. Ainsi, à titre d'exemple, alors que les pouvoirs publics attendaient des économies en 2005 du meilleur respect de l'ordonnancier bizonne, le contrôle de ce dernier n'existe pas pour les assurés gérés par une mutuelle. Cela résulte, d'une part, de ce que le contrôle médical du régime général considère comme statistiquement non

211. L'implication de la mutuelle est qualifiée de « satisfaisante » lorsque, sur au moins un thème national et au moins un thème régional sur lesquels la mutuelle s'est engagée, les trois conditions suivantes sont réalisées :

- participation ou représentation effective de la mutuelle à l'ensemble des réunions ou groupes de travail relatifs à ces thèmes ;
- recherches d'archives et/ou requêtes nécessaires à l'analyse, et échange d'informations de qualité après agrégation et consolidation des données entre les mutuelles, dans les délais impartis, convenus avec l'URCAM ;
- réalisation d'interventions convenues avec l'URCAM et éventuellement évaluation de ces interventions. Les interventions peuvent soit être spécifiques à la mutuelle, soit consister en une participation aux interventions menées par l'URCAM, à condition que cette participation soit financée sur le propre budget de la mutuelle.

suffisamment significative la population des mutuelles et, d'autre part, de ce que les mutuelles n'ont pas accès aux informations concernant la pathologie. La séparation des fichiers de la liquidation détenus dans les mutuelles et du contrôle médical exercé par la CPAM ne facilite donc pas les actions individuelles ciblées. Il en résulte une inégalité de traitement entre assurés d'un même régime.

La CANAM tente de pallier cette lacune par le développement d'outils informatiques, notamment de contrôle de la compatibilité de la prescription avec certaines ALD. Ces dispositifs risquent cependant de ne concerner que les procédures de suivi des ALD les plus aisées à automatiser. Ils supposeraient de surcroît que les caractéristiques de l'ALD soient mentionnées dans le fichier des assurés et pas seulement dans ceux du service médical.

Les conditions d'application de l'article L. 162-1-14 telles qu'elles résultent de la loi du 13 août 2004 et du décret du 23 août 2005 (art. R. 147-6 3 i) relatif au respect du protocole ALD ne sont donc pas réunies lorsque les prestations sont liquidées par des mutuelles ou des sociétés d'assurances. Même les informations relatives au respect du parcours de soins restent inexploitable. L'application des dispositions de l'article L. 162-4-3 qui crée le « web médecin », pourrait cependant permettre une avancée dans le contrôle, dès lors, notamment, que les médecins conseils pourraient accéder aux informations sur l'historique de la consommation de soins des assurés gérés par les mutuelles et assurances.

Même si les OD se dotaient de compétences médicales, ce que la Cour ne recommande pas, encore faudrait-il qu'ils aient accès aux données médicales, ce qui présente des difficultés de principe importantes.

2 – Un contrôle insuffisant des opérations des OD dans la perspective de la certification

Les OD inscrivent les opérations des gestions techniques qui leur sont déléguées en comptes de tiers. Ce sont les régimes qui inscrivent ces opérations dans leurs comptes de charges. Il leur revient donc de vérifier la qualité des liquidations et des paiements effectués par les organismes délégués.

Les exigences de rapidité et la modicité de chacun des paiements empêchent un contrôle a priori exhaustif. Mais les organismes délégués doivent mettre en place des plans de contrôle interne auditables par les régimes concernés. Le régime général se trouve dépourvu des moyens de faire respecter ses préconisations et peut réitérer pendant plusieurs années

les mêmes conseils, sinon injonctions, sans que la section locale mutualiste concernée se mette en conformité.

Le régime AMPI se heurte à la difficulté de se procurer ces plans de contrôle et à leur application parfois insuffisante. Quant au régime AMEXA, le contrôle exercé sur les assureurs paraît excessivement restreint. En effet, le positionnement de la MSA en concurrent des sociétés d'assurance et l'absence de texte l'habilitant à intervenir rendent un contrôle de sa part quasiment impossible. La caisse centrale de la MSA enregistre donc dans ses comptes des opérations qu'elle ne contrôle pas, qu'il s'agisse du nombre de bénéficiaires, de l'application de la législation ou de l'encaissement des cotisations.

L'importance du contrôle des systèmes informatiques est reconnue par tous, mais seule l'AMPI a initié une rationalisation en obligeant les organismes conventionnés à se regrouper autour de centres informatiques de taille significative (minimum de 285 000 bénéficiaires gérés). Des efforts restent donc à accomplir en matière de contrôle des systèmes d'information des OD, que ni le régime général, ni l'AMPI ni la MSA n'ont audité. L'importance de ces systèmes et la complexité des règles de la gestion des prestations justifieraient une validation des programmes.

En outre, le mandat des commissaires aux comptes qui certifient les comptes des mutuelles et sociétés d'assurance ne s'étend pas à la certification des opérations destinées à être intégrées dans les comptes des régimes obligatoires. Les comptes de tiers retraçant les opérations de la gestion déléguée ne sont examinés que comme une partie des opérations des organismes délégués.

La perspective de la certification des comptes de la branche maladie du régime général rend souhaitable (comme indiqué dans le rapport distinct de la Cour qui est consacré à ce thème) que soit confiée aux commissaires aux comptes de ces mutuelles une mission particulière d'audit sur les opérations de la gestion déléguée.

C – Les voies et moyens d'une réforme

Compte tenu des constats effectués sur les avantages limités que les assurés retirent de la gestion déléguée et les obstacles que celle-ci met au développement d'exigences nouvelles, la question se pose de l'avenir même de ce mode de gestion.

1 – L'assurance maladie des exploitants agricoles

La faible part des exploitants agricoles qui ont choisi une société d'assurance plutôt que la MSA conduit à s'interroger sur la nécessité de maintenir cette complexité inhérente à la délégation. La MSA est privée de 10 % d'assurés qui lui permettraient d'amortir les frais fixes sur une population plus large. En outre, du point de vue des contrôles et de la certification des comptes, l'architecture pose d'importants problèmes. Aussi, compte tenu du caractère marginal de cette gestion déléguée, il conviendrait d'étudier l'intérêt de confier l'intégralité de la gestion du risque maladie à la MSA.

2 – L'assurance maladie des professions indépendantes

La gestion de l'assurance maladie des professions indépendantes repose sur une répartition des compétences entre une fonction de pilotage qu'assure le régime et une fonction de mise en œuvre assurée par les mutuelles et assurances²¹². Ce système répond à une logique qu'il n'apparaît pas nécessaire de remettre en cause. Mais il devra s'adapter à la mise en place de nouvelles méthodes de gestion du risque, notamment la liquidation médico administrative. Il devra également répondre aux impératifs de la certification des comptes²¹³. Ces adaptations posent la question de la taille des intervenants et donc de leur concentration.

3 – Le régime général

La gestion des prestations d'assurance maladie obligatoire des fonctionnaires, des étudiants et de salariés par les mutuelles conduit l'assurance maladie à leur verser annuellement 425 M€ de remises de gestion. Ces rémunérations entrent dans les coûts de gestion des caisses d'assurance maladie qui les financent sur leur fonds de gestion administrative.

212. L'article L. 611-20 du CSS (ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005) prévoit que la caisse nationale peut également confier le service des prestations maladie à des organismes régis par le code de la sécurité sociale (CPAM).

213. A compter de l'exercice 2008, les comptes des organismes nationaux du régime social des indépendants feront l'objet d'une certification par des commissaires aux comptes (article 31 de la LFSS pour 2006). Les organismes conventionnés du réseau des travailleurs indépendants assurent pour le compte des caisses mutuelles régionales (CMR) des fonctions de recouvrement des cotisations et de paiement des prestations, qui devront faire l'objet, à l'instar de la solution préconisée plus haut pour les mutuelles, d'une mission d'audit confiés à leurs commissaires aux comptes.

L'importance des moyens humains des mutuelles (plus de 7 000 agents²¹⁴) et des CPAM (36 600 ETP en 2003) pour la liquidation des prestations obligatoires conduit à s'interroger sur l'intérêt de disperser ainsi la gestion entre de multiples structures et de se priver de gains de productivité majeurs au sein de l'ensemble de l'assurance maladie²¹⁵.

Du point de vue de la production, l'architecture mise en place dans les années d'après-guerre pouvait se justifier lorsque la liquidation de l'assurance maladie consistait à faire traiter manuellement des millions de feuilles de soins. L'informatisation des procédures et la saisie à la source chez les professionnels de santé font que la concentration des opérations dans un même système est une source de croissance de la productivité, pratiquement sans frais supplémentaires autres qu'informatiques. La dispersion des moyens devient, de ce fait, contre-productive.

Selon la CNAMTS, confier aux CPAM le traitement direct des prestations que liquident aujourd'hui les mutuelles permettrait d'accroître la productivité du régime général en élargissant la base d'amortissement de ses frais fixes.

Sur la base de sa comptabilité analytique, le régime général estime qu'une reprise par les CPAM en gestion directe des assurés gérés actuellement par des mutuelles se traduirait par une économie nette de 250 M€ pour l'assurance maladie (tableau ci-après).

214. Cf. tableau page 239.

215. La Cour, dans le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2004, a critiqué la gestion des CPAM et mis en évidence l'amélioration insuffisante de leur productivité.

Tableau récapitulatif des coûts d'absorption par le régime général des gestions des mutuelles de ce régime

Intégration au coût moyen des 128 CPAM sans économies d'échelle	Charge de travail en millions	ETP nécessaires	Coûts directs supplémentaires en M €
Bénéficiaires consommant	8,2	987,7	43,4
Décomptes des prestations en nature (flux externes)	150,0	720,7	46,5
Décomptes des prestations en nature (flux internes)	39,3	1 815,1	84,5
(1) Total coût absorption		3 523,5	174,4
(2) Remises de gestion			424,8
(1) - (2) Economie nette en €			250,4

Source : CNAMTS

Ces chiffres sont donnés à titre indicatif et ne tiennent pas compte des conséquences financières liées aux obligations légales de reprise des personnels des mutuelles. Les travaux que la Cour a publiés antérieurement sur les mutuelles de la fonction publique²¹⁶ et sur la gestion des caisses d'assurance maladie²¹⁷ la conduisent à une appréciation prudente des surcoûts avancés. Il reste que la dispersion de la gestion entre de multiples structures n'est pas de nature à réduire les dépenses de gestion. A titre de comparaison, le transfert aux caisses d'allocations familiales, en 2005, de la gestion des prestations familiales des fonctionnaires s'est effectué sans augmentation des effectifs de ces caisses.

Les incertitudes sur les mesures de productivité amènent donc à suivre avec attention l'opération en cours de transfert à la CPAM des Hauts-de-Seine du traitement des prestations d'assurance maladie des salariés des industries électriques et gazières. Cette opération, d'abord limitée à la saisie des feuilles de soins papier, semble être réalisée en maintenant la productivité et la qualité de service prévues dans le contrat de gestion de la caisse. Si cet exemple était concluant, la question de la généralisation d'un tel dispositif ne manquerait pas d'être posée.

Si toutefois, pour des raisons diverses, une telle orientation n'était pas retenue, la gestion déléguée des prestations obligatoires ne devrait être maintenue qu'à la triple condition d'une gestion du risque plus

216. Rapport public de janvier 2003, précité.

217. Rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004.

effective, de la levée des obstacles à la certification des comptes de l'assurance maladie, et enfin de la réduction des coûts. Cette dernière condition implique une révision en profondeur du mécanisme des remises de gestion, tenant compte des gains de productivité rendus possibles par la généralisation des feuilles de soins électroniques tant dans les caisses primaires que des mutuelles.

SYNTHÈSE

La gestion du régime obligatoire d'assurance maladie par des mutuelles et assurances concerne plus de 11 millions de bénéficiaires. Les prestations servies dans ce cadre ont dépassé 10 Md€ en 2004.

Le développement de cette gestion s'est réalisé au fil de l'extension de l'assurance maladie, essentiellement pour sauvegarder des positions acquises. Cet héritage historique se reflète dans la grande variété de modalités d'intervention et de rémunération des organismes délégués.

Chacun des régimes applique des règles différentes de gestion et de rémunération des mutuelles et assurances. Aucune n'est totalement satisfaisante. Le manque de transparence des coûts de gestion et l'absence de réelles marges de négociation en raison des modes de dévolution n'aident pas à la fixation des rémunérations à un niveau optimum pour le financement des régimes.

Les modalités de fixation et de suivi des objectifs de qualité diffèrent selon les régimes et les gestions. Ainsi, alors qu'elles sont normalisées et relativement fiables dans le régime AMPI, avec des conséquences sur les rémunérations des organismes conventionnés, leur absence est totale dans le régime AMEXA.

A bien des égards, la gestion par des organismes délégués semble présenter aujourd'hui plus de limites pour le régime général que d'avantages.

Le caractère marginal de la gestion de l'assurance maladie des exploitants agricoles par les assureurs et les problèmes que crée la mise sur un même pied de deux opérateurs (caisses de mutualité sociale agricole d'une part, APRIA-RSA d'autre part), dont l'un devrait contrôler l'autre, amènent à s'interroger sur la viabilité de ce dispositif.

Le schéma retenu dans le régime d'assurance maladie des travailleurs indépendants présente une plus grande cohérence et un meilleur niveau de contrôle de la caisse nationale, mais il devra toutefois être adapté aux nouveaux métiers de l'assurance maladie ainsi qu'à la certification des comptes.

S'agissant des gestions déléguées par le régime général, la multiplicité des structures, la grande diversité des remises de gestion et le niveau qu'elles ont atteint conduisent à s'interroger sur le surcoût supporté par le régime général dans un contexte où ses caisses présentent des capacités de production insuffisamment utilisées.

Pour l'ensemble des gestions déléguées se pose la question de la capacité des OD à s'inscrire dans les objectifs de gestion du risque et de lutte contre les abus et fraudes inscrits dans les COG des régimes. De même est posée la question de la vérification de leurs opérations par les commissaires aux comptes, dans la perspective de la prochaine certification des comptes des régimes dans lesquels ces opérations sont intégrées.

RECOMMANDATIONS

33. *Limiter aux seuls agents titulaires de l'Etat l'intervention des mutuelles de fonctionnaires au titre de l'article L. 712-6.*

34. *Imposer à tout organisme gérant le régime obligatoire le principe du transfert des données administratives de la liquidation à l'assureur complémentaire.*

35. *Étudier la pertinence du maintien de la gestion déléguée de l'assurance maladie des fonctionnaires, des étudiants et des exploitants agricoles à des organismes complémentaires. Dans l'immédiat, rendre cette gestion déléguée plus efficace et moins coûteuse, notamment en réformant le dispositif de rémunération des organismes délégués.*

Chapitre IX

L'action sociale dans le régime général

PRÉSENTATION

Le terme général d'action sociale désigne les aides versées et les actions menées subsidiairement aux dispositifs légaux en vigueur par les différents acteurs intervenant dans le champ social, qu'il s'agisse des caisses de sécurité sociale, des collectivités territoriales ou de l'Etat. Cette action sociale est traditionnellement justifiée par l'inévitable inadaptation des règles générales régissant les prestations légales à la complexité des cas individuels, voire par les iniquités que ces règles générales peuvent engendrer et par les possibilités d'innovations, d'expérimentations et de partenariats qu'elle ouvre.

Ce chapitre examine l'action sociale spécialisée des organismes de sécurité sociale du régime général. Les prestations légales versées par les trois branches du régime général (prestations familiales, remboursements de frais médicaux, retraites) sont de fait complétées par une action sociale diversifiée, décidée par les caisses nationales et, pour une bonne part, les caisses locales.

L'action sociale des organismes de sécurité sociale, dès lors qu'elle se définit comme facultative et subsidiaire par rapport aux prestations légales, est tributaire des évolutions de la législation sociale et doit s'y ajuster. Cette problématique a fortement marqué la période récente.

Dans la branche vieillesse, la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001 et les nouvelles compétences dévolues au département dans l'aide aux personnes âgées dépendantes, analysées par la Cour dans un rapport public particulier paru en novembre 2005, ont rendu nécessaire une réorientation de l'action sociale des caisses de retraite. Dans la branche maladie, la création de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) en 1999 a conduit les caisses à modifier leur politique d'attribution des aides individuelles et à limiter les effets de seuil induits. Les caisses ont cherché à concentrer leur action sur les populations dites en marge de la CMUC, à savoir celles dont les revenus se situent juste au-dessus du plafond de ressources. Dans la branche famille, le taux de croissance annuel moyen des dépenses d'action sociale de 2001 à 2004 en faveur de l'accueil du jeune enfant a été deux fois plus élevé que celui des aides légales à la garde d'enfant (aide à l'emploi d'une assistante maternelle, allocation de garde d'enfant à domicile, depuis 2004 complément de libre choix du mode de garde),

conduisant à un rééquilibrage des financements de la branche entre les différents modes de garde²¹⁸.

En raison de la variété des contextes, des montants financiers en jeu, des publics visés et des modes d'action privilégiés, une présentation unifiée de l'action sociale déployée par les différentes branches du régime général serait artificielle. L'action sociale est précisément caractérisée par sa diversité.

Ainsi, l'action sociale exercée par la branche famille revêt un caractère plus universel que celle des autres branches et prend principalement la forme de subventions de fonctionnement à des équipements sociaux collectifs, appelées prestations de service, tels que les crèches, les centres de loisirs sans hébergement ou les centres sociaux. Dans la branche maladie et la branche vieillesse au contraire, les aides individuelles sont majoritaires. Les choix faits entre solvabilisation de la demande et soutien de l'offre ont donc été différents.

L'ampleur des moyens affectés à l'action sociale varie aussi sensiblement selon les branches, tant en valeur absolue qu'en proportion des dépenses totales de la branche. Les dépenses d'action sociale représentent ainsi 11 % des dépenses de la branche famille du régime général, et environ 0,5 % des dépenses des branches vieillesse et maladie du régime général.

218. L'action sociale en faveur de l'accueil du jeune enfant et les aides légales à la garde d'enfants représentent respectivement 1 545,2 M€ et 2 519,1 M€ en 2004, contre 982,4 M€ et 2 000,4 M€ en 2001.

Evolution des dépenses d'action sociale²¹⁹

	(M€)					
	2001	2002	2003	2004	2005	Evolution
Branche famille RG	2 110	2 428	2 560	2 967	3 420	+62%
Branche maladie RG	457	539	637	647	661	+45%
Branche vieillesse RG	396	348	285	366	344	-13%

Source : CNAF, CNAMTS, CNAVTS.

Les modalités de gestion budgétaire diffèrent également d'une branche à l'autre. Dans toutes les branches du régime général, les moyens affectés à l'action sociale sont déterminés de manière pluriannuelle par les conventions d'objectifs et de gestion signées entre l'Etat et les caisses nationales, mais selon des modalités diverses qui ne garantissent pas toutes le respect des enveloppes fixées. Les modalités du pilotage de l'action des caisses locales par chacune des caisses nationales appellent aussi des appréciations diverses.

L'action sociale des différentes branches se distingue encore par la nature des partenariats noués avec les collectivités territoriales. Dans les branches maladie et vieillesse, le département est l'interlocuteur privilégié, mais la collaboration est plus ou moins approfondie. Dans la branche famille, le partenariat concerne avant tout les communes et, en quelques années, la relation s'est en quelque sorte inversée : les caisses d'allocations familiales démarchaient il y a peu encore les communes pour signer des contrats enfance et temps libre, aujourd'hui elles doivent réguler et contrôler des instruments contractuels que les communes se sont appropriés.

I - L'action sociale de la branche famille

L'action sociale occupe dans la branche famille une place beaucoup plus importante que dans les autres branches du régime général. Il s'agit d'une action sociale essentiellement collective qui tend à soutenir l'offre de services. Le versement d'aides financières individuelles aux

219. Pour la branche famille a été retenu le total des dépenses du fonds national d'action sociale (FNAS) ; pour la branche maladie, le total des dépenses du fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) ; pour la branche vieillesse, le total des dépenses du fonds national d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées (FNASSPA) hors contributions et frais administratifs.

ressortissants du régime n'occupe plus, en revanche, qu'une place restreinte.

La politique de soutien au financement des structures d'accueil des jeunes enfants de moins de quatre ans (crèches, haltes-garderies) représente deux tiers des aides versées par les caisses. Cette politique s'est sensiblement intensifiée durant la période récente sous l'effet de plusieurs facteurs : la réforme des subventions de fonctionnement (appelées « prestations de service ») versées à ces établissements qui a accru de près de 40 % le montant moyen par place agréée, le développement des contrats enfance conclus avec les communes pour les inciter à accroître le parc des places d'accueil disponibles sur leur territoire, enfin la pérennisation des aides à l'investissement dans le cadre des « plans crèches » gouvernementaux successifs depuis 2000.

L'action sociale de la branche famille contribue aussi dans une mesure croissante à la politique d'organisation des loisirs des enfants et des adolescents menées par les communes, à travers les contrats temps libre et, de manière non négligeable, à l'animation sociale locale, notamment par les subventions versées aux centres sociaux.

La période récente a mis au jour les insuffisances de régulation des dépenses d'action sociale de la branche. La croissance des dépenses a été maîtrisée jusqu'à la fin de la dernière COG, mais à l'intérieur d'une enveloppe généreuse avec un accroissement des crédits du fonds national d'action sociale de plus de 60 % entre 2001 et 2005. Le resserrement budgétaire imposé par l'Etat dans le cadre de la nouvelle COG 2005-2008, pour partie irréaliste compte tenu de l'inertie des dépenses à court terme, a révélé que la dynamique des dépenses échappait à la CNAF. De fait, le caractère évaluatif des dépenses de prestations de services apparaît peu compatible avec l'encadrement budgétaire pluriannuel dont font l'objet les crédits d'action sociale dans la COG.

A – L'évolution des dépenses

L'article L. 263-1 du code de la sécurité sociale constitue la base légale de l'action sociale menée par la branche famille. Il renvoie à un arrêté programme. L'arrêté actuellement en vigueur, daté du 3 octobre 2001, définit de manière particulièrement large le champ de compétence de l'action sociale de la branche.

Les crédits d'intervention de l'action sociale de la branche sont regroupés dans le fonds national d'action sociale (FNAS), alimenté par une fraction du produit des cotisations d'allocations familiales et qui fait l'objet d'un cadrage pluriannuel par la COG.

1 – Un rythme de progression élevé des dépenses depuis 2001, que l'Etat a voulu freiner à partir de 2005

Entre 2001 et 2004, le rythme de croissance des dépenses du FNAS a atteint 11,3 % en moyenne annuelle, soit une augmentation de quatre points du rythme constaté entre 1997 et 2000. La croissance globale des dépenses a été tirée par celle des prestations de service (+75 % entre 2001 et 2005) et des contrats (+140 % durant la même période), les dotations d'action sociale n'augmentant quant à elles que de 2,9 % par an au cours de la période.

La proposition de budget soumise par la CNAF à l'Etat pour la période 2005-2008 dans le cadre des négociations de la nouvelle COG prolongeait cette tendance, avec un taux de croissance annuel des dépenses de 12,7 %. Entendant au contraire rompre avec ce rythme d'évolution des dépenses, l'Etat n'a accepté qu'un budget pluriannuel 2005-2008 affichant un taux de croissance réduit à 7,5 % en moyenne annuelle sur l'ensemble de la période.

Pour respecter cet objectif, l'Etat a non seulement écarté les mesures nouvelles proposées par la CNAF, mais il a aussi réduit les crédits destinés à couvrir les dépenses inéluctables ou « coups partis », tels que les crédits destinés à financer la réforme, déjà engagée, des prestations de service versées aux établissements d'accueil des jeunes enfants et ceux destinés à honorer les dépenses des contrats déjà signés ou devant être signés début 2005.

En outre, en 2005, l'Etat a décidé de faire gérer les prestations familiales des fonctionnaires par la CNAF et de faire prendre en charge par la branche famille la dépense induite par l'accès des agents de l'Etat à l'ensemble des équipements collectifs subventionnés par les CAF, et non plus seulement aux crèches collectives, comme cela était le cas jusqu'alors. Ce transfert de compétences a été globalement compensé par l'augmentation du taux de cotisation de l'Etat à la branche famille de 5,2% à 5,3% en 2005 (5,4 % en 2006). Mais les dépenses supplémentaires d'action sociale induites par cette mesure, n'ont pas été inscrites dans le budget pluriannuel du FNAS 2005-2008.

Cela a conduit l'Etat à retenir pour 2005 une enveloppe budgétaire de 3 181 M€, soit une croissance de 7,2 % par rapport à 2004, alors que les projections de la CNAF chiffreraient les dépenses prévisibles, hors mesures nouvelles, à 3 336 M€, soit une progression de 12,4 %.

2 – Le croissance des dépenses n’est pas maîtrisée par la CNAF

Les dépenses du FNAS se sont finalement élevées à 3 420 M€ en 2005, soit un dépassement en valeur absolue de 239 M€ par rapport à l’enveloppe inscrite au budget fixé dans la COG. Le freinage attendu des dépenses n’a pas eu lieu, leur rythme de croissance atteignant 15,2 %, soit un niveau comparable à celui de 2004 (15,9 %), au lieu des 7,2 % prévus.

Le taux de croissance des dépenses enregistré en 2005 est donc non seulement très supérieur à celui que la COG avait fixé, de manière peu réaliste, mais encore sensiblement plus élevé que celui sur lequel tablait la CNAF dans ses projections financières. Ainsi, la CNAF elle-même a fortement sous-estimé la dynamique des dépenses de prestations de service, notamment celle des dépenses dérivant mécaniquement des contrats enfance et temps libre déjà signés.

L’impasse financière de l’exercice 2005 révèle non seulement que la CNAF ne dispose pas en l’état des outils nécessaires à la régulation des dépenses d’action sociale, mais encore que la dynamique des dépenses lui échappe.

3 – La sincérité du budget pluriannuel de la COG 2005-2008 est remise en cause

Le budget prévisionnel du FNAS pour 2006 voté le 6 décembre 2005 par le conseil d’administration de la CNAF, tenant compte des résultats d’exécution de l’année 2005, faisait apparaître un rebasage des crédits de 334 M€ par rapport au budget 2006 arrêté dans la COG. Fait exceptionnel, ce projet de budget n’a pas été approuvé par l’Etat en décembre 2005. Une nouvelle délibération a été demandée au conseil d’administration de la CNAF tendant à ramener le rebasage à 220 M€ au lieu de 334 M€. Les hypothèses de croissance des dépenses sur lesquelles est fondée cette prévision sont volontaristes et la sincérité de ce budget est sujette à caution.

Au-delà de l’exercice 2006, l’équilibre du budget pluriannuel arrêté dans la COG pour l’ensemble de la période 2005-2008 est remis en cause, compte tenu du délai qui sera nécessaire avant que les mesures de redressement déjà prises ou attendues sur les contrats (cf. infra) ne produisent leurs effets. En tout état de cause, les résultats d’exécution du FNAS pèseront dorénavant sur les comptes de la branche, alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoit, par ailleurs, dans son annexe B, un déficit cumulé de la branche famille de près de 4 Md€ pour les quatre années à venir.

B – Les prestations d'action sociale

1 – Présentation générale

Les crédits d'action sociale du FNAS sont déployés sur le terrain selon deux canaux distincts.

D'une part, les caisses se voient allouer des dotations d'action sociale limitatives, libres d'emploi, sur lesquelles elles accordent des aides individuelles ou des prêts, entretiennent des services sociaux (travailleurs sociaux) ou des équipements collectifs tels que des centres sociaux (sous la forme d'une subvention d'équilibre), attribuent des subventions de fonctionnement et d'investissement au secteur associatif. La répartition des dotations entre les caisses se fait au prorata des prestations légales versées.

D'autre part, les caisses versent des subventions de fonctionnement appelées prestations de services imputées sur des crédits évaluatifs du FNAS mis à leur disposition par la CNAF à concurrence des besoins. Les prestations de services sont de deux espèces : les prestations de service ordinaires et les prestations de service octroyées dans le cadre de contrats signés avec les communes.

Depuis 2000, aux aides à l'investissement que peuvent toujours attribuer librement les caisses sur leur dotation, se sont ajoutées celles qui leur sont déléguées sur les fonds exceptionnels mis en place pour le financement de nouvelles places d'accueil de jeunes enfants. On peut craindre que ces aides constituent un effet d'aubaine pour les communes car leurs décisions de créer de nouvelles places de crèches dépendent davantage du coût de fonctionnement de ces places que de leurs coûts d'investissement.

Crédits d'action sociale

M€

	2001	2005	Evolution
Dotation d'action sociale	738	812	+10 %
Prestations de service ordinaire	790	1 383	+75 %
Prestations contractuelles	440	1 056	+140 %
dont			
Contrat enfance	351	686	+95,4 %
Contrat temps libre	89	371	+317 %
Fonds d'investissement	27	97	+259 %
Autres	115	72	-37 %
Total des dépenses du FNAS	2 110	3 420	+62,1 %

Source : CNAF

En 2005, les dotations d'action sociale ont représenté 812 M€²²⁰ les prestations de services ordinaires et contractuelles respectivement 1 383 M€ et 1 056 M€, enfin les dépenses sur les fonds d'investissement en faveur de la petite enfance 97,4 M€²²¹. Au total, prises ensemble, les prestations de service ordinaires et contractuelles représentent aujourd'hui plus de 70 % des dépenses d'action sociale. La proportion n'était que de 50 % en 2000.

L'accueil du jeune enfant représente aujourd'hui la moitié des dépenses d'action sociale des caisses, loin devant le temps libre et les loisirs (22 %), l'accompagnement social (14,2 %) et l'animation de la vie sociale (8%).

Les objectifs fixés par la convention d'objectifs et de gestion pluriannuelle pour la période 2001-2004 portaient principalement sur le

220. Les aides individuelles attribuées par les caisses sur leur dotation propre ne constituent plus aujourd'hui qu'un mode d'intervention marginal pour elles (11,6 % des dépenses en 2005). Elles portent pour l'essentiel sur la prise en charge des coûts d'inscription aux centres de loisirs et de vacances, l'attribution de bons loisirs, de secours ou de prêts d'équipement ménager et la gestion en régie d'équipements et services sociaux.

221. Les quatre fonds pluriannuels d'investissement en faveur de la petite enfance créés depuis 2000, à savoir successivement le fonds d'investissement petite enfance (FIPE), l'aide exceptionnelle à l'investissement (AEI), le dispositif d'aide à l'investissement petite enfance (DAIPE) et le dispositif d'investissement petite enfance (DIPE) ont été dotés respectivement de 228 M€, 228 M€, 200 M€ et 165 M€. En 2005, le montant cumulé des dépenses imputées sur ces quatre fonds s'est élevé à 97,4 M€.

développement de l'accueil du jeune enfant et du temps libre, à savoir l'accroissement du nombre de places d'accueil en structures agréées d'accueil du jeune enfant (8 000 par an) et du nombre de relais d'assistantes maternelles et l'amélioration du taux de couverture des contrats temps libre, défini comme la proportion d'enfants de 6 à 16 ans couverts par un tel contrat (objectif de 50 %).

2 – Les prestations de service ordinaires

a) Définition

Les prestations de service ordinaires constituent une contribution financière réglementée par la CNAF et versée à un certain nombre de services et équipements sociaux limitativement énumérés (crèches, haltes-garderies, centres de loisirs sans hébergement, centres sociaux, foyers de jeunes travailleurs...) soutenus et gérés par les communes ou des associations.

Chaque prestation de service se définit par deux paramètres : un prix plafond exprimé en euros par unité d'œuvre (la journée ou l'heure/enfant dans le cas des prestations de service dites à l'acte, comme celles que perçoivent les crèches et les centres de loisirs sans hébergement), censé représenter un coût de revient unitaire de référence, et revalorisé chaque année ; le taux de la prestation, généralement de 30 %. Dans le cas des prestations de service à l'acte, le montant de la prestation s'obtient en multipliant le nombre d'actes réalisés par le produit de ce taux et du prix plafond unitaire.

b) Le système des prestations de service ordinaires soulève plusieurs problèmes de gestion.

D'abord, il confère aux gestionnaires des équipements et services conventionnés un droit de tirage sur les crédits du FNAS. De ce point de vue, la création de nouvelles prestations de service au cours de la période récente (prestation de service d'accompagnement à la scolarité mise en place à partir de 1996, prestation de service destinée à financer les petites structures d'animation locale et prestation de service complémentaire dite « animation familiale » pour les centres sociaux créées toutes les deux en 1998) présente un caractère inflationniste et conduit à une dispersion des crédits.

Dans le cas des prestations à l'acte, qui sont les plus nombreuses, la CNAF maîtrise l'effet prix, par la fixation des coûts plafonds, mais l'effet volume lui échappe en grande partie.

Ce système présente ensuite un caractère uniforme et ne tient pas compte des ressources financières des communes dont dépendent les équipements. En cela, il n'incite guère les communes à faibles ressources à créer des équipements nouveaux, compte tenu du coût de fonctionnement qui reste à leur charge et crée par ailleurs des effets d'aubaine pour les communes disposant de moyens importants.

Ce système exige enfin un calibrage attentif des paramètres que sont les taux et surtout les coûts plafonds. Lorsque l'écart entre le coût de revient réel des structures et le coût plafond devient excessif, la contribution financière de la CNAF perd son caractère incitatif. Or, les caisses n'ont guère les moyens de maîtriser l'évolution des coûts de revient des structures conventionnées.

c) Une coûteuse réforme des prestations de service versées aux établissements d'accueil des jeunes enfants

Les dépenses de prestations de service ordinaires ont crû de 41 % entre 2001 et 2004. Plus de 80 % de cette croissance est imputable aux prestations de service versées aux structures d'accueil des jeunes enfants.

En effet, dans le domaine de la petite enfance, l'ordonnancement des prestations de service a été profondément modifié par la mise en place progressive de la prestation de service unique à partir de 2002. Peuvent y prétendre tous les établissements d'accueil des jeunes enfants de moins de quatre ans entrant dans le champ du décret du 1^{er} août 2000, qu'ils pratiquent l'accueil permanent (crèches) ou temporaire (haltes-garderies).

Cette réforme accroît substantiellement le prix plafond appliqué aux crèches (35,24 € par enfant accueilli en crèche collective, soit +23,6 % entre 2001 et 2004), aligne sur ce dernier le prix plafond appliqué aux haltes-garderies (multiplication par un coefficient de 2,6) et retient le principe d'une participation différentielle des caisses, déjà adopté depuis 2001 pour l'accueil permanent. Le taux de la prestation de service est porté de 30 % à 66 %, le montant total de la prestation de service ordinaire ainsi obtenue étant minoré par la CAF, du montant des participations des familles. Cette dernière mesure vise à favoriser les établissements situés dans des communes dont la population est constituée de familles aux faibles revenus, en rendant le niveau de la participation des familles neutre pour les gestionnaires : le « poids » de la modulation tarifaire en fonction du revenu des familles n'incombe plus aux structures et in fine aux communes qui les soutiennent, mais est assumé par les caisses.

La mise en place de la prestation de service unique a décloisonné l'accueil permanent et l'accueil temporaire et a développé le multi accueil. De ce point de vue, cette réforme va dans le sens des recommandations de la Cour.

Pour les parents, cette réforme est avantageuse. La substitution d'une tarification à l'heure réelle de présence de l'enfant au forfait journalier qui était appliqué jusqu'alors réduit le montant de leur participation financière et garantit une plus grande équité de traitement. En outre, l'assouplissement des conditions d'accès (suppression de la condition de double activité des parents et de celle d'une durée minimale d'accueil) et la généralisation du barème de participation des familles établi par la CNAF démocratisent l'accès aux structures. Ces effets positifs restent à confirmer à l'occasion du premier bilan qui sera dressé en 2006 par la CNAF.

Il est plus difficile d'apprécier dans quelle mesure la réforme a accru la couverture des besoins de garde existants. En effet, cette réforme a sans doute eu pour effet d'accroître l'offre d'accueil (amplitude horaire accrue, amélioration du taux d'occupation par la transformation de places d'accueil permanent sous-occupées en places multi accueil) dans des proportions qui ne sont pas mesurées à ce jour²²² mais elle a aussi révélé une demande qui n'était pas exprimée auparavant.

En revanche, les modalités de mise en place de cette réforme par la CNAF ont entraîné un coût élevé. Il n'est toutefois pas encore chiffré avec précision. D'une part, les derniers établissements potentiellement concernés ne sont passés à la prestation de service unique qu'au 1^{er} janvier 2006. D'autre part, la CNAF a conclu avec les gestionnaires qui enregistraient une baisse de recettes du fait du passage à la tarification à l'heure un « contrat d'objectif » leur garantissant durant trois ans le maintien du niveau de la prestation de service perçue. Le coût de ces contrats reste à évaluer.

Cette réforme s'est traduite en tout état de cause, sur la période 2001-2004, par un renchérissement de près de 40 % du montant moyen, par place d'accueil agréée, de la prestation de service versée aux établissements d'accueil de jeunes enfants (moins de quatre ans). En comparaison, les autres structures d'accueil des enfants tels que les centres de loisirs, y compris maternels (quatre à six ans), ne bénéficient

222. Avant la mise en place de la prestation de service unique, le taux d'occupation était calculé sur la base non des heures de présence réelles mais des journées réservées par les parents, ce qui rend vaine toute comparaison.

que d'un médiocre taux de subvention de la part des CAF²²³. Ils répondent pourtant à des besoins avérés, pour des coûts de fonctionnement sensiblement inférieurs (coût de revient de 27,25 € par jour contre 6,67 € par heure pour les crèches). Aujourd'hui, la politique de la CNAF privilégie plus que jamais la petite enfance.

d) Un contrôle insuffisant des structures financées

La CNAF s'était engagée dans la COG 2001-2004 à définir une politique nationale de contrôle des interventions d'action sociale. Or, s'ils ont progressé, les contrôles menés par les CAF sur les structures percevant une prestation de service ordinaire sont encore insuffisants et disparates.

Le contrôle de liquidation des prestations servies présente en particulier des déficiences. Le nombre d'actes réalisés par les structures percevant une prestation de service à l'acte est une donnée déclarative. Ce caractère déclaratif requiert au minimum, de la part des services de la CAF, un contrôle de cohérence qui n'est pas toujours sérieusement effectué.

L'intensité et la portée des contrôles sur place des structures financées sont inégales selon les caisses. Ces contrôles font apparaître que le barème tarifaire de la CNAF modulé en fonction des ressources se généralise dans les crèches, à la faveur de la mise en place de la prestation de service unique. En revanche, les tarifs appliqués dans les centres de loisirs sans hébergement restent passablement hétérogènes.

3 – Les contrats enfance et temps libre

a) Définitions

Le lancement par la CNAF du premier dispositif contractuel, le contrat crèche, en 1982, est né du constat que la dépense restant à la charge des communes, qui géraient les crèches ou en assuraient l'équilibre financier par leurs subventions au secteur associatif, demeurerait trop élevée après déduction de la prestation de service ordinaire versée par la CAF. Cela les dissuadait d'accroître leur parc à hauteur des besoins et des attentes des familles. Le contrat a été conçu comme un dispositif

223. En 2004, le prix plafond applicable aux centres de loisirs sans hébergement représentait 38 % du coût de revient moyen et le taux de la prestation de service était de 30 %. Le prix plafond appliqué aux crèches (collectives) représentait 80 % du coût de revient, et le taux de la prestation de service était de 66 %, contributions familiales déduites.

d'incitation au développement des capacités d'accueil, grâce à un financement additionnel aux prestations de service ordinaires.

Les contrats actuels, à savoir le contrat enfance qui couvre le champ de la petite enfance et le contrat temps libre qui couvre celui des loisirs des enfants et adolescents, sont construits sur le même schéma. La commune contractante s'engage à procéder à de nouvelles dépenses dans ces domaines, que ce soit sous forme de subventions à des équipements sociaux percevant déjà une prestation de service ordinaire, de subventions à des associations ou de dépenses en régie. Ces dépenses doivent se traduire par une amélioration quantitative ou qualitative du niveau de service offert aux familles. En contrepartie, la CAF cofinance ces dépenses nouvelles à hauteur de 50 à 70 %. L'assiette de la prestation de service contractuelle, à laquelle s'applique le taux de cofinancement prévu par le contrat, est définie de manière différentielle : ce sont les dépenses nouvelles qui sont prises en compte par rapport à l'état des lieux dressé au moment de la signature du contrat.

Par le biais des contrats, les CAF cofinancent non seulement l'accroissement des capacités d'accueil des équipements sociaux conventionnés (crèches, centres de loisirs), mais aussi des créations de postes d'animateurs ou de coordinateurs, ou encore des activités conduites par des prestataires associatifs.

Les contrats enfance et temps libre ont rencontré un succès croissant auprès des communes. En 2004, près de la moitié des communes étaient couvertes par l'un et l'autre contrats. En quelques années, le montant de la prestation de service moyenne par contrat a en outre considérablement augmenté, sous l'effet de l'accroissement de l'assiette des dépenses retenues dans les contrats et, dans une moindre mesure, de l'élévation du taux de cofinancement moyen des contrats. Au total, entre 2001 et 2005, les dépenses des caisses au titre des contrats enfance et temps libre sont passées de 440 M€ à 1 056 M€, soit une multiplication par 2,4.

Evolution du nombre des contrats enfance et temps libre

	2001	2002	2003	2004
Nombre de contrats enfance	3 364	3 725	4 240	4 630
Proportion des communes couvertes	23,9%	30,4%	37,2%	43,3%
Proportion d'enfants de moins de 6 ans concernés	62,2%	67,3%	73%	76%
Nombre de contrats temps libre	2 921	3 824	4 431	4 828
Proportion des communes couvertes	22,9%	31,4%	40,5%	46,7%
Proportion d'enfants de 6 à 16 ans concernés	36,5 %	45,0	53,1 %	62,0 %

Source : CNAF

L'appréciation à porter sur les contrats sous leur forme actuelle est sévère. En premier lieu, les dépenses qui en résultent ne sont pas maîtrisées. En deuxième lieu, les moyens affectés à ces dispositifs ont été répartis de manière insuffisamment sélective. Enfin, leurs résultats sont mal évalués.

b) Des dispositifs financièrement non maîtrisés

Une déresponsabilisation des caisses

La CNAF a choisi d'aligner le mode de gestion des dépenses liées aux contrats sur celui des prestations de services ordinaires, donc d'imputer les prestations de service contractuelles sur des crédits évaluatifs du FNAS.

Ce choix a déresponsabilisé les ordonnateurs de la dépense que sont les CAF. Ces dernières n'ont pas été incitées à limiter leurs engagements, ni à mettre en place des outils de prévision et de suivi de ces engagements, d'autant plus nécessaires pourtant qu'il s'agissait d'engagements pluriannuels. De fait, elles ont rempli cet objectif de développement des contrats au-delà des espérances de la CNAF. S'agissant des contrats temps libre, le taux de couverture, à savoir la proportion des enfants de 6 à 16 ans théoriquement couverts par un contrat temps libre, ressort en 2004 à 62 %, alors que l'objectif inscrit dans la COG n'était que de 50 %.

Les caisses n'ont pas non plus été incitées à se montrer sélectives dans le choix des contrats signés, ni dans celui des actions proposées par les communes, notamment sur la base d'une analyse de leur coût. Sans contrainte budgétaire, les caisses n'ont pas réellement négocié le contenu

des contrats signés avec les communes les plus importantes et ont été réduites au rang de financeurs passifs.

Des taux de cofinancement importants

Les taux de cofinancement de droit commun des contrats ont été fixés à des niveaux excessifs, dès lors qu'ils se sont rapidement appliqués non seulement à des actions nouvelles, dont on voulait susciter l'émergence par des taux incitatifs, mais aussi dans des proportions croissantes à des actions achevées et maintenues, 50 % à 70 % pour les contrats enfance, 50 % ou 60 % selon le caractère urbain ou rural de la commune pour les contrats temps libre. La modulation du taux de financement des contrats enfance en fonction du niveau de la dépense nette initiale par tête de la commune, qui vise à récompenser l'effort financier antérieur au contrat, a conduit mécaniquement à une élévation du taux de financement lors du renouvellement du contrat.

En outre, les dispositions adoptées par la CNAF pour faciliter la gestion des contrats concourent à majorer les taux effectifs : alignement du taux du contrat temps libre sur le contrat enfance lorsqu'il en existe déjà un, alignement du taux du contrat intercommunal sur le taux du contrat communal le plus favorable en cas de regroupement de communes, application du taux du dernier contrat aux mesures maintenues des contrats précédents, possibilité de dérogation au plafond des dépenses.

Enfin, il semble contestable d'appliquer un même taux de cofinancement quelle que soit la nature de l'action. Lorsque cette dernière porte par exemple, dans le cadre d'un contrat temps libre, sur la création de postes d'animateurs par la commune, l'application d'un taux de cofinancement par la CAF pouvant aller jusqu'à 70 % conduit cette dernière à prendre en charge, de fait, une grande part du coût salarial des intéressés.

Une croissance non maîtrisée des dépenses cofinancées

Le contrat crèche reposait sur le principe d'une prestation de service ordinaire majorée ciblée sur les places nouvelles créées. Les contrats enfance et temps libre ont adopté une autre logique. La prestation de service contractuelle versée à la commune signataire est désormais assise sur l'augmentation constatée de ses dépenses au titre du contrat. Concrètement, les dépenses dites nouvelles de la commune, c'est-à-dire les dépenses supplémentaires effectuées par cette dernière par rapport à celles enregistrées l'année antérieure à la signature du contrat sont

partagées entre la caisse et la commune en fonction du taux de cofinancement du contrat.

Consciente que cette méthode différentielle expose les caisses à financer des dépenses indues, la CNAF recommande aux caisses de chiffrer le coût des actions nouvelles prévues au schéma de développement en ne retenant que les dépenses se traduisant par une amélioration du service rendu aux familles et de dégager la participation de la commune, à l'aide des documents comptables fournis.

De fait, cette recommandation complexe à mettre en œuvre est appliquée diversement par les caisses. Généralement, elles procèdent à la liquidation de la prestation de service contractuelle sur la base d'un état certifié par les communes de leurs dépenses nouvelles détaillées par action, sans que les pièces à l'appui permettent un réel contrôle de l'assiette des dépenses retenues. En outre, lorsque les actions des contrats portent sur l'accroissement des capacités d'accueil de services et d'équipements sociaux percevant une subvention de fonctionnement ou d'équilibre des communes signataires, de nombreuses communes calculent le montant de leur dépense nouvelle sur la base de l'augmentation du montant de la subvention versée. Ce mécanisme conduit les caisses à cofinancer le renchérissement des coûts de revient des structures concernées, sans service supplémentaire.

Le dispositif contractuel mis en place par la CNAF présente là une notable différence avec le système des prestations de services ordinaires, qui prémunit les caisses contre l'augmentation du coût de revient des structures grâce au mécanisme des prix plafonds.

La Cour constate que les craintes émises en 1999 (cofinancement de dépenses indues liées notamment à une hausse des coûts de revient des structures) n'ont aucunement été prises en compte par la branche famille.

c) Des moyens répartis de manière ni équitable ni rationnelle

A la différence du système des prestations de service ordinaires, qui présente un caractère universel, les contrats introduisent, par construction, une inégalité entre les services et équipements (et donc entre les familles utilisatrices) selon qu'ils sont ou non couverts par un contrat et selon le taux de financement du contrat. Les crèches couvertes par un contrat enfance perçoivent en quelque sorte une double prestation de service (l'une au titre des prestations de service ordinaire, l'autre au titre des contrats), ce qui peut porter le taux de subvention de la caisse jusqu'à 60 %.

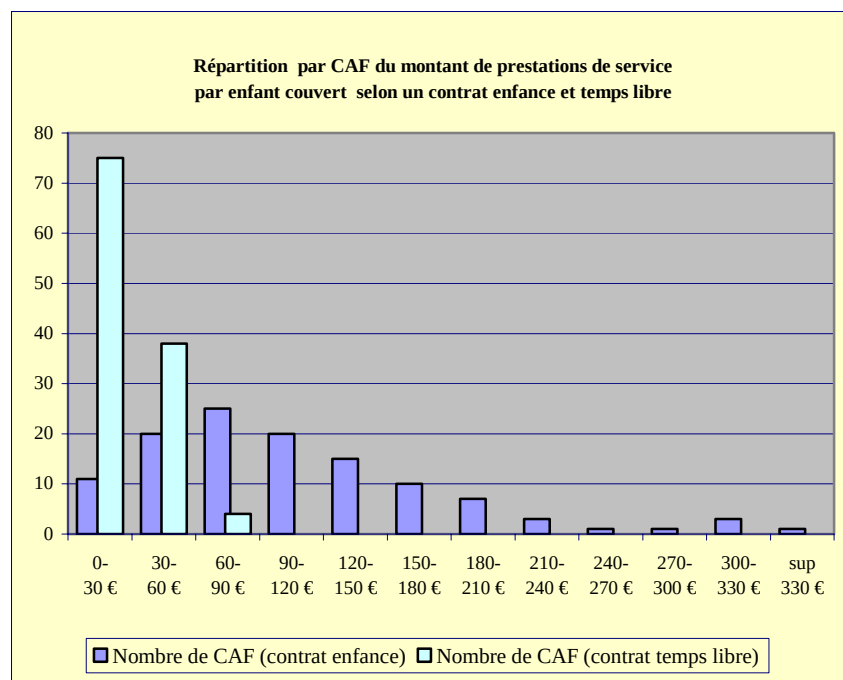
L'outil contractuel aurait pu être utilisé par les CAF pour avantager les communes aux faibles ressources en ciblant les contrats sur ces communes ou en modulant le taux de cofinancement du contrat en fonction des capacités financières des communes. Or telle n'a pas été la politique suivie par la CNAF. Toutes les communes volontaires ont pu bénéficier d'un contrat et le taux de financement des contrats n'est pas fonction de leurs ressources financières. Certes, le développement des contrats a profité en partie aux petites communes, qui bénéficient d'un taux légèrement majoré : à fin 2004, près de la moitié des contrats signés concernaient des communes de moins de 5 000 habitants. Mais les communes dont les moyens financiers sont importants ont été davantage aidées, dans la mesure où la contribution des caisses est proportionnelle à l'effort financier des communes.

Il n'est pas non plus démontré que les contrats aient profité aux communes dans lesquelles les besoins d'équipement étaient prioritaires. Des communes présentant un niveau de dépenses en faveur de la petite enfance ou du temps libre déjà élevé ont bénéficié du dispositif contractuel. Ainsi en 2004 14 % des contrats enfance affichaient une dépense initiale supérieure à 500 € par enfant²²⁴. Ces contrats existent dans la plupart des CAF et concernent aussi bien des communes importantes (Paris, Bordeaux, Lyon, Caen, Boulogne-Billancourt, Aix-en Provence, Mulhouse...) que des villes moyennes (Rodez (Aveyron), Gap (Hautes-Alpes), Aubagne (Bouches-du-Rhône), Auch (Gers), Colmar (Haut-Rhin)), des petites villes (Saint-Tropez (Var), Ciboure (Pyrénées-Atlantiques), Sarlat (Dordogne), Roscoff (Finistère)), ou des villages (Val d'Isère (Savoie), Polastron (Gers), Plancy-l'Abbaye (Aube), Sigoulès (Dordogne), ...).

En définitive, la politique contractuelle de la CNAF a suivi une logique de guichet ouvert plus qu'une logique sélective et redistributive qui aurait profité aux zones défavorisées. La cartographie des CAF qui dépensent par enfant les sommes les plus élevées dans le cadre des contrats enfance comprend une majorité des caisses (Quimper, Brest, Foix, Nice, Bayonne, Périgueux, Bordeaux, Auch, Poitiers, Chambéry) qui ne coïncide pas avec celle des zones et quartiers en difficulté (cf. graphique ci-après).

S'agissant des CAF de la région parisienne qui sont toutes monodépartementales, les écarts sont particulièrement importants entre les CAF de Rosny sous Bois (Seine Saint Denis 62 € par enfant) et de Nanterre (Hauts de Seine 50 € par enfant) et celles de Paris (277 € par enfant) d'Evry (Essonne 164 € par enfant), de Créteil (Val de Marne 149 € par enfant) et de Saint Quentin en Yvelines (Yvelines 144 € par enfant), les autres CAF occupant une position intermédiaire.

224. Dans 35 cas, le montant de la dépense est même supérieur à 1 000 € par enfant.



Les données communiquées par la CNAF retracent par CAF et par type de contrat le montant des dépenses comptabilisées en 2003 et 2004. Pour tenir compte des variations d'une année sur l'autre des montants comptabilisés, dues aux erreurs d'évaluation des provisions pour charges, c'est la dépense moyenne comptabilisée sur deux ans qui a été rapportée au nombre d'enfants couverts par les contrats (enfants de 0 à 5 ans pour les contrats enfance, enfants de 6 à 16 ans pour les contrats temps libre).

Les données ci-dessous ne concernent que les contrats enfance.

Moins de 30 € : CAF des départements de la Meuse, de la Creuse, de l'Aisne, de la Corse du Sud, de la Marne, de l'Orne, des Ardennes, de Lozère, du Cher, des Hautes Pyrénées, de Haute Corse.

30-60 € : CAF des départements du Nord (Maubeuge, Cambrai, Douai), d'Ille et Vilaine, de Vendée, de Moselle, de l'Ardèche, du Doubs (Montbéliard), de Seine-Maritime (Rouen), de Haute-Marne, du Pas-de-Calais (Calais), du Lot, de l'Aveyron, de Mayenne, de l'Indre, des Hauts-de-Seine, de l'Yonne, de l'Eure et Loir, de l'Oise (Creil), des Hautes-Alpes (Gap).

60-90 € : CAF des départements du Loir et Cher, de l'Aisne (Soissons), de l'Ain, de l'Allier, de Seine-Saint-Denis, du Cantal, de la Sarthe, de la Somme, du Loiret, des Pyrénées-Orientales, de Meurthe et Moselle, de l'Indre et Loire, de l'Aube, des Alpes-de-Hautes-Provence, du Var, des Landes, de la Haute-Saône, de Corrèze, de la Nièvre, du Calvados, du Puy de Dôme, des Deux Sèvres, de Charente, du Jura, de la Manche.

90-120 € : CAF des départements du Val-d'Oise, des Pyrénées-Atlantiques (Pau), des Vosges, du Pas-de-Calais (Arras), du Nord (Dunkerque, Armentières), du Morbihan, du Doubs (Besançon), de la Loire (Roanne), de l'Hérault (Montpellier), de la Saône-et-Loire, de Loire Atlantique, de l'Eure, de l'Aude, des Côtes-d'Armor, de Seine-et-Marne, de Maine-et-Loire (Angers), de Seine Maritime (Le Havre), de Haute Savoie, du Territoire de Belfort.

120-150 € : CAF des départements des Bouches-du-Rhône, de la Loire, de Haute-Loire, du Nord (Roubaix), de Charente-Maritime, de l'Ardèche (Aubenas), du Maine-et-Loire (Cholet), de l'Isère (Grenoble), de Haute-Garonne, de l'Hérault (Béziers), du Tarn et Garonne, du Rhône (Villefranche), du Vaucluse (Avignon), du Val-de-Marne, des Yvelines.

150-180 € : CAF des départements de Seine-Maritime (Elbeuf), du Tarn, de la Drôme, de l'Essonne, de l'Isère (Vienne), du Lot et Garonne, de Haute-Vienne, du Gard, du Haut-Rhin, de l'Oise (Beauvais).

180-210 € : CAF des départements du Nord (Lille, Valenciennes), du Bas-Rhin, de Savoie, de la Vienne, du Gers, de Gironde.

210-240 € : CAF des départements des Pyrénées-Atlantiques, de Dordogne, du Rhône (Lyon).

240-270 € : CAF du département des Alpes-Maritimes.

270-300 € : CAF du département de Paris.

300-330 € : CAF des départements du Finistère (Quimper, Brest), de l'Ariège.

Plus de 330 € : CAF du département de Côte d'Or.

d) Des résultats non mesurés et mal évalués

Les résultats quantitatifs à porter au crédit des contrats enfance et temps libre (accroissement des capacités d'accueil et du niveau d'activité des crèches et des centres de loisirs sans hébergement) ne sont pas connus.

L'évaluation qualitative des actions financées par les contrats est également insuffisante. Par exemple, de nombreux contrats ont retenu parmi leurs actions le développement de l'accueil périscolaire dans les centres de loisirs lors de la pause dite méridienne, voire l'organisation d'animations socioculturelles dans les écoles à ce moment de la journée. Le bilan coûts/avantages de ce type d'action reste à dresser. D'une manière plus générale, l'évaluation des actions relève trop souvent d'un exercice formel, insuffisamment rigoureux et documenté.

e) Vers une réforme nécessaire des contrats

La CNAF a pris diverses initiatives pour remédier à cette situation. Elle a accepté que la COG 2005-2008 signée en septembre 2005 prévoie un dispositif de suivi des dépenses²²⁵. Elle a surtout arrêté à la fin de l'année 2005 un premier train de mesures visant à maîtriser l'évolution des prestations de service contractuelles en mettant en œuvre une logique de crédits limitatifs et de sélectivité dans l'attribution de ces contrats. Ainsi, pour les nouveaux contrats signés à partir de 2006, le principe d'une enveloppe limitative de prestations de services contractuelles assignée aux caisses a été retenu et des critères de sélectivité ont été définis.

L'assignation aux caisses d'enveloppes limitatives de crédits pour honorer leurs engagements contractuels suppose cependant que les caisses aient les moyens de maîtriser la dynamique des dépenses contractuelles. A cette fin, les mécanismes de gestion des contrats doivent être modifiés. Une réforme en ce sens est à l'étude à la CNAF qui doit aboutir courant 2006.

La maîtrise de l'évolution des dépenses contractuelles suppose que soit élaboré pour chaque contrat un plan de financement valant plafond d'engagement pour la caisse cocontractante. Elle requiert en outre que soient définis des coûts de référence par type d'action, fût-ce sous forme de fourchettes, et que soit fixée une norme d'évolution stricte des

225. L'article 12-2 précise que « le suivi de l'évolution des prestations de service... est organisé dans le cadre de la procédure annuelle de suivi de la COG. Ce suivi vise à s'assurer que l'évolution est conforme à celle prévue à l'annexe 2 » (qui fixe le montant du FNASS).

dépenses relatives aux actions réalisées ou maintenues des contrats précédents qui continuent d'augmenter en raison du renchérissement des coûts unitaires.

Des mesures de révision des taux de cofinancement applicables s'imposent également : baisse générale des taux, différenciation du taux selon la nature des actions, dégressivité du taux dans le temps ou, à tout le moins, application d'un taux différent aux actions nouvelles et aux actions maintenues des contrats précédents.

Au-delà des mesures nécessaires à la régulation des dispositifs contractuels dans leur économie actuelle, la CNAF devrait envisager, plus radicalement, de modifier les modalités de calcul de l'assiette de la prestation de service contractuelle, compte tenu du risque financier inhérent à la détermination des « dépenses nouvelles » et de l'ampleur des moyens de contrôle que les caisses devraient déployer pour pouvoir contrôler sérieusement les états de dépenses produits par les communes.

C – Le rôle de la caisse nationale

1 – Un rôle d'encadrement à géométrie variable

Les prestations de service font l'objet de circulaires très précises de la CNAF. Dans ce domaine, la CNAF jouit même d'un pouvoir de nature quasi-réglementaire, puisqu'elle peut créer librement des prestations de service qui confèrent un droit de tirage financier à des tiers sur les crédits du FNAS. Ce pouvoir justifie que la tutelle soit exercée avec plus de vigilance. S'agissant des dispositifs contractuels élaborés par la CNAF (contrats enfance et contrats temps libre), les tutelles auraient dû s'interroger sur la pertinence des modalités techniques retenues, notamment le caractère non forfaitaire des engagements pris par les caisses.

Les directives de la CNAF sont beaucoup moins nombreuses et contraignantes s'agissant des aides versées par les caisses sur leurs dotations propres (aides individuelles, subventions au secteur associatif, gestion des oeuvres). La politique de désengagement de la gestion directe d'équipements sociaux affirmée par la CNAF se heurte aux résistances de certaines caisses.

En matière d'effectifs, la CNAF ne joue pas pleinement le rôle d'orientation et d'encadrement qui devrait être le sien, dans le respect de l'autonomie des caisses locales. Les effectifs de l'action sociale sont conséquents (8 537 ETP en 2005 en augmentation de 3,8 % par rapport à 2001). Mais leur répartition entre les divers métiers (conseillers techniques, travailleurs sociaux, métiers de la petite enfance...) et entre les caisses n'est aucunement satisfaisante. Ainsi, 12 CAF ne disposent pas de

conseillers techniques et 38 d'agents de la petite enfance. Selon les caisses, le nombre d'allocataires rapporté aux effectifs varie de 380 à 3 892, ce phénomène étant indépendant de la taille des CAF. De tels écarts entre les caisses sont excessifs et ne répondent à aucune logique. Dans certains cas, on peut s'étonner que les effectifs de travailleurs sociaux n'aient guère diminué depuis que les départements ont mis fin à la « polyvalence de secteur ». Une redondance partielle avec les services sociaux généralistes des départements est vraisemblable. La doctrine d'emploi du travail social spécialisé accompli par les caisses doit être mieux définie.

En matière de pilotage, la recherche dans la nouvelle COG d'une plus grande diversité dans la définition des indicateurs peut être relevée. À côté des indicateurs de développement (notamment le nombre de places agréées en crèche) apparaissent des indicateurs de gestion interne et des indicateurs de maîtrise des risques.

Enfin, une meilleure articulation, voire une simplification des outils locaux de cadrage de l'action sociale des caisses (schéma directeur d'action sociale, contrat pluriannuel de gestion, règlement d'action sociale), est souhaitable.

2 – Des remontées d'information insuffisantes

Le système d'information de l'action sociale (SIAS) qui sert à gérer et liquider les aides financières versées par les CAF au titre de l'action sociale présente encore bien des insuffisances : le processus de saisie des informations par les CAF n'est pas fiabilisé, les fonctionnalités de SIAS ne sont pas adaptées à la complexité des contrats, dont les calculs de liquidation sont souvent effectués hors de l'application²²⁶ et les requêtes statistiques et les possibilités d'extraction sont encore limitées. Surtout, cet outil n'est pas centralisé et la CNAF n'a pas aujourd'hui d'accès direct, à son niveau, aux données qu'il contient, et doit adresser des questionnaires aux CAF.

L'exemple du nombre de places agréées d'accueil des jeunes enfants dans les structures petite enfance illustre le manque de fiabilité des données recueillies par la CNAF sur la base des informations saisies par les CAF. Le chiffre de 307 633 places agréées en 2004 n'est pas considéré comme fiable et la CNAF a retenu un autre chiffre dans le texte de la COG (312 000).

226. En 2005, 73 caisses déclarent ne pas utiliser le module correspondant pour tous leurs contrats.

3 – Un suivi budgétaire et comptable déficient

Le suivi et la prévision des dépenses de prestations de service ordinaires versées par les caisses posent de sérieuses difficultés à la CNAF. Les caisses sont en effet tenues conformément au principe des droits constatés d'évaluer en fin d'exercice n les montants dus au titre de l'année considérée, sachant que ces montants ne seront liquidés qu'en $n+1$, à réception des comptes de résultat des structures financées.

La difficulté de prévision est encore accrue dans le cas des contrats car les caisses, et a fortiori la CNAF, n'ont pas une vision pluriannuelle des engagements à honorer au titre des contrats signés.

En l'absence d'un système de gestion centralisé et de pratiques de restitution, la CNAF ne dispose à son niveau que de données lacunaires et peu fiables et n'est pas en mesure de suivre et de prévoir l'évolution des dépenses de prestations de service de manière satisfaisante, bien qu'elle en soit responsable devant ses tutelles.

SYNTHÈSE

Dans le domaine de la garde des jeunes enfants, un partage des rôles semble s'être établi au sein de la branche famille entre les prestations légales qui solvabilisent les besoins de garde d'une grande partie des familles et les prestations de service de l'action sociale qui financent les crèches et autres structures d'accueil des jeunes enfants. L'intervention de l'action sociale pour financer des dépenses de fonctionnement permanentes ne correspond pas à sa logique subsidiaire et facultative. Ce constat devrait pouvoir conduire à une réflexion sur l'ensemble de ce dispositif et sur les avantages d'une fusion des prestations de service et des prestations légales ayant pour objet l'aide à la garde des jeunes enfants en vue d'une nouvelle prestation légale de garde versée aux familles, quel que soit le mode de garde retenu.

Dans l'immédiat, si les dépenses en faveur des structures d'accueil des jeunes enfants restent financées par les budgets d'action sociale, leur nature évaluative doit être remise en cause dès lors qu'elle n'est pas compatible avec un cadrage pluriannuel du FNASS et avec le déficit croissant de la branche famille. De même, afin de mieux remplir l'objectif d'augmentation du nombre de places, les modalités d'attribution des prestations de service devraient être revues afin d'en réserver le bénéfice aux communes dont les besoins et les ressources le justifient le plus. La CNAF a d'ores et déjà réorienté sa politique dans ce sens pour ce qui concerne les prestations contractuelles.

Le développement des contrats temps libre pose enfin la question du champ de compétence et de la pertinence de l'action sociale spécialisée de la branche famille qui semble se substituer aux communes dans

l'organisation des loisirs des enfants et adolescents et dans l'animation locale.

II - L'action sanitaire et sociale de la branche maladie

PRÉSENTATION

L'action sanitaire et sociale de la caisse nationale (CNAMTS) et celle des caisses locales (CRAM et CPAM) ont respectivement pour fondement les articles L. 221-4 et 262-1 du code de la sécurité sociale. Les arrêtés programmes relatifs aux caisses locales pris en application de l'article L. 262-1 datent du 27 octobre 1970 et sont en grande partie obsolètes.

En l'absence de définition légale et réglementaire suffisamment précise de l'action sanitaire et sociale, le fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) qui regroupe les crédits d'intervention de l'action sanitaire et sociale de la branche se voit imputer de nombreuses dépenses peu conformes à son objet.

L'action sanitaire et sociale se déploie à tous les niveaux géographiques de la branche et emprunte diverses formes, notamment le financement d'investissements dans le secteur sanitaire et médico-social, le travail social, les subventions au secteur associatif ou l'offre directe de soins par le biais de centres dentaires. L'essentiel de l'action sanitaire et sociale reste néanmoins l'attribution d'aides individuelles visant à faciliter l'accès aux soins des assurés sociaux en situation de précarité, et à favoriser le maintien à domicile des assurés malades et handicapés.

A – Les contours de l'action sanitaire et sociale

1 – L'hétérogénéité du FNASS

Le FNASS, alimenté par une fraction du produit des cotisations d'assurance-maladie, retrace des dépenses de plusieurs natures : la CNAMTS distingue les dépenses d'action sanitaire et sociale stricto sensu qui recouvrent des dépenses de fonctionnement (435 M€ en 2005), des dépenses en capital sous forme d'avances (115 M€ en 2005) et les dépenses liées aux actions dites conventionnelles (114 M€). Les dépenses de fonctionnement précitées font masse de dépenses obligatoires et de dépenses facultatives.

	2001	2005
Prestations obligatoires	191	238
Prestations facultatives	111	132
Sous-total caisses locales	302	370
Contribution à l'aide familiale à domicile gérée par la CNAF	55	59
Crédits gérés par la CNAMTS	6	7
Total dépenses de fonctionnement (1)	363	435
Dépenses en capital (2)	66	111
Total action sanitaire et sociale (3)=(1)+(2)	429	546
Actions conventionnelles	27	114
Total dépenses du FNASS	457	660

Source : CNAMTS (budgets réalisés)

Toutes les dépenses retracées dans le FNASS ne relèvent pas des champs de l'action sanitaire et sociale.

Ainsi les actions conventionnelles résultent des engagements pris par l'assurance maladie dans ses conventions avec les professionnels de santé, notamment en matière de formation médicale continue. Le regroupement dans un fonds spécifique distinct du FNASS de l'ensemble des financements réservés aux mesures conventionnelles n'a pas été mené à bien, en dépit des engagements pris dans la COG.

Les dépenses de fonctionnement d'action sanitaire et sociale recouvrent, pour plus de la moitié, des dépenses à caractère obligatoire, principalement les dépenses liées à la prise en charge des tickets modérateurs applicables aux malades atteints de certaines affections de longue durée (dites prestations de l'article 71-4 et suivants) et des frais d'hébergement et de transport afférents aux séjours en cure thermique sur prescription thérapeutique qui ont représenté, en dépenses inscrites et réalisées, respectivement 215 M€ et 19 M€ en 2005. Ces dépenses ne répondent pas à la définition de l'action sociale. Le transfert de ces dépenses sur le risque maladie est demandé depuis plusieurs années par la Cour ainsi que par la CNAMTS elle-même. Un décret en ce sens devait être publié au premier trimestre 2006.

Parmi les autres dépenses de fonctionnement d'action sanitaire et sociale, la subvention de fonctionnement annuelle versée par la CNAMTS à l'institut de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (IRDES, ex CREDES), de l'ordre de 3,5 M€, constitue un autre exemple de dépense qui n'a aucune raison d'être imputée au FNASS.

Un élément de clarification budgétaire a toutefois été enregistré dans le budget 2006 avec le transfert sur le FNAS de la branche famille de la contribution de la CNAMTS à l'aide à domicile aux familles en cas de maladie de la mère, qui figurait jusque-là sur le FNASS mais était entièrement déléguée à la CNAF. Cette contribution représentait 59 M€ en 2005, soit 13,6 % des 435 M€ de dépenses de fonctionnement d'action sanitaire et sociale.

En définitive, les dépenses d'action sanitaire et sociale librement gérées par la branche, abstraction faite des actions conventionnelles et déduction faite des dépenses obligatoires et de la contribution versée par la CNAMTS à la CNAF au titre de l'aide à domicile, ne se sont élevées en 2005 qu'à 139 M€ de dépenses de fonctionnement et 111 M€ de dépenses en capital²²⁷.

2 – Une action sociale complexe qui se déploie à tous les niveaux de la branche

L'essentiel de l'action sociale de la branche consiste aujourd'hui dans l'attribution d'aides individuelles favorisant l'accès aux soins des assurés. L'attribution de ces aides est de la compétence exclusive des caisses primaires. Elles ont représenté pour les seules CPAM (hors CGSS) 84 M€ en 2005, soit plus de 60 % des 139 M€ des dépenses d'intervention facultatives d'action sanitaire et sociale.

Outre ces aides individuelles, l'action sanitaire et sociale emprunte plusieurs formes d'intervention et se déploie à tous les niveaux géographiques de la branche, ce qui rend ses contours particulièrement complexes.

Ainsi, des subventions de fonctionnement au secteur associatif sont attribuées à tous les niveaux : national, régional, local. La CNAMTS gère une enveloppe de crédits d'intervention (7 M€ de dépenses en 2005), qu'elle affecte au financement d'associations nationales et subsidiairement à des actions de recherche. Les caisses régionales et locales versent des subventions à des associations qui oeuvrent dans le domaine de l'aide aux malades et aux personnes handicapées. Les caisses régionales financent en outre des structures telles que les foyers d'accueil pour les familles de malades hospitalisés ou les centres d'intervention et de conseils sur les aides techniques (CICAT) en faveur des personnes handicapées. Les dépenses d'intervention des CRAM ont représenté plus de 5 M€ en 2005, les subventions des caisses primaires au secteur associatif près de 7 M€.

227. A titre d'exemple, les aides techniques individuelles aux personnes handicapées ne représentent que 7,5 M€.

De même, le financement des œuvres et établissements propres de la branche intervient à plusieurs niveaux : les CPAM et les CRAM financent les œuvres créées par elles (centres dentaires, services d'éducation sanitaire, centres de santé²²⁸) sous forme de subventions d'équilibre ou d'avances en capital, tandis que les UGECAM (unions pour la gestion des établissements de caisse d'assurance maladie) financent les investissements des établissements sanitaires et médico-sociaux possédés par l'assurance maladie, dont la gestion leur a été transférée en 1999. Les avances en capital accordées aux UGECAM sur les crédits du FNASS se sont élevées à 57 M€ en 2005.

Deux formes d'intervention relèvent du seul échelon régional (CRAM) : le travail social, qui est assuré par les services sociaux régionaux des CRAM (financés sur le fonds de gestion administrative de l'assurance-maladie et non sur le FNASS) et la contribution à l'effort d'investissement des établissements du secteur sanitaire et médico-social non lucratif hébergeant des personnes âgées et des personnes handicapées, sous forme d'avances en capital. Les investissements des CRAM dans le secteur sanitaire et médico-social non lucratif ont été réduits en 2004 (52 M€ de crédits de paiement, mais seulement 27 M€ d'autorisations de programme) en attendant que soient précisées les évolutions en cours, liées à la création de la CNSA et des maisons départementales des handicapés. En 2004, la participation de l'assurance-maladie n'a ainsi représenté que 5,5 % des investissements du secteur sanitaire et médico-social non lucratif en faveur des personnes âgées.

B – Le rôle de pilotage de la caisse nationale

1 – La gestion budgétaire

Depuis la COG signée en 2000 entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2000-2003 (prolongée par avenant jusqu'en 2005), le budget du FNASS est fixé de manière pluriannuelle. Les crédits non consommés remontent à la CNAMTS en fin d'exercice, et leur report se fait au niveau national. Les caisses locales ne peuvent donc pas constituer de fonds de roulement. En revanche, en fin de COG les crédits sont annulés. Fin 2003 et fin 2005, les crédits de fonctionnement non consommés et annulés s'élevaient respectivement à 186 M€ et 84 M€.

A la suite du vote du budget initial du FNASS par le conseil d'administration de la CNAMTS, les caisses primaires reçoivent notification des crédits d'action sociale délégués par la caisse nationale,

228. Les centres de santé ne doivent pas être confondus avec les centres d'examen de santé qui dépendent des CPAM mais sont financés sur le budget de prévention et non sur le budget d'action sanitaire et sociale.

qui se décomposent en une dotation globale libre d'emploi, dite dotation paramétrique, une dotation individualisée destinée au versement d'aides techniques aux personnes handicapées, des crédits destinés à couvrir les dépenses dites obligatoires (prestations des articles 71-4 et suivants et cures thermales) et enfin des dotations dites spécifiques servant à financer la mise en œuvre locale d'actions nationales.

Les dotations spécifiques font l'objet d'abondements complémentaires en cours d'année, en fonction des besoins. Pour les dépenses obligatoires en revanche, lorsque les crédits prévus à cet effet sont insuffisants, les caisses sont autorisées chaque année par la CNAMTS à procéder au paiement sur leur trésorerie disponible et à enregistrer ces dépenses en compte d'attente, contre toute orthodoxie comptable.

La répartition des dotations paramétriques entre les caisses ne semble pas aujourd'hui épouser correctement les besoins. En 2005, le taux de consommation de la dotation paramétrique a varié entre 30 % et 100 % selon les caisses. De tels écarts ne peuvent s'expliquer par les seuls choix opérés par les conseils quant à la politique d'attribution des aides. La CNAMTS travaille à la définition de nouveaux critères de répartition qui pourraient se traduire par des transferts importants entre caisses.

De 2001 à 2004, la caisse nationale a scindé la dotation paramétrique en deux enveloppes : une enveloppe non affectée et une enveloppe de crédits individualisés pour favoriser l'accès aux soins des populations en marge de la CMU. La création de cette enveloppe affectée et les directives budgétaires qui l'ont accompagnée ont eu pour effet de minorer le taux de consommation des crédits (cf. infra).

2 – L'encadrement de l'action des caisses

La CNAMTS a encadré les pratiques des caisses en matière de subventions au secteur associatif en définissant des critères de recevabilité des demandes et des critères d'attribution. En 2005, le financement des associations oeuvrant dans le domaine de la lutte contre les dépendances et l'éducation sanitaire a été transféré du budget d'action sanitaire et sociale au budget de prévention des caisses.

La CNAMTS poursuit un objectif d'harmonisation des pratiques des caisses en matière de gestion des aides individuelles, tendant à la généralisation des modalités de calcul des ressources du demandeur retenues pour la CMUC (moyennant quelques adaptations de durée et de justificatifs) et à l'alignement des tarifs de remboursement pratiqués par les caisses sur ceux définis réglementairement pour la CMUC, mais les

orientations de la CNAMTS en la matière se heurtent à l'autonomie des caisses locales (cf. infra).

Pour le reste, les caisses ont une grande liberté d'organisation, notamment pour déterminer leurs effectifs affectés à l'action sociale qui, contrairement à ceux des CAF, émargent en totalité, sauf exception résiduelle, au budget administratif. Le nombre total d'agents travaillant pour l'action sociale est toutefois difficile à cerner car, aux 673 agents administratifs équivalent temps plein préposés à l'instruction et au traitement des aides, il conviendrait d'ajouter les agents polyvalents qui s'occupent à la fois d'action sociale et de prévention dans les caisses.

Les caisses jouissent aussi d'une grande liberté pour nouer des partenariats locaux, en particulier avec les départements, mais ces partenariats concernent davantage le domaine de la prévention que celui de l'action sociale.

3 – La mesure et l'évaluation des résultats des actions

La mesure et l'évaluation des résultats des actions pâttissent de l'insuffisance des données statistiques et de gestion dont dispose la CNAMTS en plus des données comptables. Les caisses utilisent chacune pour la gestion de l'action sanitaire et sociale un outil local propre dont les fonctionnalités statistiques sont inégalement développées et qui ne se prêtent pas à une normalisation et à une consolidation. Seul est mis en place depuis 2004 un codage par nature des aides individuelles liquidées.

La CNAMTS avait entrepris d'équiper les caisses d'un outil commun de gestion de l'action sanitaire et sociale qui aurait permis un suivi homogène. Ce projet, baptisé PARNASS, a été abandonné en 2001 en raison des difficultés techniques rencontrées. Le coût de cette opération qui a mobilisé d'importantes ressources internes et externes pendant plusieurs années reste inconnu.

C – La gestion des actions par les caisses

1 – L'attribution des aides individuelles

a) La diversité des aides

Plusieurs types d'aides individuelles sont attribués par les caisses primaires.

Les aides techniques visant à faciliter le maintien à domicile des personnes handicapées (aides à l'aménagement de l'habitat, matériel de déambulation...) ont été d'un montant peu élevé (7,5 M€ en 2005).

Des aides au maintien à domicile des malades atteints du sida ou de ceux requérant des soins palliatifs sont versées sur des crédits spécifiques délégués par la caisse nationale. Ces aides se sont élevées respectivement à 1 M€ et 4 M€ en 2005. La gestion de ces aides qui suppose la signature par les caisses de conventions avec des associations prestataires de gardes-malades ou de structures d'hospitalisation à domicile, fait l'objet d'un cadrage national.

Mais la majorité des aides individuelles versées par les caisses relève de la catégorie des secours, attribués après examen de la situation individuelle du demandeur : ces aides ont représenté 70 M€ en 2005. Une part importante des aides accordées vise à couvrir tout ou partie du montant des soins qui demeure à la charge de l'assuré après remboursement de l'assurance-maladie (ticket modérateur, forfait hospitalier, prothèses dentaires ou auditives, frais d'optique) ou des prestations ou produits non remboursés : produits pharmaceutiques, aide ménagère, frais de transport.

Les aides individuelles accordées par les caisses servent aussi, pour une part non négligeable, à soulager des difficultés financières (dettes de loyers, factures d'eau ou d'électricité, frais d'obsèques), dont le lien avec la maladie est parfois ténu. Des secours de cette nature semblent relever davantage de l'aide sociale facultative des collectivités territoriales (centres communaux d'action sociale) que de celle de la branche maladie

b) La disparité des pratiques des caisses

La « nouvelle gouvernance » mise en place par la loi du 13 août 2004, tout en réaffirmant la compétence des conseils en matière d'attribution des aides, invitait les administrateurs des caisses à se désengager de l'examen des demandes pour se recentrer sur la définition des orientations et des critères d'attribution et sur le contrôle et l'évaluation de la politique mise en œuvre, sur délégation, par le directeur. Peu de caisses se sont engagées dans cette voie, les administrateurs tenant à rester maîtres de la gestion des aides. Dans un souci de rationalisation du processus de traitement des demandes, une délégation minimale au directeur serait toutefois souhaitable, notamment pour les décisions de refus en cas d'irrecevabilité de la demande.

Une majorité de caisses utilisent un plafond de ressources et un barème pour l'octroi des aides financières mais se réservent le droit d'y déroger. Le plafond de ressources peut varier de 450 € à 1500 € mensuels pour une personne seule. La plupart des caisses ne retiennent pas les modalités de calcul du niveau de ressources applicables pour l'attribution de la CMUC et les règles adoptées sont très variables d'une caisse à l'autre (utilisation ou non d'un quotient familial, prise en compte ou non des charges), ce qui est susceptible d'engendrer des inégalités de

traitement entre assurés. Les barèmes des aides financières adoptés par les caisses en matière de frais optiques, dentaires et auditifs sont souvent supérieurs aux tarifs de la CMUC fixés par les arrêtés du 31 décembre 1999 modifiés.

c) Un positionnement à redéfinir, après la mise en place d'une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire

La politique d'attribution des aides individuelles des caisses a été perturbée depuis 2001 par la mise en place d'une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire²²⁹ pour les populations en marge de la CMUC. Cette mise en place a connu plusieurs étapes.

En 2001, la CNAMTS a demandé aux caisses locales à mettre en place un dispositif local d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire, pour prévenir les conséquences sur l'accès aux soins de l'effet de seuil dont risquaient d'être victimes les populations en marge de la CMUC²³⁰.

L'avenant à la COG signé le 7 mars 2002 a défini un dispositif national d'aide à la mutualisation, vers lequel les dispositifs locaux déjà mis en place étaient appelés à converger.

Les résultats du dispositif conventionnel d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire mis en place dans le cadre de la COG ont été décevants. Le montant de l'aide restait faible (115 € pour une personne seule) lorsque les départements n'abondaient pas le dispositif. Les contrats proposés par les organismes complémentaires qui répondaient au cahier des charges (remboursement sur les bases des prestations CMUC définies par les arrêtés du 31 décembre 1999 modifiés) laissaient un reste à charge important à l'assuré, dissuadant les bénéficiaires potentiels.

Pour pallier ces insuffisances, un dispositif légal d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire, dit crédit d'impôt, a finalement été substitué au dispositif conventionnel par la loi du 13 août 2004. La gestion financière de ce dispositif mis en place au 1^{er} janvier 2005, a été confiée au fonds CMU. Le rôle des caisses se borne désormais à instruire la demande et à délivrer l'attestation que l'assuré devra présenter à l'organisme complémentaire de son choix.

229. Cf. chapitre VII, p. 209.

230. Notamment les anciens bénéficiaires de l'aide médicale départementale à qui le droit à la CMUC a été accordé à titre transitoire en 1999 et prolongé à plusieurs reprises jusqu'au 31 décembre 2001. La mise en place des dispositifs locaux a souvent donné lieu à un partenariat avec les départements.

La mise en place d'une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire et le ciblage des aides classiques sur les populations en marge de la CMUC ont affecté la visibilité des caisses quant aux crédits dont elles pouvaient disposer librement pour attribuer des aides individuelles dans le cadre défini par les conseils. Au sein de la dotation paramétrique, une enveloppe a en effet été réservée à partir de 2001, à l'accès aux soins des populations dont les ressources n'excédaient pas 10% (jusqu'en 2003) puis 12,7 % (en 2004) du plafond de ressources de la CMUC. Les caisses ont été tenues d'imputer sur cette enveloppe les seules aides à l'acquisition d'une couverture complémentaire et celles visant à couvrir, dans les limites des prestations et des tarifs de la CMUC, les soins restant à la charge des personnes n'ayant pas opté pour le dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire.

Les caisses ont faiblement utilisé leurs enveloppes affectées (32 % en 2001 et 2002, 26 % en 2003), ce qui a minoré le taux de consommation globale des dotations paramétriques (de 73 % en 2000 à 55 % en 2001 puis 50 % environ en 2002 et 2003). Ce taux est remonté en 2004 en raison, d'une part, de la décision de la CNAMTS d'autoriser la fongibilité des deux enveloppes et, d'autre part, de la baisse des crédits disponibles (140 M€ au lieu de 258 M€ en 2003), les crédits non consommés fin 2003 n'ayant pas été reportés.

En 2005, la mise en réserve au niveau national de 70 M€ au titre du financement du crédit d'impôt en début d'exercice a minoré le montant des crédits disponibles pour l'attribution des aides individuelles et de nombreuses caisses ont été conduites à revoir leurs critères ou barèmes d'attribution dans un sens plus restrictif. Finalement, compte tenu de la montée en charge plus lente que prévu du crédit d'impôt, une partie de l'enveloppe de 70 M€ mise en réserve pour son financement a été reversée aux caisses sous forme de crédits complémentaires notifiés en octobre. Ils n'ont été que très partiellement consommés par les caisses, les administrateurs n'ayant pas souhaité modifier leur politique d'attribution des aides en fin d'année.

Au-delà du manque de visibilité budgétaire dont les caisses ont pâti, il apparaît que la mise en place d'une aide à l'acquisition d'une couverture supplémentaire ne s'est pas traduite par des directives suffisamment claires et cohérentes de la caisse nationale quant aux nouvelles priorités de la politique d'attribution des aides individuelles.

Les récentes orientations adoptées par la caisse nationale dans la perspective de la nouvelle COG distinguent trois populations susceptibles de bénéficier d'aides individuelles :

- les personnes bénéficiant de la CMUC ou du dispositif légal d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé, pour les

prestations sanitaires qui ne seraient pas couvertes par les dispositifs légaux ;

- les personnes ayant opté pour le dispositif légal d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé pour compléter, sur une période transitoire, leur participation au paiement de la cotisation d'adhésion à un organisme complémentaire ;
- les personnes ne bénéficiant pas du dispositif légal d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé.

Ces orientations manquent de précision et de cohérence, et ne définissent pas une politique de branche. Aucun ordre de priorité n'est établi entre ces trois populations qui, prises ensemble, couvrent potentiellement l'ensemble des assurés.

En effet, la CNAMTS ne dit pas si elle entend désormais privilégier, dans une logique d'action sociale subsidiaire aux dispositifs légaux, les populations en marge de la CMUC et du crédit d'impôt, c'est-à-dire les populations dont les ressources se situent au-dessus du plafond CMUC + 15%, ou si la couverture des besoins résiduels²³¹ des assurés bénéficiant de la CMUC ou du crédit d'impôt reste pour elle prioritaire.

La possibilité reconnue explicitement aux caisses de compléter l'aide légale à l'acquisition d'une couverture complémentaire par des aides individuelles « transitoires » au paiement des cotisations ou primes d'assurance paraît peu cohérente sur le plan pratique.

Enfin, aucune directive n'est donnée aux caisses quant à l'opportunité d'accorder des aides individuelles aux personnes remplissant les conditions de ressources pour bénéficier du crédit d'impôt mais n'ayant pas souhaité adhérer au dispositif.

A ce stade, il est difficile de savoir quel sera l'impact de la création d'une aide légale à l'acquisition d'une couverture complémentaire (pouvant bénéficier potentiellement à quelque deux millions d'assurés) sur les demandes d'aides individuelles adressées aux caisses. La montée en charge du crédit d'impôt et la généralisation de la couverture complémentaire parmi les assurés en marge de la CMUC pourraient à terme amener la branche à redéfinir les objectifs et les publics visés, voire à redéployer des crédits.

231. Cette couverture des besoins résiduels concerne la prise en charge des prestations sanitaires non comprises dans le panier de biens CMUC ou, pour les bénéficiaires du crédit d'impôt qui ne peuvent se prévaloir auprès des professionnels de santé de l'opposabilité des tarifs réglementaires de la CMUC, de la prise en charge de tout ou partie des dépassements tarifaires fréquemment pratiqués sur les soins dentaires, optiques ou auditifs.

2 – L'offre directe de soins

Certaines caisses locales d'assurance maladie gèrent des œuvres relevant de l'action sanitaire et sociale. Quelques unes de ces œuvres, tels que les services de prévention et d'éducation à la santé, ne sont que des services individualisés des caisses et tirent toutes leurs ressources d'une subvention de fonctionnement. D'autres, comme les centres de santé ou les centres dentaires, exercent une véritable activité de production de soins. Les subventions d'équilibre versées par les CPAM à leurs œuvres se sont élevées à 6,2 M€ en 2005.

Les 24 centres de santé dentaire gérés par les CPAM sont fréquentés par une proportion importante de bénéficiaires de la CMUC, le prix moyen des soins prothétiques (hors tarifs réglementaires appliqués aux bénéficiaires de la CMUC) y est inférieur à celui des soins dispensés par les dentistes libéraux. La vocation sociale de ces centres semble donc établie. Elle pourrait toutefois être renforcée par la généralisation de la pratique du tiers payant sur la part complémentaire. En revanche, l'équilibre d'exploitation de ces centres est précaire (le déficit moyen s'élève à 0,11 M€ en 2005 et le déficit global à 1,87 M€, soit 4,5 % du chiffre d'affaires) et des efforts de rationalisation des coûts sont nécessaires : respect d'une taille critique minimale, mode de rémunération des personnels plus adapté, fermeture des laboratoires de prothèses internes peu rentables. Il en va de même pour les centres de santé dont certains sont structurellement déficitaires.

La seule source de financement des déficits d'exploitation de ces centres est à l'heure actuelle la dotation paramétrique des CPAM. Une ligne budgétaire spécifique, hors de la dotation paramétrique, permettrait de retracer plus clairement le coût de ces centres. Dans une même logique de transparence des coûts, l'apurement des déficits passés inscrits en report à nouveau est également souhaitable.

3 – Les subventions aux associations

Les associations financées par les caisses au titre de l'action sanitaire et sociale font systématiquement l'objet d'un conventionnement prévoyant les conditions d'un contrôle d'emploi des fonds. En revanche, peu font l'objet d'un contrat d'objectifs. Le transfert du financement des associations oeuvrant dans le domaine de la prévention sur le budget du FNPEIS, qui doit s'achever en 2006, a conduit à un recentrage sur les associations d'aide aux malades et aux personnes handicapées

4 – Le travail social

Le travail social relève dans la branche maladie des services sociaux régionaux qui sont rattachés aux CRAM, même si dans les faits 82 % des effectifs (2 916 équivalents temps plein, dont 60 % d'assistantes sociales) sont implantés auprès des CPAM, au siège ou dans les autres sites. L'action du service social est très autonome et la collaboration avec les CPAM recouvre essentiellement l'instruction de certains dossiers de demandes d'aides individuelles et la participation aux commissions d'attribution. Des conventions de partenariat interne lient les CPAM et le service social régional, notamment une convention par laquelle la CPAM s'engage à signaler au service social les assurés ayant besoin d'un accompagnement social.

Il devrait être envisagé de confier aux directeurs des caisses primaires la gestion des effectifs des services sociaux oeuvrant dans leurs services pour améliorer la cohérence de l'action sociale que l'autonomie des services sociaux ne favorise pas. Dans les caisses, un vide semble exister entre la fonction d'aiguillage et de renseignement assuré par les agents d'accueil et la fonction d'accompagnement social exercée par les travailleurs sociaux sur la base de leurs propres critères d'intervention. Certaines caisses ont cherché à combler ce manque en créant des postes de « délégués sociaux ».

SYNTHÈSE

Le FNASS qui doit retracer les crédits d'intervention d'action sanitaire et sociale de la branche, héberge toujours indûment des dépenses étrangères à son objet, ce que la Cour a maintes fois critiqué.

Les pratiques des caisses en matière d'attribution d'aides individuelles restent fort hétérogènes, en dépit des orientations de la caisse nationale visant à leur harmonisation. Le suivi de gestion et l'évaluation des résultats butent sur l'absence d'un système d'information centralisé.

Depuis la création de la CMU, la cible privilégiée des aides individuelles de droit commun (hors aides spécifiques, principalement destinées aux personnes handicapées) est constituée des populations en marge de la CMUC. La mise en place tâtonnante de dispositifs d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire n'a pas facilité la définition d'une politique claire des caisses en la matière. L'instabilité budgétaire qui a résulté de la succession des dispositifs, puis dernièrement les retards pris dans la négociation de la nouvelle COG ont concouru à altérer la visibilité budgétaire dont doivent pouvoir bénéficier les caisses quant aux moyens disponibles sur leur dotation globale libre d'emploi dite dotation paramétrique. La mise en place d'une aide légale à l'acquisition d'une couverture complémentaire n'a pas été accompagnée d'orientations

suffisamment claires de la CNAMTS quant aux nouvelles priorités à suivre dans l'attribution des aides individuelles. La montée en charge du crédit d'impôt pourrait toutefois conduire la branche à revoir à terme sa politique en la matière.

L'action des services sociaux rattachés aux caisses régionales, qui porte essentiellement sur l'évaluation des besoins et l'accompagnement individuel, est très autonome au sein de la branche, ce qui ne favorise pas la cohérence de l'action sociale menée. Le rattachement aux caisses primaires des travailleurs sociaux affectés à la branche maladie pourrait être envisagé.

Certains volets de la politique d'action sociale des caisses, tels que la politique d'aide aux établissements d'hébergement ou la politique d'aide aux personnes handicapées, pourraient évoluer. Le nouveau contexte créé dans le champ de la dépendance et du handicap par la création de la CNSA et les maisons départementales des handicapés n'est en effet pas encore stabilisé.

III - L'action sociale de la branche retraite

La CNAVTS exerce une action sanitaire et sociale en faveur de ses assurés (art. L. 222-1). Mais elle intervient dans un contexte complexe, à titre facultatif et complémentaire, notamment de l'aide sociale légale et de l'action facultative des collectivités territoriales. A cet égard, la période récente, caractérisée par la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dont la gestion a été confiée aux départements, a accru les incertitudes sur la place de l'action sociale des caisses de retraite²³² et conduit la CNAVTS à redéfinir et redéployer ses aides vers les retraités les moins dépendants, évalués en GIR 5 et 6 sur la grille nationale AGIR²³³.

232. Le nouveau contexte créé par la création de l'APA a été analysé de manière approfondie par la Cour dans le rapport particulier sur les personnes âgées dépendantes de novembre 2005.

233. La grille nationale AGGIR (autonomie gérontologie groupes iso-ressources) est destinée à évaluer le degré de perte d'autonomie et le degré de dépendance des personnes âgées dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens. Les personnes âgées sont classées en six groupes iso-ressources dits GIR. Seuls les quatre premiers niveaux de GIR de la grille (1 à 4) ouvrent droit à l'APA.

A – Les modalités classiques de l'action sociale

La CNAVTS assure environ 40 % des dépenses d'action sociale des principaux régimes de retraite (non compris les régimes gérés directement par les employeurs). Les crédits dont elle dispose sont regroupés dans le budget du fonds national d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées (FNASSPA) encadré par la convention pluriannuelle d'objectifs et de gestion signée avec l'Etat. En 2005, ils se sont élevés à 345 M€. Les dépenses consistent en des aides individuelles pour 83 % et des aides immobilières destinées aux structures d'accueil pour 17 %.

1 – La prédominance des aides individuelles favorisant le maintien à domicile

Le maintien à domicile des personnes âgées est depuis longtemps le fil conducteur de l'action sociale de la CNAVTS.

a) Les aides individuelles favorisant le maintien à domicile

Au sein des aides à la personne, la prestation d'aide ménagère constitue l'outil majeur du maintien à domicile. Elle représentait 234,6 M€ en 2005, soit 68 % des dépenses d'action sociale. Cette aide bénéficie à plus de 300 000 retraités relevant du régime général. Elle consiste dans le versement direct à des organismes prestataires de services d'une partie du prix des heures d'aide ménagère effectuées chez un retraité, versement calculé en fonction de ses ressources. En dépit du cadrage effectué par la CNAVTS, des variations importantes sont constatées dans le ratio d'aide par bénéficiaire, puisque celui-ci a varié en 2003 entre 61 heures (CRAM de Lille) et 110 heures (CRAM de Marseille).

Des aides dites techniques (23,2 M€) sont encore attribuées par la branche pour financer des travaux d'aménagement de l'habitat ayant pour finalité de favoriser le maintien à domicile. Là aussi de fortes variations sont constatées chaque année (718 € par bénéficiaire à la CRAM de Dijon et 1 777 € à celle de Lille en 2003). D'autres aides techniques susceptibles de faciliter l'autonomie des retraités (prothèses, aides à la déambulation...) relèvent de l'action sociale de la branche maladie, au titre du handicap.

b) Une action immobilière modeste

L'aide à l'hébergement occupe une place restreinte dans l'action sociale de la branche : les dépenses à ce titre s'élevaient à 63,3 M€ en

2005, soit 18,4 % du total. Cette aide se traduit par l'octroi de prêts de longue durée sans intérêt pour la création ou la modernisation d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à condition que les établissements soient à but non lucratif et que le taux de participation de la branche retraite soit compris entre 7 et 16 % du coût total. Cela permet ainsi aux CRAM de définir des priorités adaptées au contexte local.

En contrepartie, des places doivent être réservées aux ressortissants du régime. Le contrôle de l'effectivité de cette condition ne semble pas effectué. Mais il est vrai que la gestion de tels systèmes de réservation au profit de différents financeurs est difficile à assurer sur longue période par les établissements.

Au total, la contribution de la branche retraite au financement du parc des établissements d'hébergement des personnes âgées (EHPA) est relativement marginale : en 2003 et 2004, la CNAVTS n'a cofinancé que respectivement 10,3 % et 7,8 % des investissements sanitaires et sociaux en faveur des personnes âgées. Cependant, les CRAM disposent également de crédits en provenance de l'assurance maladie au titre de la médicalisation des maisons de retraite.

2 – Une réduction des dépenses inférieure à celle du nombre des bénéficiaires directs

L'ouverture des droits à l'APA à un public plus large que celui de la prestation spécifique dépendance qui l'a précédée, notamment l'extension de l'APA aux personnes classées en GIR 4, a retiré de facto aux caisses de retraite la prise en charge de l'aide ménagère qui était accordée à un nombre important de personnes dépendantes vivant à leur domicile ²³⁴. La CNAVTS s'est en conséquence recentrée sur les personnes classées en GIR 5 et 6.

Les heures d'aide ménagère réalisées ont logiquement été affectées par ce recentrage : elles sont passées de 37 millions en 2001 à 21,6 millions en 2005, soit une réduction de 41 %.

Les dépenses d'aide ménagère n'ont suivi cette baisse que dans un premier temps, avant de remonter, en raison de l'augmentation du coût moyen de l'heure : 306 M€ en 2001, 259,6 M€ en 2002, 200,4 M€ en 2003, 231 M€ en 2004, 234,6 M€ en 2005, soit une diminution de 23,3 %.

A l'initiative des pouvoirs publics, une convention collective unique de branche a en effet été signée le 29 mars 2002 visant à la

234. 232 000 personnes vivant à domicile sont actuellement classées en GIR 4.

professionnalisation et à une meilleure rémunération des associations prestataires d'aide ménagère. Le financement de cet accord de branche s'est traduit par une revalorisation progressive de 2,77 € (+19,91 %) du montant de la participation horaire de la CNAVTS entre juillet 2003 et juillet 2006. Le surcoût pour la branche a été financé par une réserve inscrite au budget du FNASSPA dans le cadre de l'avenant à la COG des années 2003 et 2004.

Les difficultés rencontrées par la CNAVTS pour évaluer le coût horaire moyen de l'heure d'aide ménagère au moment du vote du budget ont conduit à une sous-consommation des crédits en 2003 (taux d'exécution des crédits d'aide ménagère de 72 %, pour un taux d'exécution des heures d'aide ménagère de 89,2 %). La situation s'est améliorée en 2004 et en 2005 (taux d'exécution des crédits de 95,5 %, taux de consommation des heures de 98 % en 2005).

Il faut enfin rappeler qu'en contrepartie de la baisse de sa charge d'aide ménagère, un transfert (62 M€ en 2005) a été imposé à la CNAVTS au profit du fonds de financement de l'APA (FFAPA), désormais absorbé dans la CNSA.

En raison de ce transfert, la dépense de la CNAVTS en prestations d'aide ménagère n'a diminué en définitive que de 3 % entre 2001 et 2005.

B – La mise en œuvre des nouvelles orientations

La COG 2001-2004 ne contenait pas d'orientations précises concernant l'action sociale, compte tenu du contexte de faible visibilité qui prévalait en 2001. Les nouvelles orientations de l'action sociale de la branche ont été définies dans l'avenant signé pour les années 2003 et 2004 et surtout dans la nouvelle COG 2005-2008.

1 – Les dispositions de la nouvelle COG.

La COG a fixé plusieurs actions prioritaires : notamment mieux connaître les attentes et les besoins des retraités, développer un dispositif d'évaluation globale de leurs besoins et organiser des plans d'actions personnalisés pour le maintien à domicile.

a) L'amélioration de la connaissance de la population cible et des besoins des retraités

La nouvelle cible de l'action sociale de la CNAVTS définie par la COG correspond à l'ensemble des retraités des GIR 5 et 6 fragilisés, notamment en raison de leur niveau de ressources, de leur isolement social, de leur avancée en âge, de leur état de santé ou de leurs conditions

de vie. Il s'agit de développer à leur profit une démarche de prévention de la dépendance. Pour cerner cette cible, qui s'étend au-delà des bénéficiaires actuels des aides versées par la branche, la CNAVTS a entrepris d'élaborer des critères dits de fragilisation

Cela confirme que les orientations nouvelles, conçues en réaction au bouleversement des actions traditionnelles, reposent sur une évaluation insuffisante des actions déjà menées et des besoins des retraités les moins dépendants, nouvelle cible de la CNAVTS.

b) Le développement du dispositif d'évaluation globale des besoins d'une personne.

Un nouveau circuit de demande est expérimenté depuis 2003. La demande d'aide est adressée à l'un des points d'accueil déterminés par la CRAM, celle-ci adressant ensuite une demande d'évaluation à des structures préalablement conventionnées qui lui soumettent une proposition de plan d'aide personnalisé.

Sur le plan des principes, les améliorations apportées par ce dispositif sont notables : il substitue un examen global des besoins à une instruction par type d'aide et opère une saine séparation entre l'évaluation des besoins et la prestation effective de l'aide, jusqu'à présent effectuées par les mêmes associations prestataires.

La CNAVTS a prévu de développer cette nouvelle procédure pendant la période 2005-2008. Un indicateur de résultats a été défini pour mesurer la montée en puissance du dispositif. Pour 2005, l'objectif fixé (15 % des demandes évaluées selon cette nouvelle procédure) semble avoir été atteint. La généralisation de ce nouveau dispositif dépendra toutefois de la capacité des caisses à mobiliser les intervenants qualifiés et adaptés : équipes médico-sociales des services sociaux, centres locaux d'information et de coordination (CLIC), structures spécialisées, voire associations de prestataires d'aide ménagère, dans des conditions qui restent à préciser.

En tout état de cause, ce dispositif nécessite une coordination avec les départements, pour l'harmonisation des dossiers de demande et la reconnaissance mutuelle des évaluations.

c) La mise en place de plans d'actions personnalisés (PAP)

La procédure d'évaluation globale des besoins doit déboucher sur l'élaboration d'un PAP qui peut recourir aux différents types d'interventions classiques de la caisse (aide ménagère, garde à domicile, aides techniques liées au logement) mais aussi à des prestations nouvelles que la CNAVTS cherche à développer.

Depuis 2003, elle expérimente deux nouvelles prestations visant à offrir des alternatives à l'hébergement permanent : l'aide à l'hébergement temporaire, destinée à pallier l'absence temporaire des aidants non professionnels (membres de la famille) et l'aide au retour à domicile après hospitalisation.

Le développement de l'aide à l'hébergement temporaire bute sur la rigidité de l'offre : les structures d'hébergement permanent n'estiment pas rentable de dégager des places d'hébergement temporaire qui n'auront qu'un faible taux d'occupation et les structures spécifiques sont rares.

L'aide au retour à domicile après hospitalisation a été créée en 2003 et concerne les personnes pour lesquelles un diagnostic de récupération a été formulé au cours de l'hospitalisation. Elle présente toutefois un risque avéré de redondance avec l'APA d'urgence.

Au-delà des aides, traditionnelles ou nouvelles, mises en oeuvre par la branche sous forme de prestations, l'idée du PAP est de pouvoir proposer des formules plus souples recourant aux services marchands à la personne : transport et accompagnement, portage de repas, soutien psychologique. Le nouveau cadre juridique relatif aux services à la personne ouvre de ce point de vue des perspectives. Mais cela suppose de susciter et de structurer l'offre. En tout état de cause, les modalités de ces nouvelles formes d'intervention (nature et qualité des intervenants, modalités de financement, conditions de suivi et d'évaluation des prestations) restent à définir.

2 – La difficile réorientation des aides traditionnelles vers les personnes les moins dépendantes (classées en GIR 5 et 6)

a) Les aides à la personne

Le recentrage des aides sur les personnes classées en GIR 5 et 6 concerne essentiellement l'aide ménagère. Il n'en est pas de même pour les aides techniques (aides à l'amélioration et l'adaptation de l'habitat) et pour l'aide à l'hébergement temporaire qui peuvent être accordées à des personnes relevant des GIR 1 à 4. La CNAVTS précise que cette possibilité répond à une demande des ministères considérant que les plafonds de l'APA peuvent ne pas permettre de couvrir la totalité des besoins des personnes lourdement dépendantes.

b) Les aides immobilières

Le souci développé dans la COG 2005-2008 de contribuer à financer des lieux de vie diversifiés, évolutifs et adaptés à des personnes fragilisées classées en GIR 5 et 6 paraît inspiré de l'idée que ces

personnes souhaitent être hébergées, ce qui reste à vérifier. A l'inverse, l'aide à l'hébergement des plus dépendantes demeure indispensable car l'APA ne finance pas la modernisation ou le développement de l'hébergement des personnes en GIR 1 à 4. Or, les vrais besoins sont plutôt dans la médicalisation des établissements et dans la prise en charge des malades atteints de maladies dégénératives, mal repérables par la grille AGGIR.

En outre, la mise en œuvre de ces orientations se heurte non seulement à l'inévitable inertie des projets immobiliers déjà engagés mais aussi aux incertitudes relatives au rôle dévolu à la CNSA en matière de politique d'aide aux établissements d'hébergement. Enfin, la règle qui impose aux caisses de n'aider que les établissements dont le GIR moyen pondéré des personnes hébergées est supérieur à 300 (ce qui suppose la présence de personnes classées en GIR 1 à 4) est directement contradictoire avec le ciblage des aides sur les GIR 5 et 6

C – La gestion de l'action sociale

1 – Les dotations des CRAM

Près de 90 % des crédits d'action sociale du FNASSPA sont délégués par la CNAVTS aux CRAM. Les dotations d'action sociale sont réparties entre les CRAM selon une règle sommaire, à savoir en fonction du nombre de retraités âgés de 75 ans et plus du régime général. De nouveaux critères de répartition fondés sur des indicateurs de besoins doivent être définis dans le cadre de la nouvelle COG, en tenant compte de la nouvelle population cible, à savoir les retraités fragilisés relevant des GIR 5 et 6.

Depuis 2003, les règles budgétaires définies par la COG autorisent les reports de crédits. En 2003 et 2004, ces reports ont été gérés par la CNAVTS de manière « mixte » : une partie des crédits était reportée au niveau régional et une autre partie au niveau national, ce qui permettait des redéploiements entre les caisses. La tutelle considère cette règle comme la plus efficiente. Non inscrite dans la COG, elle a pourtant été remise en cause dès 2005 par la CNAVTS en raison de l'étroitesse des marges de manœuvre sur les crédits d'aide ménagère, privant les caisses d'une maîtrise budgétaire pluriannuelle. L'ambition de la CNAVTS pendant la durée de la COG est de lier les reports de crédits au niveau régional à l'atteinte des objectifs appréciée en application des indicateurs prévus dans la COG.

Les règles de répartition des dotations entre caisses et les modalités de gestion des reports appliquées jusqu'à présent conduisent à une distribution des dotations par bénéficiaire potentiel de l'action sociale très

inégal d'une caisse à l'autre. Si l'on rapporte la dotation régionale au nombre de personnes âgées de 75 ans et plus, les écarts entre les CRAM dont les données sont homogènes, vont du simple au double. En 2003 elle variait entre 75 € dans la CRAM de Paris, et 153 € dans celle de Lille. Une partie seulement de ces écarts peut s'expliquer par des motifs économiques, puisqu'il s'agit d'aides sous conditions de ressources.

2 – Les ressources humaines

Environ 360 agents travaillent dans les services administratifs des 14 caisses régionales et de la CNAVTS pour gérer l'action sociale, soit 2,5 % des 14 500 agents de la branche. Leur nombre et leur taux d'encadrement varient fortement d'une CRAM à l'autre, sans que cela soit proportionnel à la population cible. Ainsi, la CRAM des Pays de la Loire a un agent pour près de 20 000 retraités de plus de 75 ans et celle de Normandie un pour 8 500. Pour le taux d'encadrement, l'amplitude va de 8 % (Clermont-Ferrand) à 36 % (Paris) des effectifs. De tels écarts doivent être explicités, ce qui n'est pas le cas actuellement.

3 – Le cloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur social

Dans la majorité des CRAM, le service administratif regroupe les agents qui gèrent l'ensemble des crédits d'action sanitaire et sociale des branches maladie et vieillesse, ce qui favorise une approche globale de la prise en charge des personnes âgées.

En revanche, les relations sur le terrain entre le service administratif d'action sanitaire et sociale qui relève de la branche vieillesse et le service social régional qui est rattaché à la branche maladie, ne sont pas formalisées sauf exception. Les services sociaux doivent contribuer à la mise en œuvre de la politique d'action sociale de la CNAVTS en contrepartie d'une compensation financière versée à la CNAMTS. Cependant, les missions des services sociaux au titre de la branche vieillesse ne sont pas suffisamment précisées. La circulaire conjointe CNAVTS/CNAMTS encadrant l'action des services sociaux régionaux date de 2001, avant la mise en place de l'APA et n'a pas été réactualisée. Les contrats pluriannuels de gestion signés entre la CNAVTS et les CRAM ne fixent pas d'objectifs précis aux services sociaux régionaux, contrairement aux contrats pluriannuels de gestion de la branche maladie.

4 – Le pilotage

Si les conditions d'attribution des aides à la personne sont fortement encadrées par la CNAVTS, sous la forme de barèmes, des

variations sensibles apparaissent entre les caisses dans les ratios d'aide par bénéficiaire. Or, si la CNAVTS agrège des informations ciblées issues des bases de données régionales, elle ne peut apprécier la qualité de la gestion locale de l'action sociale et expliquer les différences constatées. L'insuffisance actuelle des moyens de suivi et d'analyse de la CNAVTS devrait être comblée par la refonte en cours du système d'information d'action sociale. Ce chantier doit être rapidement mené à bien.

Pour mieux cadrer l'action des caisses, la CNAVTS a décidé l'élaboration de schémas directeurs régionaux d'action sociale comportant une analyse prospective des besoins régionaux, la détermination des axes de développement adaptés à la région et la traduction budgétaire de ces choix. Ce travail d'élaboration n'est pas encore très avancé. Une articulation avec les schémas d'organisation sociale et médico-sociale que doit établir chaque conseil général sera nécessaire.

D – Le partenariat local entre les caisses de retraite et les départements

Tous les départements ont signé des conventions de coordination gérontologiques avec les CRAM, conformément à l'article L. 113-2 du code de l'action sociale, pour assurer la continuité de prise en charge des bénéficiaires de l'APA. Mais, dans nombre de cas, ce partenariat n'est pas suffisamment approfondi puisque en 2003 les services sociaux des CRAM ne participaient aux équipes médico-sociales et aux commissions d'attribution de l'APA que dans 39 départements. De même, la reconnaissance mutuelle par les équipes médico-sociales et par le service social des CRAM des évaluations effectuées pour déterminer le GIR d'une personne n'est pas totalement généralisée.

Les départements ayant un rôle pivot dans ce partenariat, la qualité de ce dernier détermine celle de la coordination de l'action des CRAM avec les autres intervenants regroupés au sein des réseaux gérontologiques et des centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Les CRAM participent diversement au financement des CLIC et privilégient les subventions d'aide au démarrage, ce qui compromet leur développement ultérieur. La rémunération des CLIC sur le principe d'un paiement à l'acte, par dossier de demande d'aide, pourrait garantir l'effectivité du service rendu et assurer une certaine stabilité de financement.

—SYNTHÈSE—

Le vieillissement de la population et la croissance des besoins d'aide qui en résultera devraient permettre à tous les intervenants de trouver leur place dans le dispositif. A l'action sociale des caisses des différents

régimes de sécurité sociale et à l'aide sociale légale des départements s'ajoute en effet une action sociale facultative des collectivités territoriales très mal connue au niveau national. La coopération, la coordination ou la répartition des rôles entre ces acteurs doivent s'adapter au contexte local et aux besoins de la population.

Dès lors que les caisses ne sont pas acteurs de terrain mais financeurs d'actions, elles doivent jouer un rôle déterminant dans l'évaluation des besoins de leurs assurés et la recherche des réponses adaptées avant de se fixer des objectifs de consommation de leurs budgets. Leur action doit être complémentaire et non redondante avec celle des collectivités territoriales.

Dans cette perspective, les caisses du régime général explorent deux champs de complémentarité : en fonction des personnes -les retraités classés en GIR 5 et 6- et en termes d'actions -la prévention de la dépendance et l'adaptation des lieux de vie aux personnes âgées fragiles. Mais l'examen des nouvelles orientations amorcées dans la COG 2002-2004 et confirmées dans la COG 2005-2008 montre toute la difficulté à les mettre en pratique. Certaines actions ciblées sur les GIR 5 et 6 semblent plus adaptées aux GIR 4, voire aux personnes encore plus dépendantes et l'action immobilière ne peut s'accommoder facilement d'une distinction entre les niveaux de dépendance. Enfin, la démarche de l'évaluation du plan d'aide personnalisé ressemble à celle qui débouche sur le plan d'aides APA, même si la dimension médicale en est en principe absente.

Dès lors, si l'on veut maintenir une action sociale autonome justifiée des caisses de retraite, il faut mettre à profit les premières années de mise en œuvre de la nouvelle COG de la CNAVTS et de montée en charge de la CNSA, pour mieux articuler la complémentarité de l'action sociale des caisses avec celle des collectivités territoriales.

A défaut, c'est la légitimité d'une action sociale autonome des caisses de retraite qui devrait être remise en cause.

Au-delà de la diversité de l'action sociale déployée par les diverses branches du régime général plusieurs constats communs peuvent être dressés :

- la redéfinition des politiques d'action sociale des caisses au regard des évolutions des branches de la sécurité sociale et des compétences reconnues aux collectivités territoriales en matière d'aide sociale a été insuffisante. Les modifications faites par le législateur dans chaque branche auraient dû conduire à des réformes de structure dans le secteur de l'action sociale et non aboutir, comme cela a été généralement le cas, à un empilement non coordonné de mesures et de compétences.

- l'autonomie nécessaire aux caisses locales pour conduire leur action sociale ne doit pas empêcher la définition d'orientations

nationales, tant pour le contenu des aides que pour les modalités de la gestion. Cette autonomie doit avoir pour contrepartie la remontée des informations, ce qui suppose des systèmes d'information adaptés. Faute de tels systèmes, le pilotage et le suivi par les caisses nationales de l'action sociale menée par les caisses locales sont insuffisants. Il en résulte des écarts inexpliqués entre caisses d'une même branche, par exemple dans l'affectation des ressources aux différentes actions, dans la définition des missions à confier aux travailleurs sociaux et dans la répartition des emplois alloués à l'action sociale.

- la situation financière des branches exige une gestion rigoureuse de l'action sociale : l'affectation des ressources doit correspondre à de vrais besoins évalués compte tenu de l'action des autres branches, régimes et collectivités territoriales dans une même zone géographique. Complémentaire de l'action sociale des collectivités territoriales, celle des caisses ne doit pas s'y substituer ni la concurrencer.

RECOMMANDATIONS

Branche famille

- 36. Rendre limitatif l'ensemble des crédits de l'action sociale.*
- 37. Privilégier dans l'attribution des prestations contractuelles les communes et les populations défavorisées.*
- 38. Etudier la création d'une nouvelle prestation légale de garde en fusionnant les prestations de service et les prestations légales existantes d'aide à la garde des jeunes enfants.*

Branche maladie

- 39. Exclure du FNASS toutes les dépenses à caractère obligatoire.*

Branche vieillesse

- 40. Assurer une complémentarité optimale entre l'action des caisses de retraite et celle des collectivités territoriales.*
- 41. Préciser la politique d'aide aux investissements des établissements d'hébergement et le positionnement de la branche vis-à-vis de l'action de la CNSA.*

Toutes branches

- 42. Mettre en place des systèmes d'information adaptés au besoin de pilotage des caisses nationales.*
 - 43. Rationaliser dans chaque branche la répartition géographique actuellement insatisfaisante des moyens.*
-

Chapitre X

Les régimes spéciaux de retraite des industries électriques et gazières, de la RATP et de la SNCF

PRÉSENTATION

La Cour a analysé le financement de différents régimes spéciaux de retraite. Parmi la quinzaine de régimes spéciaux recensés, elle en a retenu trois, représentatifs de leur diversité : le régime des industries électriques et gazières (IEG), le régime de la RATP et le régime de la SNCF. Ils appartiennent à la catégorie des régimes d'entreprises publiques, dont le financement des deux premiers, IEG et RATP, a fait l'objet d'une réforme consistant à les adosser aux régimes de droit commun des salariés du secteur privé.

Régimes d'entreprise, ces régimes spéciaux de retraite sont souvent présentés comme des régimes offrant des « droits spécifiques » en faveur de leurs affiliés, selon la terminologie adoptée à l'occasion des opérations d'adossement. La situation de référence à laquelle ils sont généralement comparés pour évaluer ces avantages est celle des salariés du secteur privé cotisant au régime général (CNAVTS) et aux régimes complémentaires obligatoires (ARRCO et AGIRC). Les avantages les plus souvent cités concernent, d'une part, l'âge précoce de départ à la retraite pour certaines catégories de salariés et, d'autre part, des règles plus favorables de calcul et de revalorisation de la pension.

La plupart des régimes spéciaux sont structurellement déficitaires avec des besoins de financement comblés soit directement par l'employeur (IEG), soit par des subventions publiques (SNCF, RATP). En outre, ils n'ont pas été concernés par la réforme des retraites de 2003. Dans ce contexte, ces droits spécifiques ne sont pas financés par leurs bénéficiaires et apparaissent comme une source d'inégalités de traitement en matière de retraite entre salariés.

Les régimes spéciaux examinés présentent une autre particularité qui les distingue des régimes des salariés du secteur privé. Ils ont en général une base étroite de cotisants qui a été, dans la plupart des cas, décroissante au cours des deux dernières décennies. Ils ne peuvent donc pas, ou mal, mutualiser les risques attachés aux transformations de l'économie qui peuvent entraîner des déséquilibres démographiques dont le coût financier est ainsi reporté sur l'entreprise ou sur la collectivité nationale.

Les réformes des retraites de 1993 et 2003 ont visé, d'une part, à aligner les conditions d'ouverture et de liquidation des pensions et, d'autre part, à restaurer la solvabilité à long terme des régimes de retraite. Par rapport à cet objectif, il est nécessaire de pouvoir mesurer le coût des droits spécifiques des trois régimes spéciaux, liés aux règles de calcul de la pension, ainsi que le coût des déséquilibres démographiques.

Le poids des régimes spéciaux en 2004

Régimes	Bénéficiaires	Cotisants actifs	Charges (M€)	Produits (M€)
Régime général	10 747 400	16 530 600	75 730	75 985
Régimes agricoles	4 252 597	1 311 300	13 903	13 922
Régimes spéciaux dont les 3 régimes spéciaux dans le champ de l'enquête	3 509 628	4 823 472	62 354	62 552
	498 099	360 863	8 585	8 585
Régimes de non salariés non agricoles	1 961 679	1 750 431	7 472	7 581
SASV*	68 570	0	477	478
Total régimes de base	20 519 874	24 415 803	159 936	160 518
Régimes complémentaires	14 266 728	23 810 661	55 116	62 439

*SASV : service de l'allocation spéciale vieillesse qui sert les différentes allocations constitutives du minimum vieillesse.

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, Septembre 2005. Elle inclut dans les régimes spéciaux les régimes des trois fonctions publiques (fonctionnaires de l'Etat et CNRACL).

I - Les caractéristiques des trois régimes spéciaux

A – La démographie des régimes au cours des quinze dernières années

1 – Les populations de cotisants et de retraités

Les effectifs de cotisants et de retraités de droit direct ont connu au cours des 15 dernières années des évolutions contrastées. Le régime de la SNCF est le seul à enregistrer une diminution simultanée de ses effectifs de cotisants et de retraités de droit direct. En 15 ans, il a perdu en moyenne près de 17 % des effectifs de ces deux catégories.

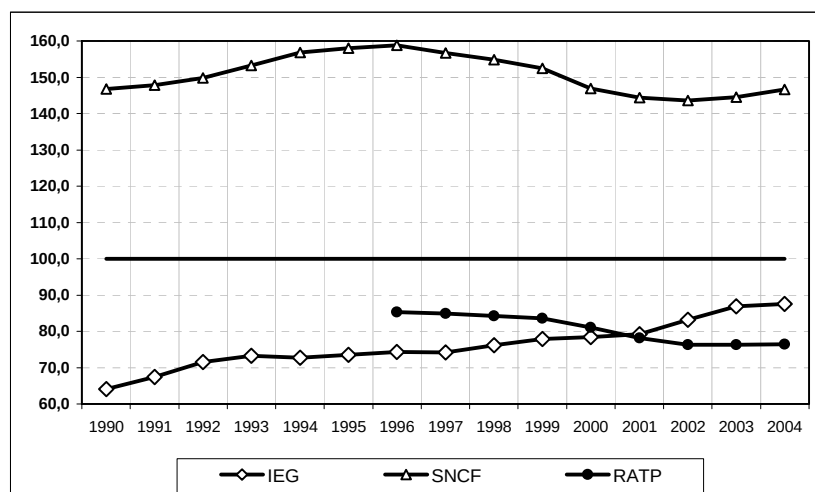
La RATP a connu une forte augmentation de son effectif de cotisants à partir de 1998 (+10 % entre 1998 et 2004), alors que l'effectif de ses retraités de droits direct et dérivé a diminué régulièrement entre 1994 et 2002 (-5 %). Depuis cette date, il tend à augmenter de nouveau.

Les IEG ont perdu entre 1990 et 2004 près de 10 % de leur effectif de cotisants. En revanche, l'effectif de retraités de droit direct a augmenté

de 25 % sur la période, avec une accélération à partir de 1997 en raison principalement des flux importants de départs dérogatoires financés par les entreprises de la branche.

Ces évolutions démographiques sont résumées par le rapport démographique corrigé²³⁵. Cet indicateur retrace combien de retraités (droit direct et droit dérivé) sont à la charge de 100 cotisants.

1990-2004. Rapports démographiques corrigés des régimes



Source : Régimes spéciaux. Pour le régime de la RATP, les statistiques détaillées ne sont pas disponibles avant 1996.

La situation des trois régimes est dégradée. C'est à la SNCF qu'elle l'est le plus, chaque cotisant ayant théoriquement la charge d'un retraité et demi. Au cours des dix dernières années, ce rapport s'est détérioré à la SNCF et à la RATP, mais il a nettement augmenté dans les IEG.

235. Le rapport démographique corrigé est égal au ratio entre, au numérateur, la somme des effectifs de retraités de droit direct et de la moitié des effectifs de droit dérivé et, au dénominateur, l'effectif des cotisants. On ne prend au numérateur que la moitié des effectifs de droit dérivé parce que le taux de liquidation de la pension de réversion est égal à 50 % de la pension du conjoint décédé.

2 – Les caractéristiques des populations

Caractéristiques des populations des régimes spéciaux en 2004

	IEG	SNCF	RATP
Composition par sexe des régimes			
Part des hommes dans la population des :			
Cotisants	76,9 %	84,1 %	80,8 %
Retraités de droit direct	77,7 %M	90,4 %	81,9 %
Retraités de droit dérivé	2,3 %	1,4 %	2,0 %
Caractéristiques d'âge et de durée			
Population des cotisants			
Age moyen des cotisants	42,5 ans	40,3 ans	39,8 ans
Annuités liquidables hors bonifications (droit direct)	30,0 ann.	32,8 ann.	28,9 ann.
Annuités validées (droit direct)	33,0 ann.	33,5 ann.	33,3 ann.
Age moyen d'ouverture d'un droit direct	55,6 ans	55,1 ans	54,8 ans
Population des retraités de droit direct			
Durée moyenne de service de la pension	23,8 ans	26,2 ans	24,8 ans
Age moyen des retraités	68,6 ans	70,8 ans	68,6 ans
Age moyen au décès	79,4 ans	81,8 ans	79,3 ans

Source : Régimes spéciaux. Le nombre d'annuités et l'âge d'ouverture d'un droit direct concernent les cotisants ayant liquidé en 2004. Les durées de services et les âges moyens au décès selon le type de droit se rapportent aux retraités décédés en 2004.

Source : SNCF : l'âge d'ouverture d'un droit direct se rapporte à la population hors agents de conduite. Les agents de conduite ont liquidé leurs droits à 50,3 ans en 2004.

Source : RATP : en 2004, l'âge moyen de départ a été de 58,3 ans pour les actifs sédentaires, 56,1 ans pour les actifs A1, 55,1 ans pour les actifs A2 et 52,9 ans pour les actifs B.

Malgré la diversification progressive de leurs activités et l'ouverture de leurs métiers aux femmes, les salariés des entreprises publiques de transport (SNCF, RATP) sont en 2004 à plus de 80 % des hommes. Il en résulte que leurs retraités de droit direct sont également en majorité masculins et que la population des retraités de droit dérivé est presque exclusivement féminine.

L'âge d'ouverture d'un droit direct est inférieur à 60 ans. Il est proche de 55 ans dans le régime des IEG. A la SNCF, il est de 50,3 ans pour les agents de conduite et 55,1 ans pour les autres catégories de personnel. A la RATP, toutes catégories d'emplois, l'âge de départ est inférieur à 55 ans.

Les régimes spéciaux examinés font ainsi face à deux déséquilibres :

- des rapports démographiques largement supérieurs à la moyenne nationale, de sorte que le produit des cotisations ne peut couvrir qu'une fraction des charges de pension ;
- en raison des départs précoces à la retraite et du poids de la population de droit dérivé, des durées de cotisation faibles par rapport aux durées moyennes de retraite.

3 – Les taux de liquidation et la pension moyenne des retraités de droit direct

Le taux de liquidation est la quotité qui s'applique au salaire de référence pour déterminer le montant de la pension de droit direct liquidée dans le régime. Il dépend de la durée d'assurance, y compris les bonifications d'annuités, validée dans le régime²³⁶.

Les taux de liquidation dans le régime ont diminué au cours des dernières années en raison de la validation de durées d'assurance plus courtes. Ils sont compris entre 65 % et 70 % dans les trois régimes.

236. Le taux de liquidation ne doit pas être confondu avec le taux de remplacement du dernier salaire, pour deux raisons. D'une part, le salaire de référence liquidable est inférieur à la dernière rémunération d'activité dans les trois régimes spéciaux. D'autre part, seule la partie de la carrière réalisée dans le régime est connue, de sorte que pour les polypensionnés, le montant total de la pension tous régimes n'est pas pris en compte.

Taux de liquidation et pension moyenne en 2004

	IEG	SNCF	RATP
Taux de liquidation d'une pension de droit direct			
Hommes	70,1 %	nd.	67,0 %
Femmes	61,3 %	nd.	59,8 %
Ensemble	67,9 %	67,0 %	65,6 %
Pension annuelle moyenne de droit direct			
	liquidée en 2004		
Hommes	26 953 €	nd.	26 028 €
Femmes	19 218 €	nd.	22 644 €
Ensemble	nd.	20 300 €	25 164 €
	du stock de retraités		
Hommes	27 438 €	nd.	21 576 €
Femmes	18 428 €	nd.	17 040 €
Ensemble	nd.	18 800 €	20 760 €

Source : Régimes spéciaux. IEG : le taux de liquidation intègre la majoration pour enfant. SNCF et RATP : statistiques tous collègues.

Les pensions de droit direct liquidées en 2004 sont en moyenne supérieures à 20 000 euros en montant annuel. Les pensions des femmes sont inférieures à celles des hommes d'environ 30 % à cause de salaires de référence plus faibles et de durées de services validées plus courtes.

B – Les droits spécifiques dans les régimes spéciaux

La masse des pensions versées par les régimes spéciaux peut être ventilée en trois composantes :

- les pensions qui seraient versées si les règles d'acquisition et de liquidation des droits à la retraite étaient celles des régimes de droit commun (régime général et régimes complémentaires) ;
- les avantages spécifiques, liés à leurs règles plus favorables ;
- le coût du déséquilibre démographique.

Par comparaison avec les régimes de droit commun, trois paramètres intervenant dans les règles de calcul de la pension forment le cœur des droits spécifiques des régimes spéciaux : le salaire de référence, la durée d'assurance ou de services et les mécanismes de décote et

surcote, l'âge d'ouverture des droits et l'impact de la bonification d'annuités.

1 – L'impact du salaire de référence sur le niveau de la pension

Les régimes spéciaux du secteur public sont des régimes de retraite à prestations définies, par répartition, qualifiés de rétributifs parce que la pension liquidée est calculée en appliquant un taux de liquidation à un salaire de référence égal au dernier salaire d'activité. Ces caractéristiques distinguent nettement les régimes spéciaux des régimes des salariés du secteur privé (régime général et régimes complémentaires) :

- le régime général de base est un régime à prestations définies, qualifié de contributif parce que la pension liquidée est calculée en appliquant un taux de liquidation à un salaire de référence égal à la moyenne des meilleures années de la carrière²³⁷ ;
- les régimes complémentaires ARRCO et AGIRC sont des régimes à cotisations définies, fonctionnant selon la technique du point. La notion de salaire de référence n'intervient pas mais la pension liquidée reflète la totalité de la carrière salariale via les cotisations versées.

Il en résulte que des assurés ayant un profil identique de carrière salariale feront valider des salaires de référence différents selon le régime de retraite dans lequel ils liquident leur pension. Pour une carrière complète validée et un taux de liquidation donné, la pension servie dans les régimes spéciaux publics sera plus élevée que dans les régimes du secteur privé²³⁸.

Cet aspect est illustré dans l'exemple suivant. On considère différents profils linéaires de carrière salariale caractérisés par un taux constant de croissance en termes réels du salaire brut durant toute la carrière. On détermine le salaire de référence d'un assuré du régime général que l'on compare au dernier salaire brut d'activité d'un assuré ayant une carrière identique et liquidant dans un régime spécial.

237. La réforme du régime général de 1993 a progressivement augmenté le nombre d'années prises en compte pour calculer le salaire de référence, en les portant de 10 à 25 années. C'est à partir de 2008 que le salaire de référence sera calculé à partir des 25 meilleures années de la carrière salariale.

238. Une comparaison complète entre régimes devrait également prendre en compte l'effort contributif réalisé durant la vie active.

**Rapport entre le dernier salaire d'activité et le salaire de référence
utilisé pour calculer la pension dans le régime général**

Taux de croissance annuel moyen du salaire réel durant la carrière	1%	2%	3%	4%
Rapport entre le dernier salaire d'activité et le salaire de référence	106,3%	122,8%	136,9%	151,0%

Source : Cour des comptes. Hypothèses : durée de carrière de 40 ans, liquidation le 1^{er} juillet 2005, salaire de référence dans le régime général calculé avec le barème des coefficients de revalorisation en vigueur en 2005 et égal à la moyenne des 22 meilleures années.

Pour un taux de croissance annuel moyen du salaire réel de 2 %²³⁹, on observe que, pour un taux de liquidation donné, la pension liquidée dans un régime spécial serait supérieure de 22,8 % à celle liquidée dans le régime général. En outre, plus la carrière salariale est rapide, plus l'écart entre le dernier salaire d'activité et le salaire de référence du régime général est croissant. On obtient ainsi directement une mesure de l'avantage procuré par une liquidation de la pension calculée sur le dernier salaire d'activité, cet avantage étant de plus corrélé avec le profil de la carrière salariale.

La liquidation de la pension sur le dernier salaire d'activité est donc une règle hautement protectrice puisqu'elle met l'assuré à « l'abri » des aléas de sa carrière professionnelle et de l'évolution des salaires qu'il a perçus.

Deux aspects supplémentaires renforcent l'impact du choix du salaire de référence sur le montant de la pension liquidée :

- dans le régime général, les salaires portés au compte de l'assuré sont en pratique depuis 1987 indexés sur les prix à la consommation²⁴⁰. Au moment de la liquidation, le barème des coefficients de revalorisation contribue ainsi, année après année, à accroître l'écart entre le salaire de référence calculé dans le régime général et le dernier salaire d'activité. Les assurés liquidant dans des régimes spéciaux sont protégés de cette dérive et voient leur avantage relatif augmenter par rapport aux assurés du secteur privé ;
- dans les régimes complémentaires en points, le montant de la pension liquidée dépend étroitement du salaire moyen de toute la carrière.

239. Ce qui est, en moyenne, le cas le plus fréquent.

240. Cela signifie que les salaires portés au compte ne sont revalorisés que nominale-ment sans prendre en compte les gains de pouvoir d'achat du salaire brut moyen du secteur privé.

Comme ce salaire moyen est inférieur au salaire de référence du régime général, lui-même inférieur au dernier salaire d'activité, l'avantage d'une liquidation de la totalité de la pension dans un régime spécial est également renforcé par rapport à un assuré du secteur privé.

Ce constat doit toutefois être amendé pour tenir compte du fait que l'assiette du salaire liquidable est en général inférieure dans les régimes spéciaux à ce qu'elle est dans le régime général et les régimes complémentaires. En effet, dans les trois régimes spéciaux étudiés, l'assiette du salaire liquidable comprend le traitement brut et, éventuellement, une fraction des primes de fonction alors que, pour les assurés des régimes de droit commun, cette assiette porte sur la totalité de la rémunération brute de l'assuré. Cet écart d'assiette du salaire liquidable atténue l'avantage de la liquidation sur le dernier salaire²⁴¹.

**Rapport entre le salaire brut liquidable et la rémunération brute totale
en 2004**

IEG	SNCF	RATP
74,0%	88,9%	87,0%

Source : Régimes spéciaux. Le salaire brut liquidable est le salaire sur lequel sont calculés les droits à la retraite. Les régimes des IEG et de la RATP ont fourni une donnée estimée de ce ratio.

2 – La durée d'assurance et les mécanismes de décote et de surcote

Les trois régimes spéciaux examinés n'étaient pas dans le champ de la loi portant réforme des retraites de 2003. Ils ont donc conservé la règle de 37,5 annuités accomplies dans le régime pour liquider une pension à taux plein, soit 75 % du dernier salaire brut sur la base d'un taux d'annuité constant de 2%. Quand la durée validée dans le régime spécial est inférieure à 37,5 annuités, la pension est proratisée mais sans application de décote. Pour les salariés du régime général, la durée d'assurance pour obtenir le taux plein avant 65 ans est déjà de 40 annuités tous régimes²⁴² et la durée de services pour les agents des trois fonctions publiques est portée progressivement à 40 annuités tous régimes entre 2004 et 2008.

Les affiliés des régimes spéciaux examinés ne participent donc pas au mécanisme de mutualisation et de partage du risque de longévité dont

241. Il pénalise les affiliés des régimes spéciaux dont la carrière salariale est « plate » ou faiblement ascendante.

242. La durée d'assurance tous régimes est la somme des durées d'assurance validées dans les régimes de base durant la vie active.

le coût est laissé à la charge de l'employeur ou de la collectivité nationale. Par rapport aux autres salariés, ils bénéficient d'un double avantage :

- une durée moyenne de retraite plus longue pour ceux qui liquident à taux plein avant 65 ans ;
- une pension calculée compte tenu de la seule durée d'assurance validée dans le régime spécial et non pas de la durée d'assurance tous régimes, comme cela se passe dans les régimes des fonctions publiques ou le régime général.

Dans le futur, si les règles des régimes spéciaux restent inchangées, ces avantages vont s'accroître puisque l'augmentation de la durée d'assurance tous régimes est déjà programmée dans la loi de 2003²⁴³.

Dans la réforme des retraites de 2003, l'allongement de la durée d'assurance a été articulé avec la généralisation de mécanismes de décote et de surcote²⁴⁴. Ceux qui préfèrent partir plus tôt, avant d'avoir accompli la durée nécessaire pour liquider à taux plein, percevront une pension plus faible. A l'opposé, ceux qui souhaitent prolonger leur activité professionnelle au détriment de la durée de retraite percevront une pension plus élevée.

Les régimes spéciaux de la RATP, de la SNCF et des IEG n'ont introduit aucun de ces mécanismes.

En résumé, par rapport aux régimes des salariés du secteur privé et des trois fonctions publiques, ces régimes spéciaux :

- n'utilisent pas la durée d'assurance tous régimes pour déterminer le taux de liquidation ;
- n'appliquent pas l'augmentation de la durée tous régimes programmée dans le futur ;
- n'introduisent pas de pénalisation financière au niveau de la pension liquidée lorsque la durée de services est inférieure à celle ouvrant le taux plein. Autrement dit, le taux d'annuité (2%) est constant, garanti et indépendant de la durée de services effectivement accomplie ;
- n'encouragent pas la poursuite de l'activité puisqu'il n'y a pas de gain en termes de pension.

243. Selon la loi portant réforme des retraites, la durée d'assurance ou de services tous régimes devrait ensuite atteindre 41 annuités en 2012 et 41,75 annuités en 2020.

244. Avec des taux de décote et de surcote, le taux d'annuité n'est plus constant quelle que soit la durée d'assurance validée mais croissant en fonction de cette durée.

Au total, les règles en matière de durée d'assurance sont protectrices pour les affiliés (cotisants et retraités) des régimes spéciaux puisqu'ils ne supportent pas les coûts du risque de longévité et du risque financier pour le régime lié à un départ précoce à la retraite.

3 – L'âge de départ à la retraite

Dans les régimes spéciaux examinés, l'âge d'ouverture des droits est fixé à 60 ans à l'exception de la SNCF où il est de 55 ans. Dans les faits, cette règle générale ne s'applique pas à plusieurs catégories de salariés qui partent plus tôt parce qu'elles bénéficient de bonifications d'annuités. Pour la liquidation d'une pension de droit direct, deux types de bonifications permettent d'anticiper l'âge de départ à la retraite avant 60 ans ou 55 ans :

- les bonifications d'annuités en raison de la nature des emplois occupés²⁴⁵ permettant d'anticiper le départ de cinq ans et de liquider à partir de 50 ans (SNCF, RATP) ou de 55 ans (RATP, IEG);
- les bonifications d'annuités pour enfant en faveur des femmes entrant dans la catégorie des avantages familiaux. Les mères de famille de trois enfants ont en outre la possibilité de liquider leur pension sans condition d'âge.

Les bonifications d'annuités liquidables au titre de l'emploi occupé n'existent pas dans le régime général²⁴⁶. De ce point de vue, elles constituent un avantage en faveur des affiliés des régimes spéciaux.

245. A la RATP, près de 85 % des emplois sont classés dans les catégories actives permettant de bénéficier de bonifications. A la SNCF, 10 % de l'effectif (agents de conduite) appartiennent à la catégorie active mais les catégories sédentaires partent à la retraite à 55 ans.

246. Il en résulte que les trois régimes spéciaux ont une forte proportion de retraités de droit direct âgés de moins de 60 ans. En 2004, elle était de 23,6 % dans le régime des IEG, de 19,4 % dans le régime de la SNCF et de 22,3 % dans le régime de la RATP.

**Age moyen de départ à la retraite et bonifications d'annuités liquidables
en 2004**

		Age moyen de départ (droit direct)	Bonifications d'annuités liquidables
IEG	Hommes	56,0 ans	4,2 années
	Femmes	54,3 ans	2,9 années
SNCF	Agents de conduite	50,3 ans	4,9 années
	Autres catégories		
	Ensemble	55,1 ans	0,8 années
RATP	Hommes	54,8 ans	4,3 années
	Femmes	55,0 ans	4,9 années

Source : Régimes spéciaux. Lecture du tableau : en 2004 les agents de conduite de la SNCF ont liquidé à l'âge de 50,3 ans en ayant validé 4,9 années de bonifications. Les bonifications comprennent la bonification de traction et la bonification pour campagnes militaires.

Ce constat doit cependant être nuancé car, dans le secteur privé, d'autres voies ont été empruntées par les employeurs pour se séparer de leurs salariés avant leur âge de départ à la retraite. Les dispositifs de préretraite, les dispenses de recherche d'emploi pour les chômeurs de longue durée âgés, le recours à l'invalidité, font partie de la panoplie des instruments les plus utilisés dans le secteur privé. Il en est résulté une diminution de l'âge moyen de cessation d'activité²⁴⁷. Le coût financier de ces politiques de sortie volontaire de l'emploi des travailleurs âgés a été largement externalisé. Dans les régimes spéciaux, les modalités de départ anticipé avant 60 ans sont fixées par le règlement de retraite alors que, dans le secteur privé, elles ont été négociées au gré des besoins et déterminées par les politiques de l'emploi et la situation du marché du travail²⁴⁸.

247. En 2000, l'âge moyen de cessation de l'activité avoisinait 57,6 ans pour les salariés du secteur privé et 55,9 ans pour les salariés du secteur public (DARES, Document d'étude n° 48 juillet 2001, « L'évolution des sorties d'emploi vers la retraite et la préretraite »).

248. La sortie précoce de l'activité des salariés du secteur privé devrait de plus en plus devenir une exception dans le futur à la suite du plan d'action pour l'emploi des seniors 2006-2010 récemment présenté par le gouvernement.

II - Le financement des régimes spéciaux

A – La réforme du financement des régimes des IEG et de la RATP

1 – Le principe de l'adossement aux régimes de droit commun

Le financement du régime de retraite des IEG a été profondément réformé par la loi du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz, pour être mis en conformité, aux plans juridique et financier, avec l'ouverture à la concurrence des marchés du gaz et de l'électricité. Cette loi a maintenu intégralement les droits à la retraite des affiliés et n'a modifié que les modalités de leur financement.

La réforme du financement du régime de retraite de la RATP est une conséquence de la loi du 13 août 2004 sur les libertés et responsabilités locales, modifiant l'organisation des transports publics en Ile-de-France. La responsabilité de cette organisation est confiée à la région qui l'exerce par l'intermédiaire du syndicat des transports de l'Ile-de-France (STIF)²⁴⁹ à partir du 1^{er} juillet 2005. Le STIF ne reprend pas la charge des retraites des agents de la RATP. Depuis le 1^{er} juillet 2005, l'Etat apporte directement un concours financier à la régie en raison des charges de retraite qu'elle supporte. La réforme se traduit par une séparation stricte des comptes retraçant la gestion des retraites d'avec ceux qui retracent les activités opérationnelles de la RATP.

Pour les IEG, comme pour la RATP, un deuxième motif a conduit à entreprendre cette réforme. Les normes comptables internationales²⁵⁰ s'appliqueront à la RATP au 1^{er} janvier 2007 en tant qu'établissement public industriel et commercial faisant appel public à l'épargne sur le marché européen. En l'absence de réforme, la norme IAS 19 relative aux avantages servis au personnel, dont les engagements de retraite sont le principal poste, impliquerait que la régie inscrive ces engagements au bilan. Compte tenu du montant de ses fonds propres, la régie serait dans l'incapacité de les provisionner²⁵¹.

249. Le STIF devient un établissement public territorial chargé de la définition de la politique régionale des transports.

250. Normes IFRS-IAS (International financial reporting statements-International accounting standards).

251. Au 31 décembre 2004, le montant des engagements de retraite de la RATP était évalué à 21,615 Md€, calculé avec un taux d'actualisation de 2,5 % en termes réels.

Les réformes du financement consistent à adosser, selon le principe de la neutralité financière, les régimes des IEG et de la RATP aux régimes de droit commun (CNAVTS et régimes complémentaires obligatoires ARRCO et AGIRC). Avec l'adossement, le régime adossé continue toutefois d'exister parallèlement aux régimes de droit commun et c'est par lui que transitent tous les flux financiers. C'est pourquoi ont été créées la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) à compter du 1^{er} janvier 2005 et la caisse de retraite du personnel de la RATP à compter du 1^{er} janvier 2006²⁵². Concrètement, ce sont ces caisses qui versent la pension globale du régime spécial.

L'adossement signifie que les prestations et les cotisations, au titre des régimes de droit commun, sont déterminées selon les conditions qui seraient applicables si les salariés des IEG et de la RATP relevaient pour leurs droits de ces régimes de droit commun, financés par des cotisations des salariés et des employeurs. Comme les réformes du financement ont laissé inchangés les droits des affiliés, la part des prestations non couvertes par les régimes de droit commun forment les droits spécifiques, correspondant aux prestations d'un régime « supplémentaire » différentiel.

Le principe de neutralité financière²⁵³ signifie que les écarts de charges résultant de l'adossement pour les régimes de droit commun doivent être compensés. Ces écarts résultent, d'une part, de la situation démographique et, d'autre part, du niveau et de la structure des rémunérations des affiliés, respectivement des régimes adossés et des régimes de droit commun. La compensation de ces écarts prend la forme d'une contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire (la « soulte ») ou de taux de validation des droits passés inférieurs à 100 %.

Le versement, pour la partie adossée, de cotisations sociales libératoires permet aux entreprises du secteur des IEG et à la RATP d'éviter le provisionnement de la plus grosse part des engagements de retraite de leur personnel.

252. Ces nouvelles caisses sont des organismes de sécurité sociale de droit privé, dotés de la personnalité morale. Pour la RATP, les dépenses de gestion administrative de la caisse sont financées par une cotisation à la charge de la régie, dont le taux pour l'exercice a été fixé à 0,43 %. Pour les IEG, les frais de gestion de la caisse sont couverts par les entreprises par le biais de la contribution employeur finançant les droits spécifiques futurs.

253. La Cour n'a pas à ce stade analysé la mise en œuvre du principe de neutralité financière, tel qu'énoncé dans l'article L. 227-7 du code de la sécurité sociale.

2 – Le régime des IEG

Jusqu'en 2004, le financement du régime vieillesse, invalidité, décès des IEG reposait, d'une part, sur une cotisation des salariés prélevée au taux de 7,85 % depuis 1991 et, d'autre part, sur une contribution des employeurs assurant l'équilibre annuel du régime. La contribution des employeurs était équivalente, en 2004, à un taux de cotisation apparent de 63,8 %, contre 52,8 % en 1990²⁵⁴. Au total, le taux de cotisation global (salarié + employeur) est passé de 61,7 % en 1990 à 66,1 % en 2000 et 71,6 % en 2004.

a) L'adossement du régime des IEG à partir de 2005

L'adossement a donné lieu à la signature de conventions financières entre la CNIEG et les régimes de droit commun, précisant les modalités de versement et d'encaissement des prestations et des cotisations. Les « droits de base » correspondant à ceux du régime général et des régimes complémentaires sont financés à partir de 2005 par une cotisation salariale au taux de 12 % et une cotisation patronale au taux de 24 %²⁵⁵. Ces taux, supérieurs à ceux des régimes de droit commun, sont appliqués à l'assiette du régime spécial de façon à retrouver le rendement des cotisations des régimes de référence. L'impact sur le salaire net de l'augmentation du taux de cotisation salariale de 7,85 % à 12 % a été intégralement compensé par le versement d'une prime n'engendrant aucun droit supplémentaire à pension.

La convention signée entre la CNIEG et la CNAVTS a également déterminé le montant et les modalités de paiement de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire (la « soulte ») destinée à compenser les écarts de charges résultant de l'adossement. Le caractère libératoire de la soulte induit l'absence de clause de rendez-vous entre la CNAVTS et la CNIEG, ce qui dispense les entreprises de la branche de toute obligation de provisionnement à ce titre.

254. La contribution des employeurs couvrait entre 85 % et 90 % des charges nettes du régime. Les charges nettes se composent, d'une part, des prestations du régime au titre des risques vieillesse, invalidité, décès, accident du travail et maladie professionnelle et, d'autre part, des charges de la compensation démographique et des frais de gestion.

255. Les taux des cotisations salariale et patronale sont passés respectivement à 12,13 % et 24,56 % le 1^{er} mai 2006.

La contribution exceptionnelle versée à la CNAVTS a été fixée à 7 649 M€²⁵⁶. Une fraction de 40% de cette somme, soit 3 060 M€, représentant la part relative aux activités « non régulées » (activités de production et de commercialisation soumises à concurrence) a été versée en 2005 et placée auprès du fonds de réserves pour les retraites (FRR) qui en assure la gestion financière jusqu'en 2020 pour le compte de la CNAVTS. Le complément, 4 589 M€, au titre des activités « régulées » (activités de transport et de distribution d'électricité et de gaz naturel non soumises à la concurrence) sera payée pendant 20 ans sous la forme d'une annuité de 287 M€, revalorisée chaque année selon l'indice des prix à la consommation.

A la différence de la solution retenue pour le régime général, le principe de neutralité financière vis-à-vis des régimes complémentaires repose sur le principe d'un taux de validation inférieur à 100 % des droits passés repris au 1^{er} janvier 2005²⁵⁷. Ce taux de validation a été fixé à 54,8 % pour les droits relevant de l'ARRCO et à 94,7% pour les droits relevant de l'AGIRC. La part des droits passés non repris par les deux régimes complémentaires est incluse dans les droits spécifiques.

Par ailleurs, en entrant dans la solidarité interprofessionnelle propre aux régimes complémentaires, les entreprises de la branche IEG doivent acquitter des versements représentant, d'une part, un apport aux réserves techniques des régimes complémentaires égal à une année de cotisations et, d'autre part, un apport aux fonds de gestion des régimes complémentaires. Le montant de ces deux apports a été fixé à 798,2 M€.

Sans remettre en cause le caractère définitif et irréversible de l'adossement, les taux de validation retenus pour les droits passés, fixés en 2005, sont provisoires en ce sens que les conventions entre la CNIEG et les régimes complémentaires ont prévu une clause de rendez-vous en 2010 instituant une contribution de maintien de droits (CMD) dans

256. Le montant de la soulte a naturellement donné lieu à de nombreux débats entre la CNAVTS, la CNIEG et les ministères concernés. Le principe de la méthode n'a pas été contesté mais le choix des paramètres a soulevé des questions de mise en œuvre de la méthode. La méthode consiste à projeter le rapport de charges prestations/cotisations de la CNAVTS et du régime des IEG et à déterminer une prestation de référence moyenne du régime des IEG qui ne détériore pas le rapport de charges de la CNAVTS après adossement. Le montant de la soulte est égal à la valeur actualisée des charges induites par l'écart entre la prestation moyenne effective et la prestation moyenne de référence. Le montant de la soulte a été calculé sur la base d'une période de projection de 25 ans et d'un taux d'actualisation de 2,5 % en termes réels.

257. Dans une opération d'adossement, il y a deux méthodes équivalentes : soit le versement d'une soulte et un taux de validation de 100 % des droits passés, soit pas de versement d'une soulte et un taux de validation des droits passés inférieur à 100 %.

l'hypothèse où les taux de validation recalculés en 2010 seraient inférieurs aux taux de validation provisoires en vigueur de 2005 à 2009. Des fourchettes de taux de validation ont été fixées pour chacun des deux régimes complémentaires afin de plafonner le montant de la CMD à hauteur de 918 M€.

Par ailleurs, il faut noter que les avantages familiaux attachés à la part des pensions versées par la CNAVTS seront financés par le fonds de solidarité vieillesse (FSV). Cette prise en charge par le FSV soulève des questions : les avantages familiaux auraient dû être inclus dans le calcul du montant de la soulte et le FSV n'est pas habilité à prendre en charge les avantages familiaux versés par les régimes spéciaux de retraite

b) Le financement des droits spécifiques

Les droits spécifiques sont égaux à la différence entre le montant de la prestation calculée selon les règles du régime des IEG et la pension adossée calculée selon les règles des régimes de droit commun, garantissant, pour les agents retraités et en activité, le niveau de pension qui aurait été obtenu en l'absence de réforme du financement. La loi distingue les droits spécifiques « passés » validés jusqu'au 31 décembre 2004 et les droits spécifiques « futurs » acquis à partir du 1^{er} janvier 2005. Elle a opéré une deuxième distinction entre les droits résultant des activités « régulées » et ceux résultant des activités « non régulées ».

Elle a créé une contribution tarifaire d'acheminement (CTA) sur les prestations de transport et de distribution d'électricité et de gaz naturel pour financer les droits relevant des activités régulées, c'est-à-dire :

- les droits spécifiques passés afférant aux activités régulées ;
- la quote-part de la contribution exceptionnelle (soulte) versée à la CNAVTS pendant 20 ans sous la forme d'une annuité ;
- éventuellement, la part régulée de la contribution exceptionnelle relative à la contribution de maintien des droits intégrée aux conventions avec les régimes de retraite complémentaires.

La CTA est payée par les consommateurs, sans entraîner de surcoût pour eux car elle se substitue à la part du tarif d'électricité et de gaz naturel qui assurait avant la réforme le financement de la quote-part des charges de retraites correspondant aux activités d'acheminement en matière de transport et de distribution d'électricité et gaz naturel.

La part non régulée des droits spécifiques passés demeure à la charge des entreprises qui les financent par des versements trimestriels à la CNIEG. Ils sont provisionnés et inscrits, conformément aux normes

comptables internationales, dans le bilan de ces entreprises au titre des engagements de retraite du personnel relevant du statut des IEG.

Les droits spécifiques futurs validés à compter du 1^{er} janvier 2005, qu'ils se rapportent aux activités régulées ou non régulées, sont financés par une cotisation employeur dont le taux a été fixé à 6,5 % en 2005²⁵⁸. Cette cotisation finance également les autres risques gérés par la CNIEG (accident du travail, maladies professionnelles, invalidité, décès, veuvage) ainsi que les frais de fonctionnement de la caisse et les transferts financiers au titre de la compensation démographique. Les droits spécifiques futurs sont également provisionnés par les entreprises au titre des engagements de retraite du personnel IEG.

c) Le montant des droits spécifiques en 2005

La décomposition des charges de pensions de vieillesse après adossement et les circuits de financement après réforme sont décrits dans le compte provisoire détaillé de l'année 2005, dans lequel sont isolées les contributions exceptionnelles versées en 2005.

258. Ce taux est passé à 4,5 % le 1^{er} mai 2006.

Régime des IEG en 2005. Décomposition des charges avec leurs modalités de financement

Charges	M€	Mode de financement
Charges de la gestion des pensions		
Pensions CNAVTS	1 360	Taux employeur 24% Taux salarié 12%
Pensions ARRCO	412	
Pensions AGIRC	306	
Droits spécifiques passés <i>activités régulées</i>	1 156 644	-CTA -Appel à cotisations employeur
<i>activités non régulées</i>	512	
Droits spécifiques futurs	1	Taux employeur 6,5 %
Total des pensions	3 235	
Annuité correspondant au règlement à la CNAVTS de la soulte au titre des activités régulées	320	CTA
Autres charges	278	Taux employeur 6,5 %
Contributions exceptionnelles forfaitaires et libératoires		
Soulte CNAVTS activités non régulées	3 056	Appel à cotisations employeur
Apports aux réserves techniques et au fonds de gestion des régimes complémentaires	718	Appel à cotisations employeur

Source : Cour des comptes d'après les informations fournies par la CNIEG (chiffres provisoires). La soulte CNAVTS pour les activités régulées comprend le versement annualisé de 287 M€ et un versement en 2005 de 33 M€ au titre des activités non régulées, parce que la clé de partage définitive des droits spécifiques passés entre les activités non régulées et les activités régulées a été fixée à 39,57 % / 60,43 %. Elle se substitue à une clé provisoire fixée à 40 % / 60 %. Cet écart entre la clé de partage provisoire et la clé définitive explique les différences existant entre les montants figurant dans le tableau et ceux qui sont mentionnés dans le paragraphe a).

L'ensemble constitué des pensions adossées et des droits spécifiques atteint le montant de 3 235 M€. Le montant des droits spécifiques représente 35,7 % de cet ensemble. Les droits spécifiques passés incluent la part des droits passés non repris par les régimes complémentaires ARRCO et AGIRC en raison de taux de validation inférieurs à 100 %. Cette part correspond au coût induit par la structure démographique et le niveau et la structure des rémunérations du régime des IEG par rapport aux régimes complémentaires. Elle ne représente pas des avantages spécifiques versés par le régime des IEG. Compte tenu des

taux de validation retenus, cette part peut être évaluée à 357 M€. Les droits spécifiques « purs », après déduction de ce coût lié au déséquilibre démographique, représentent 800 M€, soit 24,7 % du coût des pensions versées par le régime des IEG.

Par ailleurs, la CTA finance 25,1 % des charges du régime, hors contributions exceptionnelles versées aux régimes de droit commun.

3 – Le régime de retraite de la RATP

Jusqu'au 30 juin 2005, les recettes du régime de retraite de la RATP étaient composées de deux sources :

- des cotisations prélevées au taux de 23,19 % (7,85 % pour les salariés, 15,34 % pour l'employeur) ;
- une contribution forfaitaire versée par le STIF destinée à compenser la différence entre le produit des cotisations et les charges du régime spécial. En 2004, le régime a reçu une subvention de 448,5 M€ couvrant 64,2 % des prestations versées.

En matière de transferts financiers au titre de la compensation démographique, le régime de la RATP est débiteur pour la compensation généralisée et, jusqu'en 2002, était créancier pour la compensation spécifique. Depuis 2003, à la suite de la réforme de la compensation, le régime est devenu débiteur pour la compensation spécifique. En 2004, la charge de transferts de compensation versés a représenté 11 % des recettes de cotisations sociales et 6,9 % de la subvention d'équilibre.

a) L'adossement du régime de la RATP à partir de 2006

L'organisation de l'adossement aux régimes de droit commun sera précisée dans les conventions financières en cours d'approbation. Les droits à la retraite acquis dans les régimes de droit commun seront financés par une cotisation des salariés au taux de 12 % et une cotisation de l'employeur RATP au taux de 18 %. L'impact de l'augmentation du taux de cotisation des salariés (de 7,85 % à 12 %) sur le montant de la rémunération nette du personnel de la régie est intégralement compensé, sans créer de nouveaux droits à la retraite. L'augmentation des coûts de production induite par l'augmentation des taux de cotisation est financée par le STIF et compensée aux collectivités territoriales membres du STIF sous la forme de transferts de parts d'impôts de l'Etat (attribution à la Région de points de taxe intérieure sur les produits pétroliers -TIPP- et aux départements d'une fraction de la taxe sur les conventions d'assurance -TSCA-). En conséquence, les tarifs de la RATP ne seront pas affectés par la réforme du financement du régime de retraite.

La neutralité financière de l'adossement vis-à-vis de la CNAVTS conduira au versement d'une contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire (la « soulte ») dont le montant provisoire a été évalué à 700 M€. La soulte sera à la charge du budget de l'Etat, les conditions de paiement à la CNAVTS devant être précisées ultérieurement.

La neutralité financière vis-à-vis des régimes complémentaires ARRCO et AGIRC prendra la forme, comme dans le cas des IEG, d'un taux de validation des droits passés inférieur à 100 %²⁵⁹. En entrant dans la solidarité interprofessionnelle des régimes complémentaires, la nouvelle caisse devra s'acquitter d'un montant de 180 M€, théoriquement à la charge de la RATP mais qui devrait être pris en charge par le budget de l'Etat en raison de l'incapacité de la régie à le financer.

Dans l'hypothèse où la caisse serait contributrice nette au titre des transferts de compensation démographique, la dépense serait à la charge du budget de l'Etat.

b) Le financement des droits spécifiques.

Comme le niveau des droits des affiliés est inchangé, les droits spécifiques sont égaux à la différence entre le montant de la pension calculée selon les règles du régime spécial et la pension adossée calculée selon les règles des régimes de droit commun. Le financement des droits spécifiques suit la règle suivante :

- la totalité des droits spécifiques passés, validés au 31 décembre 2005, est financée par le budget de l'Etat ;
- les droits spécifiques futurs, acquis à partir du 1^{er} janvier 2006, sont financés par le budget de l'Etat dans la limite d'un volume d'emplois statutaires de la RATP de 45 000²⁶⁰. Au-delà de cette limite, ils seront à la charge de la RATP.

259. Le taux de validation devrait être de 60 % à l'ARRCO et de 50 % à l'AGIRC.

260. En 2004, le régime de la RATP comptait 43 550 ressortissants hors pensionnés. Le chiffre de 45 000 est celui retenu dans le contrat 2004-2007 entre le STIF et la RATP.

Le financement du régime de la RATP à partir de 2006

	Dépenses	Financement
Pensions adossées	Cotisations versées à la CNAVTS	Taux employeur 18 % Taux salariés 12 %
	Cotisations versées à l'ARRCO et l'AGIRC	
Contributions exceptionnelles, et forfaitaires libératoires	Soulte versée à la CNAVTS	Budget de l'Etat
	Apports aux réserves techniques et aux fonds de gestion des régimes complémentaires	RATP ou budget de l'Etat
Droits spécifiques	Droits spécifiques passés validés au 31/12/2005	Budget de l'Etat
	Droits spécifiques futurs validés à partir du 01/01/2006	-Budget de l'Etat dans la limite d'un volume d'emplois de 45 000 -RATP au-delà de cette limite
Prise en charge de cotisations sociales	Prise en charge des cotisations sociales des assurés ne remplissant pas les conditions d'une liquidation à taux plein	Budget de l'Etat pour la part avant 2006
		Pour la part après 2005 : budget de l'Etat dans la limite d'un volume d'emplois de 45 000 RATP au-delà de cette limite
Autres dépenses	Transferts de compensation démographique	Budget de l'Etat
	Dépenses de gestion administrative de la caisse	Taux employeur RATP 0,43 %

Source : Cour des comptes.

Cette charge est estimée à 450 M€. L'Etat s'en acquittera par deux voies. D'une part, un crédit de paiement de 374,11 M€ a été inscrit dans la loi de finances de 2006, au titre de la subvention d'équilibre au régime de retraite de la RATP. D'autre part, la hausse des cotisations induite par l'adossement est évaluée à 96,3 M€ TTC, effets induits compris²⁶¹. Elle sera intégralement compensée par l'Etat aux collectivités membres du STIF.

261. Source : ministère des transports, de l'équipement, du tourisme et de la mer.

B – Le régime de retraite de la SNCF

Les modalités de financement des pensions versées par la caisse de retraite sont fixées par le cahier des charges de la SNCF. Son article 30 définit les trois principales sources de financement des charges de retraite.

a) La cotisation normalisée

La cotisation normalisée est prélevée à un taux déterminé par décret « à partir du taux en vigueur dans les régimes de référence (régime général et régimes complémentaires obligatoires les plus généralement appliqués dans les entreprises de transport du secteur privé) ». Ce taux est constitué de l'addition de deux taux :

- le premier (T1) est l'équivalent du taux de cotisation en vigueur dans les régimes de référence (régime général, ARRCO et AGIRC), applicable à l'assiette liquidable du régime spécial ;
- le deuxième (T2) est représentatif des avantages nets du régime spécial par rapport aux régimes de référence²⁶². Le calcul de la part T2 souffre de l'absence d'une méthode de calcul incontestable et de l'absence d'actualisation régulière du calcul. Le taux de la cotisation normalisée est un taux négocié, résultant d'un arbitrage qui ne prend pas nécessairement en compte le coût effectif des avantages nets du régime. Depuis février 1991, il est inchangé²⁶³ alors que, au cours des quinze dernières années, des modifications ont eu lieu dans les régimes de droit commun :
- les taux de cotisation ont augmenté dans les régimes complémentaires ARRCO et AGIRC ;
- les réformes du régime général de 1993 et 2003 ainsi que celles des régimes complémentaires ARRCO et AGIRC de 1996 et 2002 ont modifié les droits servis dans les régimes de droit commun, ce qui conduit à accroître le poids relatif des avantages spécifiques du régime de la SNCF par rapport aux régimes de référence.

262. Par rapport aux régimes de droit commun, les avantages nets du régime correspondent à quatre rubriques : un âge moyen de départ à la retraite inférieur induisant une perte potentielle de cotisations, des niveaux différents de pensions de droit direct liquidées, des avantages liés aux pensions de réversion (âge de jouissance, conditions de ressources), le paiement d'avance des pensions.

263. Il s'établit à 36,29 % de la masse salariale liquidable (7,85 % pour la part salariale et 28,44 % pour la part employeur).

Le produit des cotisations normalisées ne permet de financer qu'un tiers des charges de pensions. Ce faible taux de couverture s'explique par le fait que, dans le régime de retraite de la SNCF, la masse des pensions versées est supérieure à l'assiette des cotisations.

b) La subvention d'équilibre

La subvention d'équilibre du régime de retraite est inscrite chaque année dans la loi de finances. Elle couvre plus de la moitié des charges de pensions et, depuis le début des années 2000, elle augmente plus rapidement que les prestations.

Comme le mode de calcul du taux de la cotisation normalisée est conçu, en théorie, pour inclure le coût des avantages spécifiques, la subvention d'équilibre a vocation à couvrir le coût induit par le déséquilibre démographique du régime qui n'est que très partiellement pris en charge par les transferts financiers au titre de la compensation démographique.

c) Les avantages supplémentaires

L'article 30 spécifie enfin que les « nouveaux » avantages accordés aux retraités depuis le 1er janvier 1990 sont à la charge de la SNCF et de ses salariés. Pour améliorer le niveau des pensions liquidées et augmenter le pouvoir d'achat des pensions versées aux retraités, la SNCF a en effet accordé de nouveaux avantages qui ont porté essentiellement sur l'élargissement du salaire liquidable. L'intégration progressive de points d'indemnité de résidence a ainsi permis d'augmenter l'assiette des cotisations pour la retraite et, en raison du mécanisme de la péréquation, d'augmenter simultanément les pensions servies au stock de retraités. Ces avantages supplémentaires se différencient des droits ou avantages spécifiques.

Le coût net de ces avantages, après déduction des cotisations normalisées (salarié + employeur) supplémentaires qu'engendre l'augmentation de l'assiette, est à la charge de l'employeur. En 2004, pour des avantages supplémentaires d'un montant de 304 M€, la contribution nette supplémentaire de l'employeur SNCF s'est élevée à près de 200 M€, soit 4,7 % de l'assiette des cotisations.

Le taux de cotisation global, égal à la somme du taux de la cotisation normalisée et du taux de la contribution nette pour les avantages supplémentaires, augmente au cours du temps en raison de la montée en charge du coût des avantages supplémentaires. En 2004, il atteint 40,97 %.

d) Les transferts financiers de la compensation démographique

Aux sources de financement inscrites dans le cahier des charges s'ajoutent les transferts financiers au titre de la compensation démographique (généralisée et spécifique) entre les régimes de retraite. Le régime de la SNCF est créateur net, compte tenu de son rapport démographique comparé à celui des autres régimes.

Cette source de financement a atteint près de 18% des prestations versées entre 1993 et 1998. Elle décline depuis cette date et, en 2004, elle ne représente plus que 8,7 % des prestations. Les réformes récentes des mécanismes de la compensation démographique expliquent en partie cette diminution. Le « tarissement » progressif de ce financement est reporté sur la subvention d'équilibre qui augmente.

III - Les perspectives des régimes spéciaux à l'horizon 2050

Pour la préparation du troisième rapport du Conseil d'orientation des retraites (COR) publié en mars 2006, les régimes de retraite ont réalisé des projections financières à l'horizon 2050. Le COR a fourni un ensemble d'hypothèses relatives à l'évolution des principales variables macro-économiques²⁶⁴ et les régimes ont projeté les effectifs de cotisants et de retraités, les charges de prestations et les recettes de cotisations, à législation inchangée.

A – L'évolution des populations de cotisants et de retraités à l'horizon 2050

1 – L'augmentation du nombre des liquidations de droit direct

L'année 2005 marque le début de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses du baby boom. Globalement, on s'attend à une croissance rapide des liquidations de pensions de droit direct. Au niveau

264. Le scénario macro-économique central du COR s'appuie sur les hypothèses suivantes : le taux de chômage diminue jusqu'en 2015 où il se stabilise à 4,5 %, l'impact progressif de la réforme des retraites de 2003 permet d'accroître la population active de 400 000 personnes en 2050, le salaire par tête progresse au rythme annuel moyen de 1,8 % en termes réels, les pensions sont indexées sur les prix à la consommation sauf dans le régime de la SNCF où les pensions sont indexées sur les prix à la consommation +0,5 point par an. Ce scénario conduit à une quasi stabilité de la population active sur la période de projection.

de chaque régime pris isolément, ce phénomène ne sera pas nécessairement observé avec la même intensité puisque les recrutements réalisés dans le passé n'étaient pas proportionnels à la taille des cohortes successives arrivant sur le marché du travail. Néanmoins, les exercices de projections mettent en évidence deux profils entre les années 2005 et 2015 : un rebond modéré des liquidations dans les régimes de la SNCF et de la RATP, une accélération rapide avec un doublement des liquidations dans le régime des IEG.

2 – Les effectifs de cotisants et de retraités

La stabilité de la population active sur la période de projection a conduit à retenir également une stabilité des effectifs de cotisants dans les trois régimes²⁶⁵.

Pour ce qui concerne l'effectif des retraités de droit direct, celui-ci devrait rester stable à la SNCF pendant les dix prochaines années puis amorcer une lente décrue jusqu'en 2035. Dans le régime des IEG, la progression du nombre de retraités de droit direct devrait se poursuivre jusqu'au début des années 2020, suivant en cela la tendance antérieure. Entre 2020 et 2040, il y aurait par contre un recul de cet effectif d'environ 10 % et, à partir de 2040, une légère augmentation. Dans le régime de la RATP, l'augmentation de l'effectif des retraités de droit direct sera rapide sur toute la période de projection (+75 %).

Les effectifs de retraités de droit dérivé devraient diminuer fortement, tant à la SNCF qu'à la RATP. A l'inverse, dans le régime des IEG, l'effectif de retraités de droit dérivé, continuera de progresser pour ne diminuer qu'en fin de période de projection.

B – La situation financière des régimes

1 – Des besoins de financement croissants dans les régimes de la SNCF et de la RATP

Le besoin de financement avant subvention des régimes d'entreprise (SNCF et RATP) devrait se creuser dans le futur :

265. Cette hypothèse de stabilité des effectifs de cotisants est une rupture majeure avec les tendances observées au cours des 15 dernières années. Elle postule que l'assiette des cotisations progressera dans le futur au rythme annuel moyen de 1,8 %.

- dans le régime de la RATP²⁶⁶, il devrait être multiplié par 3,3 entre 2005 et 2050. Malgré de légères inflexions, la détérioration est permanente et forte sur la période de projection ;
- dans le régime de la SNCF, la situation est plus contrastée. Le besoin de financement devrait augmenter de 30 % entre 2005 et 2015 en raison des nombreux départs à la retraite. Le solde devrait s'améliorer entre 2015 et 2025 du fait de la stabilité des pensions versées puis à nouveau se détériorer jusqu'en 2045. Au total, sur la période de projection, le besoin de financement devrait augmenter de 25 %.

Ces besoins de financement sont couverts par les subventions d'équilibre de l'Etat. Pour le régime de la RATP, le montant de la subvention de 2004 devrait être multiplié en valeur réelle par 1,5 entre 2005 et 2015, par 2 entre 2005 et 2028 et par 3 entre 2005 et 2047²⁶⁷. A la SNCF, le montant de la subvention 2004 devrait être multiplié par 1,3 dans les dix prochaines années. Entre 2015 et 2035, il ne devrait pas y avoir de grandes variations de la subvention.

2 – Les besoins de financement du régime des IEG à la charge des employeurs

Par construction, le compte du régime des IEG est équilibré²⁶⁸ :

- les droits de base correspondant à la part adossée des pensions et leur financement (cotisations versées aux régimes de droit commun) sont des flux qui ne font que transiter par la CNIEG ;
- les droits spécifiques passés et futurs sont financés par la contribution tarifaire d'acheminement (CTA) et des cotisations employeur. Les ressources sont ajustées aux charges de sorte qu'aucun besoin de financement n'apparaît.

Avec l'accélération du nombre de liquidations, la part des droits spécifiques dans les pensions versées devrait augmenter au cours des 15 prochaines années et passer de 34,6 % en 2005 à 43,2 % en 2018. Entre 2025 et 2040, elle serait stabilisée au voisinage de 39 % puis elle devrait à nouveau augmenter après 2040.

266. Les projections des comptes du régime de la RATP ont été réalisées avant la réforme du financement du régime de 2006.

267. Entre 2005 et 2047, le PIB serait multiplié par 2,1.

268. La projection a été réalisée en considérant que, pour la part des pensions adossées, les taux de cotisation des régimes de droit commun ne seraient pas modifiés dans le futur et que les taux de validation des droits passés repris par les régimes complémentaires ne seraient pas modifiés en 2010 par la clause de rendez-vous.

Compte tenu de l'extinction progressive des droits spécifiques passés (acquis au 31 décembre 2004) et de l'accumulation des droits spécifiques futurs (acquis après le 1er janvier 2005), la structure de financement des droits spécifiques devrait fortement se modifier dans la période de projection. Alors que la CTA devrait financer 70 % des droits spécifiques en 2005, elle ne représenterait plus que 17 % de leur financement en 2050. Malgré la réforme du financement du régime des IEG, les employeurs de la branche seront de plus en plus fortement sollicités pour financer les droits spécifiques.

3 – L'ampleur des déficits actuariels

Le déficit actuariel est égal à la somme actualisée des soldes techniques annuels projetés²⁶⁹ et il est rapporté à la somme des assiettes de cotisations actualisées sur la même période afin de déterminer la variation du taux de cotisation nécessaire dès 2005 pour annuler le déficit actuariel de la période de projection.

Les déficits actuariels²⁷⁰ ont été calculés sur quatre horizons glissants de projection, 2005-2015, 2005-2025, 2005-2035 et 2005-2050²⁷¹.

269. Pour les régimes de la SNCF et de la RATP, les soldes techniques sont calculés après subvention maintenue à son niveau de 2004.

270. Les déficits actuariels ont été calculés avec un taux d'actualisation de 1,8 % en termes réels, soit le taux annuel moyen de progression de l'assiette des cotisations. Il correspond au taux de croissance projeté de l'assiette des cotisations pour les différents régimes de retraite.

271. L'impact de la réforme du financement de la RATP à partir de 2006 n'est pas pris en compte dans les projections financières à l'horizon 2050.

Déficits actuariels et variation du taux de cotisation

(M€ de 2003 et points de cotisation)

	2005-2015	2005-2025	2005-2035	2005-2050
SNCF				
-déficit actuariel	- 4 223	- 8 963	- 12 141	- 19 949
-variation du taux de cotisation	+9,28	+10,29	+ 9,44	+ 10,44
RATP				
-déficit actuariel	- 645	- 2 648	- 5 660	- 11 393
-variation du taux de cotisation	+3,86	+ 8,30	+ 12,01	+ 16,30

Source : Cour des comptes. La variation du taux de cotisation indique de combien il faut augmenter en points dès 2005 (ou diminuer en cas d'excédent) le taux de cotisation pour annuler le déficit actuariel de la période de projection.

Sous la réserve, qu'en projection, les hypothèses concernant l'évolution des effectifs cotisants seront vérifiées, on peut faire le constat suivant :

- en maintenant à son niveau de 2004 la subvention versée au régime de la SNCF, il aurait fallu, quel que soit l'horizon de projection, augmenter dès 2005 le taux de cotisation de 9 à 10 points pour couvrir les besoins de financement. Le trait particulier de ce régime est la stabilité de la hausse du taux de cotisation nécessaire pour rétablir son équilibre financier.
- la situation du régime de la RATP se dégrade de plus en plus au fur à mesure que l'horizon de projection s'allonge. En maintenant à son niveau de 2004 la subvention versée à ce régime, les augmentations de taux de cotisation devraient être de plus en plus fortes pour combler les déficits. A l'horizon 2015, une hausse de 3,9 points aurait été suffisante en 2005 pour retrouver l'équilibre financier. En considérant l'horizon 2025, il aurait fallu en 2005 augmenter le taux de cotisation de 8,3 points et à l'horizon 2050 de 16,3 points. Ce doublement des augmentations de taux tous les dix ans traduit l'ampleur et le creusement des déficits du régime de la RATP.

C – Les risques dans le futur

Les réformes des retraites de 1993 et 2003 ont porté essentiellement sur les paramètres gouvernant l'acquisition et la liquidation des droits à la retraite pour les affiliés du régime général et des trois fonctions publiques. Les décisions sur les nouveaux barèmes ont été prises avec pour objectif de faire converger dans un premier temps, puis d'aligner dans un deuxième temps, les principales règles des différents

régimes de retraite dans le but de réduire les iniquités entre leurs ressortissants.

Les réformes du financement du régime des IEG et du régime de la RATP ont tourné le dos à cette orientation. En laissant inchangés le niveau des droits des affiliés et en adoptant la technique de l'adossement aux régimes de droit commun, elles reviennent à pérenniser les droits spécifiques servis par ces régimes spéciaux. Les régimes spéciaux demeurent ainsi en dehors de l'objectif de convergence des règles applicables au régime général et aux régimes des fonctions publiques et voient même leurs particularités garanties.

Il est vrai que la réforme du financement de ces régimes spéciaux obéit d'abord à une logique d'entreprise, sans rapport direct avec la politique et la réforme des retraites. Elle répond à la nécessité de libérer les entreprises publiques du poids du provisionnement et du financement des engagements de retraite qu'elles ont contractés à l'égard de leur personnel, c'est-à-dire le montant des droits acquis par les affiliés actifs et retraités. Sans qu'il soit nécessaire a priori de porter un jugement sur la légitimité des avantages particuliers qu'offrent les régimes spéciaux, l'opportunité n'a cependant pas été saisie d'une adaptation des règles relatives à l'acquisition des droits à la retraite.

Avec la création de nouvelles caisses, les droits spécifiques sont isolés et forment à présent l'équivalent d'une pension supplémentaire différentielle qui garantit à la fois un montant de pension²⁷² et des avantages particuliers sous la forme essentiellement d'une durée de cotisation plus courte, d'un âge précoce de départ et d'une durée moyenne de retraite plus longue par rapport à ce qui prévaut dans les régimes de droit commun.

Dans cette nouvelle organisation, l'adossement aux régimes de droit commun et la garantie des droits spécifiques sont porteurs de risques de différents types dans le futur :

- les augmentations futures des taux de cotisation dans les régimes de droit commun se répercuteront automatiquement sur les employeurs et les salariés des régimes adossés ; elles auront un impact direct sur les coûts de production et indirect sur la politique salariale des entreprises publiques ;

272. La garantie porte sur un taux d'annuité de 2 % constant quelle que soit la durée de services validée dans le régime spécial et un taux de liquidation de 75 % pour la validation d'une carrière de 37,5 annuités. Les réformes des droits dans les régimes de droit commun conduisent, d'une part, à diminuer le taux d'annuité et, d'autre part, à le rendre croissant avec le nombre d'annuités validées tous régimes.

- les mesures d'allongement de la durée d'assurance déjà inscrites dans la loi de réforme des retraites de 2003, augmenteront relativement le montant des droits spécifiques dans le futur ;
- les éventuelles réformes des droits qui pourraient être réalisées dans le futur dans les régimes de droit commun conduiront également à augmenter la part relative des droits spécifiques, du fait de la garantie du montant de la pension ;
- même en l'absence de toute réforme d'envergure des droits, toute baisse du rendement dans les régimes complémentaires en points ARRCO et AGIRC ²⁷³ augmentera relativement la part des droits spécifiques.

L'exemple de la forte détérioration projetée des comptes du régime de la RATP à l'horizon 2050 souligne le risque financier transféré au budget de l'Etat puisque les besoins de financement dans le futur porteront sur les droits spécifiques²⁷⁴.

Les entreprises de la branche des IEG seront également exposées à ces risques puisque, au fur à mesure de l'extinction des droits spécifiques passés financés par la contribution tarifaire d'acheminement, le relais sera pris par le financement des droits spécifiques futurs qui reposent exclusivement sur les employeurs. La pression sur les coûts de production sera ainsi de plus en plus forte.

En laissant inchangé le coût des retraites dans les régimes spéciaux, les réformes du financement ont déplacé la charge du financement. Bien qu'elles soient déchargées de la plus grande part du provisionnement des engagements de retraite, les entreprises ne seront pas à l'abri :

- des risques liés aux hausses de leurs coûts de production induites par les augmentations de taux de cotisation dans les régimes de droit commun;
- des risques concernant la politique salariale, dans un contexte où, compte tenu des nombreux départs à la retraite qui se produiront dans les quinze prochaines années, elles seront amenées à gérer un flux élevé d'embauches.

273. Le rendement dans un régime en points est le rapport entre la valeur de service du point et sa valeur d'achat.

274. Entre 2005 et 2050, la somme des besoins de financement avant subvention, actualisés avec un taux d'actualisation de 1,8 % en termes réels, atteindrait 25,4 Md€ pour la RATP et 96 Md€ pour la SNCF (euros constants de 2003).

SYNTHÈSE

1. - En 2004 et 2005, le régime des IEG et le régime de la RATP ont fait l'objet d'une réforme de leur financement. L'adossement aux régimes de droit commun (régime général et régimes complémentaires ARRCO et AGIRC) a été organisé pour éviter que les entreprises (EDF, GDF et RATP) supportent la charge du provisionnement de leurs engagements de retraite.

En revanche, ces réformes n'ont pas touché aux droits des affiliés. L'opportunité n'a pas été saisie d'adapter les règles d'acquisition et de liquidation des droits à la retraite dans ces régimes, comme cela a été fait dans les fonctions publiques lors de la réforme des retraites de 2003.

Aucune réforme n'est encore intervenue dans le régime de la SNCF.

2. - Les droits spécifiques représentent un avantage important. La réforme du financement des régimes des IEG et de la RATP a permis d'isoler et de mesurer le poids des droits spécifiques dans le montant de la pension liquidée. Ces droits complètent la pension versée par les régimes de droit commun. En 2005, ils représentaient, dans le régime des IEG, 35,7% des pensions versées.

3. - L'âge de départ à la retraite est précoce dans les régimes spéciaux des entreprises publiques en raison des bonifications d'annuités. L'importance des droits spécifiques dans ces régimes s'explique par le salaire pris en considération pour le calcul de la pension, la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une retraite à taux plein et, surtout, par la précocité de l'âge de départ en retraite.

Dans le régime de la SNCF, l'âge de départ à la retraite est fixé à 55 ans. Par le jeu des bonifications d'annuités liquidables accordées en raison de la nature des emplois occupés, les catégories actives peuvent anticiper leur départ à la retraite de cinq ans et liquider à partir de 50 ans (SNCF, RATP) ou de 55 ans (RATP, IEG)). Il en résulte que près de 20 % des retraités de ces régimes spéciaux ont moins de 60 ans.

De plus, ces régimes ont conservé la règle des 37,5 annuités accomplies dans le régime pour liquider à taux plein et aucune pénalisation financière sous la forme d'une décote n'est appliquée quand la condition de durée d'assurance n'est pas satisfaite pour obtenir le taux plein. Quelle que soit la durée de la carrière validée, le taux d'annuité est constant et garanti (2 %) alors que dans le régime général, cette durée est de 40 annuités et devrait passer à 41 annuités en 2012.

4. - Les droits spécifiques ne sont pas financés par leurs bénéficiaires. La réforme du financement du régime de la RATP a mis à la charge du budget de l'Etat la totalité du financement des droits spécifiques

des agents de la régie. Dans le régime de la SNCF, la subvention publique d'équilibre finance plus de la moitié des prestations versées. Dans le régime des IEG, les droits spécifiques passés relevant des activités régulées sont financés par une nouvelle taxe sur la consommation, la CTA.

5. - Dans le futur, la détérioration de la situation financière des régimes spéciaux augmentera la charge du financement des droits spécifiques. Dans le régime de la RATP, la subvention d'équilibre du compte retraite devrait, en euros constants, être multipliée par trois à l'horizon 2050, en raison de la forte détérioration de sa situation financière. Après la réforme du financement de 2005, cette subvention finance les droits spécifiques et elle est, à présent, directement versée par le budget de l'Etat.

Dans le régime de la SNCF, la détérioration des comptes serait concentrée dans les dix prochaines années. La subvention d'équilibre devrait être multipliée par 1,3.

Le régime des IEG est théoriquement équilibré puisque les besoins de financement sont comblés par appel de cotisations auprès des employeurs. Il n'échappera cependant pas à la forte augmentation du coût des pensions qui devrait être multipliée par 2,3 à l'horizon 2050.

6. - Les régimes spéciaux adossés feront face à des risques financiers. Dans les régimes adossés (IEG et RATP), les droits spécifiques sont équivalents à une pension supplémentaire différentielle qui garantit à la fois un montant de pension et des avantages particuliers sous la forme d'une durée de cotisation plus courte et d'une durée de retraite plus longue par rapport à ce qui prévaut dans les régimes de droit commun.

Le mécanisme de l'adossement aux régimes communs et la garantie accordée à la pérennisation des droits spécifiques sont néanmoins porteurs de risques économiques et financiers dans le futur pour les entreprises et les salariés. En effet, les augmentations des taux de cotisation et la diminution relative des droits dans les régimes de droit commun se répercuteront automatiquement sur le coût des pensions et des droits spécifiques dans les régimes adossés.

RECOMMANDATION

44. En raison des perspectives démographiques et financières des régimes spéciaux, réformer ces régimes en mettant en œuvre les principes prévus par la loi de 2003.

CONCLUSION GÉNÉRALE

En 2005, le déficit global du régime général a été réduit à 11,6 Md€ contre 13,2 Md€ en 2004 et celui de l'ensemble des régimes de base de 12,8 Md€ à 11 Md€. Cette amélioration est due à l'amorce d'un redressement de la branche maladie.

Cette amélioration est cependant en trompe-l'œil car les branches famille et vieillesse sont confrontées à un déficit structurel sans perspective de rétablissement à court terme. De plus, les fonds de financement de la sécurité sociale (FSV et FFIPSA) qui, en principe, doivent contribuer à l'équilibre de la branche vieillesse et du régime agricole sont eux-mêmes durablement déficitaires. De ce fait, l'année 2005 est caractérisée par une dégradation des résultats consolidés des régimes obligatoires de base et des fonds de financement, le déficit global passant de 14,2 Md€ à 14,4 Md€, soit 4% des ressources des régimes de base.

Aucune amélioration globale n'est prévue pour les prochaines années. En effet, les besoins de financement des régimes obligatoires de base tels qu'ils résultent des déficits prévisionnels cumulés inscrits dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 seraient de 16 Md€ en 2006 et de 37 Md€ à l'horizon 2009.

La résorption de ces déficits conduira inévitablement, sous des formes diverses, à une hausse des prélèvements et à de nouveaux plans d'économies allant au-delà de ce que prévoient les réformes des retraites de 2003 et de l'assurance maladie de 2004.

La gravité de la situation peut aussi être illustrée par le coût du financement de ces déficits par l'emprunt. S'agissant de la branche maladie du régime général, la CNAMTS a ainsi supporté des frais financiers de 1,5 Md€ pour les années 2001 à 2005, soit l'équivalent de la baisse du déficit du régime général entre 2004 et 2005.

Le déficit structurel des fonds de financement ne peut pas perdurer. La permanence de ces déficits et surtout l'inertie de l'Etat en la matière ne laissent pas entrevoir de solutions. Ces fonds masquent les vrais besoins de financement des régimes et des branches. C'est pourquoi la Cour recommande leur suppression. Celle-ci n'aura aucune conséquence pour les assurés concernés mais permettra de faire apparaître la réalité et l'ampleur des besoins de financement des régimes concernés.

Le redressement des comptes appelle d'abord la recherche d'économies substantielles, tant dans les modes de gestion qu'en matière de prestations. Le rapport examine certains postes de dépenses qui pourraient faire l'objet de ces économies, qu'il s'agisse de la nécessaire réforme des conditions de la rétrocession des médicaments, des

modifications à apporter aux conditions d'exercice des infirmiers libéraux, d'une meilleure maîtrise de certains postes de dépenses tels que celui des affections de longue durée (en raison de l'extension de leur champ) ou encore des très nombreux aménagements à apporter à l'action sociale dans le régime général et en particulier dans la branche famille.

L'hôpital représente plus de la moitié des dépenses d'assurance maladie. Dans ce secteur, l'introduction de la tarification à l'activité doit permettre d'ajuster le financement des établissements à la réalité de leur activité mais présente un risque avéré et préoccupant de hausse des dépenses.

La Cour estime que la convergence tarifaire (dite convergence intersectorielle) entre établissements publics et cliniques privées est impossible dans les délais actuellement prévus et nécessite que les échéances prévues pour 2008 et 2012 soient reconsidérées. Sa mise en œuvre exige en effet que des conditions impératives soient remplies, notamment la mise en place de tarifs complets incluant les honoraires des personnels médicaux des cliniques privées.

La Cour a également examiné trois régimes spéciaux de retraite (RATP, SNCF, IEG). Le financement de deux d'entre eux (IEG et RATP) vient d'être réformé. La Cour regrette qu'à cette occasion, les prestations de ces régimes n'aient pas été réformées en application des principes de la loi de 2003.

REPONSES DES MINISTRES

*RÉPONSE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS ET DU
MINISTRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES
ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE*

Nous vous remercions de nous avoir communiqué le projet de rapport au Parlement de la Cour des comptes sur la sécurité sociale. Les avis formulés par la haute juridiction ont retenu toute notre attention. Outre les observations techniques qui vous ont été d'ores et déjà communiquées, nous souhaiterions revenir sur quelques uns des principaux points examinés par la Cour.

S'agissant d'abord de l'évolution des dépenses de sécurité sociale et en particulier d'assurance maladie, nous nous félicitons des appréciations favorables formulées par la Cour sur les effets de la réforme de l'assurance maladie. Il nous semble toutefois que la présentation générale de la situation de la sécurité sociale à laquelle procède la Cour ne souligne pas suffisamment l'inflexion sensible de la progression des dépenses d'assurance maladie. Les évolutions positives mentionnées dans le rapport (notamment sur l'évolution des indemnités journalières ou des dépenses de médicaments....) apparaissent en effet comme noyées au milieu de longues analyses critiques sur des points qui n'ont pas la même portée ou ne se situent pas sur le même plan. A ce titre, il nous apparaît essentiel de rappeler qu'en 2005, et pour la première fois depuis 1997, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté, ce qui à soi seul permet de mesurer l'ampleur du chemin parcouru en matière de maîtrise des dépenses grâce à la réforme instaurée par la loi du 13 août 2004.

Il convient en particulier de souligner, comme le fait la haute juridiction, l'importance de la décélération des dépenses relatives aux soins de ville. Alors qu'elles se situaient sur des rythmes de croissance supérieurs à 7 % depuis 2000, celles-ci ont progressé de 4,3 % en 2004, puis 3,1 % en 2005 (soit le même taux que le PIB en valeur). Les progrès les plus encourageants ont notamment porté sur les catégories de dépenses ayant connu antérieurement les dynamiques les plus fortes, conformément aux recommandations précédentes de la Cour, rappelées dans le présent rapport (ALD, dépenses de transport, IJ, dispositifs médicaux).

S'agissant du fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), dont la Cour mentionne l'important déficit, nous souscrivons pleinement au constat porté par la haute juridiction selon lequel c'est à l'Etat que revient la responsabilité d'apurer ces déficits par l'affectation de ressources fiscales pérennes, sans préjudice des ressources de même nature affectées aux régimes de sécurité sociale.

La Cour a également consacré d'importants développements à la gestion de l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance. L'implication de mutuelles qui assurent le service des prestations d'assurance maladie pour le compte des caisses de sécurité sociale est d'origine ancienne, et le partage des tâches qui en résulte doit être préservé. A ce titre, nous sommes attachés à ce que les conditions d'exercice de ces mutuelles soient pleinement cohérentes avec les missions et les modalités d'intervention des organismes de sécurité sociale, telles qu'elles sont établies par les conventions d'objectifs et de gestion, notamment en termes de transparence des remises de gestion, de tenue des comptes, de gestion du risque et d'efficience.

Afin d'y veiller, il pourrait être envisagé de mettre en place des conventions assignant aux organismes délégataires, à l'instar de ce que la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) pratique à l'égard des caisses primaires, des objectifs assortis d'indicateurs de suivi, de sorte que si des organismes se trouvaient dans l'incapacité manifeste de garantir un niveau minimal de performances, la suspension ou le retrait de la délégation de gestion qui leur est consentie puisse éventuellement être effectué.

Nous rappelons par ailleurs que dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 qui vient d'être signée entre la CNAMTS et l'Etat, il a été décidé de procéder à une stabilisation du montant des remises de gestion en euros courants.

Comme la Cour le fait elle-même, nous tenons enfin à insister sur l'importance que revêtent les dépenses d'action sociale dans le régime général, et notamment dans la branche famille. S'il est encore nécessaire d'améliorer l'articulation de ces dépenses avec les prestations légales servies par les caisses, des progrès importants ont été réalisés à la suite des observations formulées par la Cour sur ce sujet. A l'issue d'une étroite concertation entre la branche famille et les tutelles, les modalités d'intervention contractuelle de la CNAF en matière d'action sociale ont ainsi été réformées. Depuis le 1er juillet, le contrat enfance-jeunesse se substitue ainsi aux contrats enfance et aux contrats temps libre. Le nouveau dispositif va permettre d'améliorer le suivi des dépenses d'action sociale et de mieux cibler l'effort de la collectivité sur le développement quantitatif de l'offre d'accueil, au bénéfice des territoires qui en ont le plus besoin.

*RÉPONSE DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE
L'INDUSTRI ET DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AU BUDGET ET À LA
RÉFORME DE L'ÉTAT*

Sur les dépenses de l'assurance maladie

1) La Cour regrette, en particulier, la croissance en 2005 des dépenses des établissements de santé plus rapide que l'objectif voté. Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie souligne qu'en 2005, pour la

première fois depuis 1997, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été globalement respecté. Les objectifs fixés par le Gouvernement à l'occasion de la réforme de l'assurance maladie sont ainsi atteints dans leurs grandes lignes. C'est un acquis important qu'il faut saluer et qu'il faudra conforter à l'avenir. La maîtrise des dépenses, via la recherche de la meilleure efficacité de l'argent public, la responsabilisation de tous et la mise en œuvre du « parcours de soins » intégrant l'ensemble des acteurs est pleinement conciliable avec le développement d'une médecine de qualité.

Les craintes de la Cour sur les dépenses hospitalières nécessitent un approfondissement de l'origine des écarts par rapport aux prévisions afin de pouvoir, à l'avenir, prendre en cours d'exécution les mesures de redressement adaptées. Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie partage l'avis de la Cour sur le caractère stratégique de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie à l'hôpital et en clinique.

2) Comme la Cour y incite, le champ des dépenses relevant de l'ONDAM médico-social « personnes handicapées » doit être précisé en annexe du PLFSS et leur périmètre, correspondant aux charges de l'assurance maladie, strictement défini.

3) Au sein des soins de ville, le constat fait par la Cour du faible développement de la « démarche de soins infirmiers » devrait conduire à réfléchir, par priorité, à une meilleure organisation de l'offre de soins au plan géographique, et notamment aux moyens de réguler l'installation de professionnels en zones de surdensité.

4) S'agissant des suites données à certaines recommandations précédemment faites par la Cour, nous souhaitons apporter des précisions. La Cour revient sur la rétrocession hospitalière. Ce dispositif, manifestement inflationniste, permet aux hôpitaux depuis plus de vingt ans d'acheter à prix libre et de revendre, en se réservant une marge, des médicaments innovants dont les remboursements pèsent sur les soins de ville. Constatant l'échec des mesures réglementaires de 2004 pour corriger les effets pervers de ce dispositif, la Cour propose sa suppression. Nous estimons cependant nécessaire d'examiner au préalable les possibilités de tirer un meilleur profit de la liberté des prix d'achat des médicaments par les hôpitaux.

En ce qui concerne la maîtrise de la dépense au titre des affections de longue durée (ALD), nous rejoignons la proposition de la Cour consistant à définir plus strictement les critères d'admission et de dissocier cette dernière de la prise en charge systématique à 100 %. S'agissant des remboursements de transports, nous pouvons préciser que la CNAMTS agit dans le sens préconisé par la Cour en encadrant ces dépenses par un référentiel à l'adresse des prescripteurs hospitaliers. Enfin, la recommandation de corriger le dispositif des indemnités journalières, notamment par le biais de la subrogation par l'employeur, devrait, selon nous, faire l'objet au préalable d'une application plus stricte des recommandations de l'IGAS (règles

techniques de calcul et de cumul entre les indemnités journalières et d'autres revenus de remplacement).

Sur les ressources des organismes et le financement des déficits sociaux

1) En ce qui concerne les ressources, la Cour estime que l'État devrait inscrire à son bilan une provision pour « risques et charges » résultant de la nécessité d'équilibrer les comptes déficitaires du fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV). A défaut, la Cour estime que l'État ne serait pas disposé à régler une « dette », obligeant la CCMSA ainsi que la CNAVTS à provisionner leurs créances sur le FFIPSA et sur le FSV.

En complément de notre précédente réponse, nous confirmons à la Cour que le postulat selon lequel il reviendrait à l'État d'assurer l'équilibre des établissements publics n'apparaît pas *a priori* établi. Certains critères justifiant son intervention financière, tels que des avantages retirés de l'activité ou des risques qu'il assume, ne sont, en l'espèce, pas réunis. La loi n'a prévu d'obligation d'équilibre par le budget de l'État ni pour le FSV, ni pour le FFIPSA. En outre, ces fonds relèvent de la compétence du législateur social (champ de la loi de financement de la sécurité sociale) qui les a dotés de ressources propres. En tout état de cause, les questions de leur redressement et de la passation d'écritures comptables ne sont pas directement liées. Dès lors, l'inscription de provisions ne nous apparaît clairement pas justifiée.

2) S'agissant des créances et des dettes croisées entre l'État et les organismes, le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie prend acte de la différence d'analyse concernant le montant des créances sur l'État, inférieures de 1,1 Md€ environ dans l'analyse de la Cour par rapport à celle de l'ACOSS.

Par ailleurs, force est de noter que la Cour utilise à nouveau le terme « dettes » pour qualifier toutes les sommes à percevoir de l'État par la sécurité sociale au titre de l'exercice 2005 par différence aux sommes qu'il a effectivement payées au 31 décembre 2005. Une telle approche globale peut prêter à confusion.

Certaines des sommes dites « dues » par l'État ne sont pas censées avoir été payées par lui au 31 décembre 2005. En effet, les caisses de Sécurité sociale ne décaissent effectivement les prestations sociales rattachées au mois de décembre 2005, comme l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation de parent isolé, qu'à compter du mois de janvier 2006. De même, les caisses de Sécurité sociale n'enregistrent une perte de recette effective au titre des exonérations de cotisations sociales rattachées au mois de décembre 2005 (ou au dernier trimestre de cette année) qu'à compter du mois de janvier 2006 (ou du premier trimestre 2006). Au 31 décembre, l'État n'a donc pas de retard de paiement au titre de ces décalages.

Ces décalages ne sauraient être pris en considération pour apprécier le respect du principe de neutralité en trésorerie des financements par l'État des prestations versées pour son compte par la Sécurité sociale ou des exonérations de charges sociales, posé à l'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale. Ils sont d'ailleurs bien corrigés dans la situation semestrielle au 31 décembre 2005 des insuffisances et excédents de trésorerie entre l'État et la Sécurité sociale transmise pour la première fois au Parlement en mai 2006, conformément à l'article 17 de la loi du 2 août 2005 dite « LOLFSS ».

Dans ces conditions, nous estimons que la Cour pourrait opportunément distinguer les deux notions « d'insuffisance de trésorerie » et de « produits à recevoir », afin de ne plus assimiler ces décalages comptables à des « dettes ». La Cour pourrait en outre définir les règles de précision minimale attendues des états justificatifs de créances détenues sur l'État pour qu'ils lui soient opposables (à l'instar de ce que la Cour a fait pour des prestations facturées par l'État, comme le congé de paternité).

3) En ce qui concerne le financement des déficits prévisionnels à l'horizon 2009, la Cour estime nécessaire de prévoir les ressources permanentes permettant d'assurer le redressement des comptes. Toutefois, nous voulons souligner que la résorption des déficits sociaux doit davantage passer par la maîtrise des dépenses que par l'allocation de « ressources permanentes ». Cette position correspond à la stratégie de désendettement des administrations publiques telle que définie par le Premier ministre lors de la première Conférence nationale des finances publiques en janvier 2006. Conformément aux objectifs annoncés, le Gouvernement est attaché au retour à l'équilibre de la branche maladie en 2008 et à celui du régime général en 2009.

Sur les recommandations résultant des contrôles effectués, notamment les obligations de l'état employeur.

1) La Convention d'objectifs et de gestion (COG) que l'État et la CNAMTS viennent de signer devrait répondre à la recommandation de renforcer le pilotage national des systèmes informatiques de la CNAMTS, de leur sécurité et de leur efficacité. Par ailleurs, l'efficience du nouveau régime des accidents du travail - maladies professionnelles des exploitants agricoles (ATEXA) repose notamment sur la COG 2006-2009 de la Mutualité sociale agricole (MSA) qui modulera les remises de gestion consenties au réseau d'assureur au regard d'un objectif d'efficacité du recouvrement.

2) S'agissant de l'État employeur, notre réponse de 2004 sur l'absence d'obligation pour l'État, comme pour tout autre régime spécial, d'aligner les taux et les assiettes des cotisations maladies sur ceux du régime général, reste d'actualité. Au demeurant, l'État est son propre assureur pour les arrêts maladie. Nous avons le plaisir d'indiquer, d'autre part, à la Cour que sa recommandation de transmettre aux URSSAF les pièces justificatives des paiements des cotisations trouvera son application dès le 1^{er} janvier 2007

conformément à la COG 2006-2009 de l'ACOSS. Enfin, la dématérialisation de la déclaration et du paiement des cotisations de l'État employeur qui s'achèvera au terme de cette période conventionnelle permettra des contrôles similaires à ceux opérées sur les employeurs privés.

Sur la gestion des risques

1) Nous prenons note avec intérêt des observations de la Cour relatives aux retraites des personnels relevant des régimes spéciaux des industries électriques et gazières, de la RATP et de la SNCF.

2) S'agissant de l'organisation du pilotage national de l'hôpital, nous souhaitons préciser à la Cour qu'il apparaît important que les actuelles missions du plan « hôpital 2007 » puissent donner lieu à un partenariat avec les acteurs concernés (permettant d'optimiser les modes de gestion et de financement). La formule de groupements d'intérêt public pourrait, par exemple, être explorée. Un financement purement étatique serait contradictoire avec cette idée de mise en commun des énergies, au plus près de la gestion hospitalière. Une simplification des structures de pilotage locales paraît, par ailleurs, souhaitable.

Par ailleurs, nous estimons que les efforts d'efficience demandés aux établissements par le biais de la tarification à l'acte et à l'activité (T2A) doivent permettre une évolution maîtrisée de l'ONDAM hospitalier dès lors, d'une part, que l'objectif doit être, comme la Cour l'a déjà écrit, de converger vers les établissements les plus performants (et non la moyenne des coûts de revient), et d'autre part, que soit engagée une démarche volontariste pour rénover les prises en charges hospitalières permettant de dégager des marges. La place de l'hôpital dans le parcours de soin est, à cet égard, une question centrale, alliant qualité et efficacité.

3) En ce qui concerne la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), la disposition de la loi de finances initiale pour 2006 visant à aligner la prise en compte du forfait logement sur les règles applicables au RMI, visait prioritairement à corriger des incohérences entre dispositifs. Par ailleurs, nous estimons que le financement du fonds CMU par affectation de recettes fiscales lui procure une ressource plus régulière et donc plus avantageuse en termes de trésorerie. Ceci constitue d'ailleurs une opération transparente décrite dans les documents budgétaires de l'État. La taxe sur les organismes complémentaires en LFSS 2006 représente certes un montant de recettes inférieur à la subvention d'équilibre précédemment versée par l'État mais ceci se justifie par le transfert, par la loi, aux régions du financement des instituts de formations des soins infirmiers (IFSI). Enfin, s'agissant de la généralisation du forfait, nous sommes conscients qu'il peut engendrer des situations inégales entre organismes mais force est d'admettre qu'il simplifie les modalités de remboursement et, qu'en posant une moyenne de référence, il incite à la maîtrise de la dépense.

4) Concernant les dépenses d'action sociale, nous souhaitons apporter les éléments suivants à la Cour. En ce qui concerne le redressement des dépenses d'action sociale de la CNAF, nos services ainsi que ceux de nos collègues chargés de la famille examinent l'opportunité de mesures par avenant à la Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2005-2008. Sur la branche maladie, la COG 2006-2009 que nous venons de signer s'accompagne d'un engagement double de la CNAMTS à mener, d'une part, un audit externe sur l'utilisation des crédits affectés aux actions conventionnelles au sein du Fonds national d'action sanitaire et social (FNASS), et, d'autre part, à ouvrir dès cette année une ligne de 20 M€ au sein du FNASS destinée à la participation de la branche à la politique en faveur des personnes handicapées. Par ailleurs, nos services veillent au strict respect de l'application par la CNAVTS des stipulations de la COG 2005-2008 visant à recentrer prioritairement les crédits du fonds national d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées (FNASSPA) vers les retraités qui ne sont pas éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Enfin, la COG de la mutualité sociale agricole détaille les actions financées dans une annexe budgétaire pluriannuelle conformément aux vœux de la Cour des comptes.

**RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS
ET DES ORGANISMES**

PREMIÈRE PARTIE – LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2004

Chapitre I Les dépenses de la sécurité sociale

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

Si le constat fait par la Cour sur l'ONDAM « soins de ville » est en partie fondé, il me paraît néanmoins indispensable de mettre en avant les progrès réalisés par l'assurance maladie et ses partenaires conventionnels dans l'atteinte de ces objectifs. Plus de 70 % de l'objectif conventionnel a été atteint puisque les économies se montent à 720 M€ en 2005, pour un objectif de 1 milliard d'euros, bien que la convention médicale ne se soit appliquée qu'à partir de février et qu'elle n'ait été portée individuellement à la connaissance des médecins qu'au cours du second trimestre de l'année 2005.

Alors même que les précédents accords conventionnels n'avaient généré que des économies très limitées, ce que la Cour avait mis en évidence l'année dernière, le rapport obtenu en 2005 entre les revalorisations effectivement payées aux médecins libéraux en 2005 (280 M€) et les économies réalisées par l'ensemble des partenaires est très favorable à l'assurance maladie. Il y a donc une vraie rupture qu'il me semble important de souligner.

De la même façon, l'ampleur des économies engagées sur le poste des produits de santé me semble devoir être mise en évidence, même si elles sont en retrait par rapport aux objectifs initiaux. La comparaison avec les résultats obtenus les années antérieures est, là encore, pertinente. Un effort d'économies particulièrement important est en cours sur le médicament, comme en témoignent les faibles taux d'évolution actuels. L'écart entre l'objectif d'économie et les économies réalisées en 2005 est en premier lieu lié aux délais réglementaires de mise en œuvre des mesures.

La Cour relève la décélération des soins de ville en 2005. Les chiffres issus des premiers mois de l'année 2006 confirment ces évolutions avec une progression des dépenses de soins de ville en date de remboursement autour de 2 % sur les six premiers mois de l'année 2006. De plus, il ressort des premiers résultats de la maîtrise médicalisée en 2006 des éléments tout à fait encourageants, qu'il s'agisse des indemnités journalières mais aussi des objectifs sur le poste médicaments et le respect de l'ordonnancier bizon.

S'agissant des dépenses hospitalières, la CNAMTS s'emploie, au travers notamment de sa présence au sein du conseil de l'hospitalisation, à promouvoir la maîtrise des dépenses hospitalières, dans le cadre des objectifs

financiers fixés par le Parlement. Néanmoins, les récentes réformes ont entraîné une perturbation importante des outils de suivi du secteur des établissements et nécessitent de repenser les modes de régulation de ce secteur.

Les difficultés du suivi des dépenses des cliniques privées en 2005 sont liées aux retards importants de facturation des cliniques suite à la mise en place de la T2A et, dans une moindre mesure, de la nouvelle nomenclature des actes techniques. Ces retards ont donné lieu à des avances aux établissements et perturbé fortement la liquidation et donc les statistiques des dépenses. La facturation retrouvant un rythme régulier, le suivi des dépenses des cliniques devrait être de bonne qualité au cours des prochaines années.

Chapitre II

Les ressources des régimes de sécurité sociale

R.PONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (ACOSS)

L'ACOSS note qu'il subsiste toujours, entre la Cour des comptes et elle, une divergence d'appréciation de la situation des dettes de l'Etat vis à vis du régime général au titre des exonérations de charges sociales.

Le tableau de la page 70 ainsi que la dernière ligne du tableau de la page 73 font apparaître un montant de 2 230,9 M€ fin 2005 alors que l'ACOSS enregistre dans ses comptes des montants sur le même périmètre de 3 351,9 M€.

Cet écart provient de l'exercice 1998, premier exercice ayant fait l'objet d'une comptabilisation selon le principe des droits constatés pour les mesures emploi (ce passage a été réalisé en 1996 pour les autres produits).

A la date de la clôture des comptes 2005 de l'ACOSS, la situation comptable est la suivante : montant des créances et des produits à recevoir net des trop-perçus (appelé « droits constatés » dans le rapport) : 3 351,9 M€. Ce montant contracté est composé du reste à recouvrer net au 31/12/2005 (certain et liquidé) à hauteur de 2 965,66 M€ et des produits à recevoir à hauteur de 386,33 M€.

Le montant de la créance certaine de l'ACOSS a augmenté de 745,6 M€ par rapport à fin 2004 pour atteindre 2965,66 M€ au 31/12/2005, et il agrège les créances suivantes :

- la créance plan textile (320 M€) ;
- les exonérations AF concernant les exercices 1993 à 1996 et dont la liquidation est intervenue après la création du FOREC (135 M€) ;

- les créances non-soldées de janvier 1999 et 2000 (713 M€ + 58,8 M€ soit 771,8 M€) ;
- la créance au titre des exonérations 2003 (132,5 M€) ;
- la créance au titre des exonérations 2004 (563,9 M€) ;
- la créance au titre des exonérations 2005 (1 042,2 M€) ;

Les produits à recevoir ont au contraire fortement diminué entre la fin 2004 et la fin 2005, du fait de la réforme du financement des allègements généraux sur les bas salaires intervenue début 2006. En effet, les exonérations sur les salaires du mois de décembre 2005 (ou du 4^{ème} trimestre pour les cotisants trimestriels) déclarées en janvier 2006 sont compensées par l'affectation de recettes fiscales à la sécurité sociale, et non par un versement du budget de l'Etat.

Ainsi les produits à recevoir de l'Etat à la fin 2005 n'ont été constitués que des montants que l'Etat allait effectivement verser sur son budget, ce qui a conduit à exclure les sommes concernant les allègements généraux.

RÉPONSE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA FORÊT ET DES AFFAIRES RURALES (DGFAR)

Le chapitre consacrée aux ressources de la sécurité sociale traite du fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA). Il appelle de ma part les observations suivantes.

Le projet de rapport fait la recommandation suivante :

« Apporter les ressources nécessaires au rééquilibrage du régime des exploitants agricoles et supprimer le FFIPSA ».

La recherche des ressources nécessaires au rééquilibrage du fonds est une préoccupation permanente du Gouvernement et en particulier du ministère de l'agriculture et de la pêche. Cette question a notamment fait l'objet d'un rapport des inspections générales des finances, des affaires sociales et de l'agriculture en 2005 et d'un groupe de travail en 2006.

D'ores et déjà, comme l'indique le projet de rapport, des décisions ont été prises, notamment par la reconnaissance de la créance de 3,2 milliards d'euros sur l'Etat et par la reprise de 2,5 milliards de cette créance au 31 décembre 2005.

Les mesures de rééquilibrage structurel devront être prises dans le cadre des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale, car elles ne peuvent venir que de transferts provenant de l'Etat ou de la sécurité sociale, ou de création de recettes nouvelles. Elles s'inscriront donc dans le cadre des grands équilibres des finances publiques. Ces mesures devront régler non seulement la question du déséquilibre annuel, mais aussi celle de la résorption des déficits cumulés.

Cependant, la suppression du FFIPSA envisagée par le projet de rapport ne paraît pas être un élément de solution satisfaisant.

En effet, d'une part la suppression du FFIPSA n'est pas en soi une réponse au problème du déficit actuel du régime. D'autre part le FFISPA a été créé à la suite de la disparition du BAPSA, dont la forme de budget annexe n'était pas compatible avec la loi organique relative aux lois de finances. Et son existence permet de maintenir une grande transparence vis à vis du financement du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, comme le faisait auparavant le BAPSA. Cette transparence se fait vis-à-vis du monde agricole, au moyen notamment du comité de surveillance du FFIPSA, et aussi vis-à-vis du Parlement, avec les votes spécifiques sur ce fonds dans le cadre de la discussion des lois de financement de la sécurité sociale.

La suppression du FFIPSA risquerait de diminuer cette visibilité et poserait plus de problèmes qu'elle n'en résoudrait.

Le ministère de l'agriculture et de la pêche considère que l'unité du régime de protection sociale des non salariés agricoles est un élément essentiel du bon fonctionnement de ce régime et de la qualité du service qu'il apporte à l'ensemble de ses assurés.

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

La situation du FFIPSA constitue une préoccupation majeure pour la mutualité sociale agricole. Le régime des non salariés agricoles est en effet le seul régime obligatoire à devoir massivement recourir à des découverts bancaires pour assurer le paiement des prestations dues à ses assurés et cette situation n'est pas admissible. Elle l'est d'autant moins qu'elle conduit insidieusement, dans l'esprit d'un grand public peu au fait des subtilités du financement de la protection sociale, à engager la responsabilité du monde agricole dans son ensemble.

La MSA regrette que le groupe de travail mis en place par les pouvoirs publics n'ait permis aucune avancée significative sur ce dossier. Comme pouvaient le laisser présager sa composition et la position discordante des ministères, les débats n'ont pas permis d'aboutir à un consensus mais ont surtout mis en relief une opposition de principe entre les partisans de « l'Etat doit payer » et ceux de « la sécurité sociale doit payer ». Elle constate également que la manière dont les débats ont été conduits a :

- d'une part excessivement focalisé l'attention sur la question de la parité de l'effort contributif, alors même que l'enjeu financier (pour autant qu'il y ait un enjeu ce que conteste, démonstration à l'appui, la MSA) est extrêmement limité ; tout se passe comme si le régime agricole devait en permanence se justifier de bénéficier de la solidarité interprofessionnelle

des salariés (volontairement, le débat n'a pas été élargi aux non salariés non agricoles et aux fonctionnaires.....) ;

- d'autre part largement occulté, au motif d'arguments techniques contestables, le débat sur la compensation démographique, tout particulièrement sur le volet maladie puisque aucune conséquence n'a été tirée d'une évolution qui conduit à la mise en place de prestations en nature identiques pour tous ; elle justifierait en effet que la solidarité interprofessionnelle s'exerce entre les régimes de la même manière qu'elle s'applique au sein d'un régime.

Tous les participants ont néanmoins reconnu que le régime des non salariés agricoles, compte tenu de sa situation démographique, ne pouvait être équilibré par les cotisations de ses adhérents (16 Md€ de prestations pour une assiette de cotisations de 6,6 Md€) et que le niveau des prestations ne permettait pas d'envisager une action ciblée sur les dépenses, à l'évolution au demeurant très modérée. La survie du régime est donc conditionnée à l'apport de ressources externes. La MSA souligne l'urgence qui s'attache à ce que les pouvoirs publics rendent à présent les arbitrages nécessaires et rappelle à cet égard que le comité de surveillance du FFIPSA a déjà ouvert la voie à des compromis raisonnables.

Chapitre IV

Les contrôles effectués sous l'autorité de la Cour des comptes

I - Les contrôles des COREC

Les contrôles effectués en 2005

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

La Cour note que « la stabilité de la structure des organismes du régime général est frappante ». Elle compare tout d'abord l'évolution des autres régimes. Il me semble à cet égard important de souligner la divergence des évolutions démographiques des différents régimes : entre 1995 et 2004, le nombre d'assurés relevant du régime général a progressé de 11 % tandis que cette évolution est inverse pour le régime agricole et celui des indépendants. C'est à l'aune de ces dynamiques qu'il faut appréhender les évolutions dans l'organisation des réseaux.

Il convient également de remarquer que l'organisation administrative de l'Assurance Maladie a été conçue autour d'une logique de production qui, en revanche, commence à dater ainsi que le signale la Cour et doit évoluer

pour accompagner les objectifs stratégiques de la branche dans le domaine de la gestion du risque, de la relation client et de l'efficience.

Le nombre de départs à la retraite sur la période 2006-2009 de la prochaine COG constitue à cet égard une opportunité. L'évolution de l'organisation de l'Assurance Maladie devra garantir la continuité d'un service qualité en tous points du territoire, favoriser le développement de la mutualisation des activités et de la coopération entre les organismes.

Cette organisation doit également permettre à l'Assurance Maladie d'augmenter sa capacité et son efficacité d'intervention comme opérateur en gestion du risque.

*RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES BARREAUX FRANÇAIS
(CNBF)*

**Sur la remarque de la Cour des comptes relative à l'absence d'un
« contrôle interne véritable »**

Les contrôles effectués à l'agence comptable et au niveau des gestions techniques constatés par la DRASSIF sont réels et assurent un niveau de sécurité satisfaisant en matière de gestion des flux financiers et de responsabilisation des intervenants.

Leur seul défaut, relevé par la DRASSIF, est de ne pas avoir été repris et consolidés dans un document dénommé « plan de contrôle interne »

Pour répondre au souhait de la DRASSIF et sachant l'obligation qui sera faite à la CNBF de faire certifier dès 2008 ses comptes par un commissaire aux comptes (article LO.132-2-1 du code des juridictions financières), une mission sera conduite en 2006/2007 pour définir et mettre en oeuvre un plan de contrôle interne adapté à notre organisme et validé par un commissaire aux comptes.

**Sur la remarque de la Cour des comptes relative à la « lourdeur
des procédures » et son caractère « peu efficace »**

La lourdeur des procédures a été soulignée lors de différents contrôles constatant les délais parfois importants de retour à la CNBF des requêtes exécutoires établies en application de l'article L. 723-9 du code de la sécurité sociale. Ainsi, les titres transmis le 24 décembre 2004 ont été signés le 21 mars 2005 et retournés à la CNBF le 4 avril 2005 ; les titres envoyés le 16 décembre 2005 ont été signés le 21 mars 2006 et retournés à la caisse le 23 mars 2006. Sur Paris, les délais qui étaient en moyenne de six mois se sont réduits à trois mois entre 2002 et 2005.

La procédure n'est pas en cause dans l'apparente inefficacité du recouvrement. Le titre exécutoire permet une signification et une exécution rapide comme en témoigne l'amélioration sur les exercices 2003/2005 du recouvrement des créances de l'année d'un montant inférieur à 15 545 €.

Mais cette procédure -ou tout autre- reste inopérante sur des avocats gravement endettés ou insolvable.

Comme nous l'avons toujours rappelé, la combinaison d'un niveau de taxation des cotisations très élevé, l'application de taux de majorations de retard sans réalité économique et une politique consistant à ne pas admettre en non valeur des dettes pour des avocats toujours inscrits au tableau, augmente artificiellement notre contentieux par rapport à d'autres organismes moins sourcilleux.

Des efforts importants ont été réalisés dont nous mesurons seulement aujourd'hui les effets. Globalement le recouvrement contentieux s'améliore à la CNBF depuis 1998. Les sommes mises en recouvrement au 1er janvier (toutes origines confondues) au titre des années précédentes représentaient 18,6 % en 1998, 18,1 % en 2003 et seulement 14,8 % en 2005. De même, le nombre de dossiers d'avocats indépendants restant devoir des sommes au 1er janvier est passé de 4 703 en 2002 à 3 642 en 2005

RÉPONSE DE LA CAISSE DE RETRAITE ET DE PRÉVOYANCE DES VÉTÉRINAIRES (CARPV)

Nous souhaitons apporter quelques remarques quant aux observations qui ont été formulées par la Cour des comptes au sujet du niveau de frais de gestion de la CARPV, et notamment souligner les points suivants :

- les frais administratifs de la caisse de retraites et de prévoyance des vétérinaires couvrent la gestion de trois régimes (régime de base, régime complémentaire et régime invalidité décès) et incluent les exigences liées au contrôle interne (plan de contrôle interne mis à jour en tenant compte des recommandations du dernier contrôle du COREC de 2005).
- le coût global par affiliés s'élève en 2004 à 104 €. Ce coût de gestion rapporté aux prestations et cotisations tous régimes confondus présente un ratio en 2004 de 0,96 %, soit en dessous de la moyenne des organismes composant la caisse nationale des professions libérales.

Par ailleurs ce ratio, comparativement aux organismes qui ne gèrent qu'un pilier de la protection sociale vieillesse, place la CARPV dans une situation plutôt favorable en la matière.

La CARPV est gérée par des professionnels, proches des attentes et des besoins de leurs confrères professionnels, ce qui se traduit par un très bon taux de recouvrement, actuellement de 98 %.

Enfin la taille modeste de la CARPV permet d'apporter aux vétérinaires libéraux un service personnalisé, attentif et humaniste dont la qualité ne pourrait se dégrader dans le cadre d'un rapprochement de caisses.

*RÉPONSE DE LA CAISSE DE RETRAITE DES PERSONNELS DE
L'OPÉRA NATIONAL DE PARIS*

1. L'existence du contrôle interne.

En ce qui concerne celui-ci, dans le cadre du contrôle approfondi de l'exercice 2004 du comité régional des comptes d'Ile-de-France (COREC), le rapporteur a, effectivement, soulevé cette question.

Toutefois, comme cela a été indiqué verbalement au rapporteur et confirmé par lettre en date du 25 octobre 2005, la caisse de retraites effectue bien les contrôles administratifs, comptables et informatiques de tous ses actes de gestion, qu'il s'agisse de l'affiliation, du recouvrement des cotisations ou du paiement des prestations.

Ce contrôle est effectué d'abord administrativement par les services de la caisse de retraites, puis, dans l'exercice de leurs responsabilités, par le directeur ou son adjoint en qualité d'ordonnateur des recettes et des dépenses et l'agent comptable en qualité de payeur. La dimension de l'organisme permet un contrôle permanent et très efficace.

De plus, à la différence de la pratique suivie par les autres organismes, tous les actes de gestion individuels concernant les affiliations, les validations rétroactives de services, les liquidations des pensions, les suspensions sont soumis à l'approbation des membres de la commission de gestion, parmi lesquels figurent les autorités de tutelle.

En ce qui concerne la gestion du risque, le contrôle est là, encore, exhaustif puisque toutes les opérations se font lors d'une procédure unique par mois.

A l'issue des divers contrôles de l'URSSAF, aucune anomalie, ni erreur, n'ont été détectées.

Quant aux procédures informatiques, celles utilisées sont listées dans un classeur spécifique, ainsi que toutes les modalités de leur contrôle.

De plus, depuis 2004, une commission de contrôle des comptes vérifie la conformité des documents présentés avec les résultats figurant dans le compte financier.

Cependant, pour tenir compte de la préconisation du COREC de formaliser l'ensemble des dispositifs de contrôle dans un document unique, celui-ci sera soumis à l'approbation d'une prochaine séance de la commission de gestion.

2. La stabilité des frais de gestion.

La caisse de retraites gère un effectif relativement réduit de 3 380 assurés en 2005. Cependant, ce chiffre ne reflète qu'une partie de ses activités.

En effet, conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n° 68-382 du 5 avril 1968 modifié, elle affine, depuis 1995, les personnels artistiques de la danse, du chant, des chœurs ou de l'orchestre sous contrats à durée déterminée. Ces nouvelles affiliations représentent, chaque année, entre 250 et 350 dossiers à traiter.

Depuis 2004, elle procède à la reconstitution informatisée des carrières des assurés avant 1998. De plus, la caisse de retraites contrôle chaque année l'existence de tous les allocataires, à la différence des autres organismes, qui le font par sondage, ainsi que les conditions de cumul emploi-retraite.

Les missions de la caisse de retraites sont donc bien remplies, comme l'a souligné le rapporteur du COREC. Celui-ci a indiqué, dans ses observations sur la gestion, que « l'organisme est bien géré par une équipe homogène qui, compte tenu de son effectif réduit, a développé une large polyvalence ». Cet effectif n'est effectivement constitué que de cinq personnes à temps complet.

Depuis de nombreuses années, alors que les prestations représentent plus de 97 % des charges de la caisse de retraites, les charges de gestion administrative sont stabilisées autour de 2 % du total des dépenses, dont 1,45 % de dépenses de personnel.

3. La mutualisation des opérations de gestion.

La caisse de retraites dispose d'une autonomie juridique et financière. Les opérations de paiement, initialement traitées manuellement par l'Opéra, ont été transférées à la caisse de retraites en 1995, sans que cette dernière ait eu recours à du personnel supplémentaire.

Afin de faire face à l'accroissement de ses charges, la caisse de retraites a amélioré progressivement son environnement informatique et les fonctionnalités du système :

La caisse de retraites, malgré l'accroissement de ses missions, a stabilisé les frais de sa gestion administrative, démontrant sa rigueur et la maîtrise de ses opérations. Le personnel a su s'adapter aux nouvelles technologies informatiques et au développement des activités en montrant ses qualités de compétence, de polyvalence et d'efficacité.

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

La CCMSA a engagé un certain nombre d'actions sur le sujet et notamment l'établissement d'un contrat de progrès pluriannuel avec la MSA de la Corse, avec pour objectif à la fois l'amélioration de la qualité de service, la poursuite de l'amélioration du recouvrement et l'accroissement de la performance économique.

Au regard de ces trois volets, la MSA de Corse s'est donc engagé à réduire les délais de paiement des prestations, à mettre en oeuvre la récente mesure de désendettement social, et à travailler sur le suivi du recouvrement suite à l'application de ces dispositions.

Concernant l'accompagnement de la CCMSA, celui-ci passe par un suivi conjoint entre la Direction de la MSA de la Corse et les services concernés de la CCMSA sur l'atteinte des objectifs fixés par le contrat de progrès, et par une assistance que la CCMSA s'engage à fournir sous la forme d'une aide opérationnelle dans les domaines d'intervention pouvant contribuer utilement à l'atteinte de ces objectifs.

Ce contrat, s'étendant sur une période de trois ans, doit contribuer à garantir une qualité de service qui soit, en Corse, de même niveau que sur l'ensemble du territoire, et à favoriser le retour à des normes de gestion conformes à celles des autres organismes du régime agricole. Il constitue une incitation forte pour la MSA de la Corse à se mobiliser pour atteindre ces résultats

RÉPONSE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE DE CORSE

Dans « le suivi des recommandations » vous indiquez notamment que la M.S.A de Corse présente un « taux d'absentéisme trop important ».

Nous ne contestons pas cette remarque et nous nous attachons à diminuer ce taux en responsabilisant les collaborateurs et en mettant actuellement en place, à nouveau, une convention de service avec des praticiens libéraux qui seront chargés de contrôler pour le compte de l'employeur MSA, chaque fois que faire se peut, les arrêts maladie de courte durée de nos collaborateurs.

Le faible taux de recouvrement en Corse est évidemment lié aux annonces des mesures de remise, voire d'annulation de dettes de cotisations sociales qui n'ont cessé de se succéder depuis plusieurs années.

L'annonce de mesures visant à résorber l'endettement social ou bancaire produit en Corse des effets pervers, créant chez les débiteurs « l'attente de la prochaine mesure » et freinant ainsi le recouvrement des dettes.

RÉPONSE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES ET DE L'UNION DE RECOUVREMENT DES ALPES DE HAUTE PROVENCE

Sur le dispositif de « direction partagée », l'équipe de direction partage en partie, l'avis des rapporteurs sur une inévitable « dispersion » qui rend difficile l'atteinte et le maintien dans la durée, des indicateurs COG de branches distinctes (famille-recouvrement).

Les économies de gestion en terme de mutualisation sont déjà réalisées, et l'élévation du niveau des performances de l'un ou l'autre des

organismes est sérieusement hypothéquée par la taille et les moyens budgétaires, eu égard à un certain nombre de coûts fixes incompressibles.

Pour terminer, je souhaiterais également corriger l'impression que l'absentéisme anormalement élevé à la CAF, ne relevait, pour l'équipe dirigeante, que de la proximité d'établissements thermaux.

Une analyse, en partenariat avec la médecine du travail, est actuellement en cours sur cette question, et, doit aboutir, d'ici la fin 2006, à un diagnostic et des propositions d'action.

*RÉPONSE DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE
BOBIGNY*

Ce rapport appelle les remarques suivantes :

Sur le premier point concernant le «regroupement inabouti des centres de production» :

Ainsi que la mission a pu le relever à l'occasion du contrôle réalisé au cours du deuxième semestre 2005, depuis 2000 des évolutions significatives ont été engagées par la caisse primaire pour réorganiser le réseau des centres de liquidation des prestations, tout en créant des structures nouvelles (plate-forme de services téléphonique) et en spécialisant, parallèlement, des unités dans la gestion de certaines prestations.

Cette démarche sera poursuivie et amplifiée au cours de la période à venir dans le cadre d'un projet d'entreprise, « projet d'évolution 2006-2009 », dont l'organisme va se doter en accompagnement du contrat pluriannuel de gestion qui fera l'objet d'une contractualisation avec la caisse nationale de l'assurance maladie au cours du 4^{ème} trimestre 2006.

Ainsi, au terme de ce projet qui modifiera en profondeur les structures de l'organisme, il est prévu de concentrer sur quatre sites dédiés, la gestion du remboursement des prestations en nature (actuellement au nombre de 26) dans une logique de gestion optimisée du traitement des flux émis par les professionnels de santé. A l'heure actuelle, ces échanges dématérialisés représentent plus de 80 % des flux de remboursement dont 60 % dans le cadre de Sesam vitale.

Parallèlement, la gestion des revenus de remplacement (indemnités journalières) a vocation à être regroupée sur trois sites, dans une logique de synergie d'action avec le service médical (optimisation du contrôle).

D'une manière générale, la démarche qui sera impulsée sur cette période quadriennale visera à optimiser et rationaliser l'organisation des différentes fonctions en prenant compte l'évolution des missions et, en particulier, la prééminence de celles concernant la régulation.

Sur le point concernant la « gestion très insuffisante du patrimoine immobilier » :

Sur un plan général : il convient de prendre en compte que le ratio *surface utile/agent* a évolué, par construction, à la hausse au cours des cinq dernières années du fait de la diminution des effectifs de la caisse (-10,4 %), que la Cour a souligné. L'adaptation du patrimoine immobilier ne pouvant se faire, pour des raisons évidentes, sur un même rythme.

De plus, et même si on peut y voir a priori un paradoxe, il est parfois plus rationnel, sur un plan strictement économique, de continuer à privilégier, pendant une certaine durée, l'utilisation d'un immeuble présentant des surfaces excédentaires au regard des nombres classiques en matière d'implantation des services, mais dont le coût de revient global reste inférieur à toute autre solution alternative, par hypothèse plus rationnelle sur le seul critère de surface utile par agent.

Dans une optique prospective, l'analyse réalisée par les services de la caisse primaire a permis, au cours de l'année 2005, de définir un objectif de réduction et d'adaptation du patrimoine immobilier, ceci afin de mieux répondre aux besoins, en termes de production, de service et d'accueil du public. Un schéma directeur immobilier formalisera, de manière structurée, les objectifs de cette politique immobilière sur la période 2006/2009 correspondant au cycle du contrat pluriannuel de gestion, la prise en compte du coût de fonctionnement ayant constitué un des éléments clés de la réflexion.

Concernant la surface moyenne, par agent trop importante, elle sera réduite comme le prévoit le schéma directeur immobilier mentionné ci-dessus.

Sur le point concernant les effectifs trop importants d'informaticiens :

Les évolutions de l'organisation de l'informatique de la branche maladie permettront, dans les années à venir, d'optimiser les coûts en fonction des perspectives de redéploiement et de départs des agents de ce service.

La mise en place de la branche ATEXA dans le régime agricole

RÉPONSE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA FORÊT ET DES AFFAIRES RURALES (DGFAR)

Au terme du contrôle thématique des COREC en 2005, visant à dresser un premier bilan détaillé d'application du régime après deux années complètes d'application, la Cour considère que la mise œuvre de l'assurance a été effective avec prise en charge des missions nouvelles et des accidents et maladies professionnelles.

La Cour constate, toutefois, au vu de l'analyse détaillée des procédures et circuits de gestion, que cette mise en place ne s'est pas accompagnée d'une rigueur suffisante en matière de recouvrement, de contrôle des prestations et de connaissance des coûts de gestion. Aussi, recommande-t-elle des mesures correctrices et des orientations à privilégier.

La simplification de la procédure de déclaration des accidents du travail

En raison de l'envoi tardif d'une proportion significative des déclarations d'accidents du travail qui rend difficile le contrôle de la matérialité des accidents et des justifications médicales, la Cour préconise une simplification de la procédure de déclaration, notamment par l'instauration de téléprocédures.

Le ministère de l'agriculture et de la pêche partage sur ce point les préoccupations de la Cour et va mettre à l'étude, en concertation avec les deux réseaux gestionnaires, toutes les mesures qui permettront d'améliorer les délais de transmission des déclarations. Outre le fait de rendre opérants les contrôles de l'instruction des dossiers, la rapidité de signalement de l'accident à l'organisme gestionnaire constitue, en effet, une nécessité pour éviter l'imputation erronée des premiers soins sur le risque maladie.

La simplification des circuits de contrôle médical.

Compte tenu de la transmission systématique des déclarations des affiliés des assureurs privés au contrôle médical des caisses de MSA qui doit se prononcer sur l'imputabilité médicale des lésions, la Cour considère trop lourds les circuits de l'instruction médicale et estime que le volume des échanges empêche un contrôle ciblé sur les dossiers qui le justifient. La Cour préconise donc un allègement et une simplification des procédures d'échanges.

Le ministre de l'agriculture et de la pêche partage cette analyse et estime que cette saisine systématique est coûteuse et pénalise les assurés relevant des sociétés d'assurance avec un délai supplémentaire d'instruction

par rapport aux assurés de la MSA pour lesquels l'avis du contrôle médical n'est pas systématique.

Ce constat s'est imposé également aux opérateurs et une expérimentation d'un nouveau mode opérationnel d'échanges entre le groupement APRIA-RSA et la MSA a été menée en 2005 à l'initiative de la CCMSA, dans les régions Pays de la Loire, Bourgogne et Auvergne. Les objectifs généraux de ces nouvelles procédures de travail et d'échanges étaient de clarifier les domaines de compétence de chacun des intervenants, donner au groupement des délégations afin de simplifier les liaisons, éviter la prise en charge de lésions non accidentelles et réorganiser le circuit de reconnaissance des maladies professionnelles par nature complexe.

L'évaluation de cette expérimentation est actuellement diligentée par la CCMSA, mais, d'ores et déjà, les opérateurs s'accordent pour la juger plus efficace. Une nouvelle organisation des échanges entre les deux réseaux pourra être mise en oeuvre, comme le prévoit l'article L. 752-14 du code rural, par convention entre la MSA et les assureurs privés²⁷⁵.

La modulation des dotations de gestion en fonction des performances de recouvrement

La Cour préconise la mise en oeuvre d'un système incitatif de modulation des dotations de gestion allouées à APRIA-RSA pour améliorer ses performances de recouvrement.

Les dotations de gestion administrative d'APRIA-RSA et de la MSA étant fixées de manière identique, c'est-à-dire en fonction du nombre des affiliés, l'instauration d'une modulation liée aux performances de recouvrement conduirait à une différence de traitement entre les deux réseaux.

La mise en oeuvre d'un tel dispositif fondé uniquement sur le recouvrement des cotisations serait, par ailleurs, mal comprise par les assureurs dont les coûts de gestion apparaissent moins élevés. Le ratio dotation de gestion appliqué au volume des prestations servies (hors budget global) est inférieur de plus de 3 points à celui de la MSA (22 % contre 25,4 % en 2004).

L'application d'une modulation des frais de gestion à l'ensemble des opérateurs conduirait à pénaliser doublement les organismes de MSA, une première fois par une diminution des frais de gestion en cas de recouvrement insuffisant et une seconde fois par le financement sur leurs réserves des cotisations non recouvrées comme le prévoit le système des cotisations à

275. Les relations entre les deux réseaux pour la gestion du régime sont actuellement régies par la convention du 14 mars 2002 qui renvoie pour l'exercice du contrôle médical au protocole national du 14 mars 2002. En application de l'article L. 752-14 du code rural, la convention et ses actes additionnels doivent être approuvés par arrêté du ministre chargé de l'agriculture.

l'émission en vigueur dans les caisses de MSA. Une modulation à la marge serait par ailleurs faiblement incitative compte tenu du montant des dotations de gestions allouées aux réseaux (10 M€ pour les assureurs privés et 4 M€ pour la MSA hors missions pivots).

Le suivi des performances de recouvrement et leur amélioration constituent une préoccupation centrale du ministère de l'agriculture et de la pêche qui a mis en place, en application des articles R. 731-119 et R. 752-53 du code rural, à compter de l'exercice 2005, un dispositif de contrôle de la gestion des assureurs privés (AMEXA et ATEXA). Ce dispositif intègre d'une part, un suivi statistique et financier du recouvrement et des procédures amiables et contentieuses qui permettra d'appeler, en cas de situation ou d'évolution singulière, d'éventuelles actions en redressement et, d'autre part, des contrôles sur place de l'ensemble des entités (bureaux locaux, centres de gestion dédiés et siège central). Au-delà de la vérification des opérations techniques et de l'évaluation des indicateurs de performance, les plans de contrôle, fixés par circulaire du 5 septembre 2005, visent notamment à analyser la qualité organisationnelle et les stratégies de performances.

Le ministère de l'agriculture et de la pêche et APRIA-RSA ont engagé par ailleurs en 2005 une réflexion sur l'instauration d'une démarche partenariale de pilotage du réseau APRIA-RSA qui sera consacrée en 2006 par un contrat entre l'Etat et les assureurs privés. Dans ce contrat seront transposés les objectifs et les engagements de la MSA pour les gestions AMEXA et ATEXA tels que prévus dans sa convention d'objectifs et de gestion 2006-2010 en cours de négociation.

Cette démarche permettra d'homogénéiser les objectifs de qualité de service au profit des assurés de la MSA et des sociétés d'assurances et d'en améliorer l'efficacité et les performances. Concernant l'engagement d'amélioration du recouvrement, le taux cible national MSA de 93 % d'encaissement est d'ores et déjà fixé pour la prochaine COG et il devrait ainsi constituer l'objectif du réseau APRIA-RSA.

Les orientations à privilégier :

- Le contrôle interne et la connaissance des coûts

La Cour considère que les démarches de contrôle interne et de comptabilité analytique entreprises par la MSA pour le risque ATEXA restent insuffisants et doivent être mises en valeur dans la prochaine COG de la MSA.

La stratégie de déploiement du contrôle interne en MSA est engagée.

Sur les onze processus relatifs à l'ATEXA, dix d'entre eux étaient décrits en décembre 2005²⁷⁶ et les bonnes pratiques définies au plan national (3 à 4 par processus) avaient été diffusées aux organismes de MSA pour leur mise en œuvre au plan local.

Comme le souligne la Cour, la mise en œuvre du dispositif prévu est très récente. Une évaluation, pour la première phase de sécurisation des activités, en est d'ailleurs programmée pour la campagne 2007 des COREC.

Au même titre que l'objectif de déploiement du contrôle interne, la MSA s'engagera dans la prochaine COG à achever la mise en place de la comptabilité analytique, améliorer la qualité et les délais de fourniture de la comptabilité analytique et créer un observatoire des coûts analytiques des différents types d'organismes.

Une instruction du ministre chargé de l'agriculture, par ailleurs, instaurera très prochainement un circuit d'information des résultats analytiques entre les organismes de MSA, la CCMSA et les services extérieurs et centraux du ministère de l'agriculture et de la pêche.

L'affichage de ces coûts unitaires devrait également être un moyen d'inciter les organismes à optimiser leur système qui présente, comme l'a montré le travail thématique des COREC sur l'ATEXA, des amplitudes très fortes de coûts.

Pour ce qui concerne les assureurs privés, le contrat, mentionné ci-dessus, entre l'Etat et les sociétés d'assurances comportera également des objectifs visant à développer leur démarche de contrôle interne et instaurer une plus grande étude analytique de leurs coûts de gestion.

- La mise en place d'une compensation forfaitaire pour le transfert de charges indues du régime ATEXA vers celui de l'AMEXA.

La Cour préconise, pour limiter la sous-déclaration des accidents du travail commune à l'ensemble des régimes, de mettre en œuvre une compensation forfaitaire du régime ATEXA vers le régime AMEXA à l'instar de la compensation existante dans le régime général.

Le ministre de l'agriculture et de la pêche est favorable à la mise en œuvre, pour l'avenir, d'un mécanisme prévoyant un transfert financier entre les deux régimes, normé après avis du conseil supérieur de la protection sociale agricole et évalué à intervalle régulier.

En revanche, compte tenu de la phase de montée en charge du régime depuis sa création en 2002, des approximations inéluctables durant cette phase, il n'apparaît pas souhaitable de donner un caractère rétroactif à cette compensation. Un prélèvement pour le passé sur plusieurs années comporte le risque de déséquilibrer financièrement le régime ATEXA qui ne dispose

276. Le processus « organiser une commission de rente AT-MP » a été décrit en 2006.

pas d'historique suffisant pour évaluer avec ses charges sur le long terme, notamment en ce qui concerne l'évolution attendue des charges relatives aux maladies professionnelles (maladies liées aux risques phytosanitaires par exemple).

La Cour considère que la dualité des opérateurs MSA et APRIA-RSA dans les gestions AMEXA et ATEXA est source de dysfonctionnements et de lourdeurs de gestion et demande à ce qu'une réflexion soit engagée en vue d'une spécialisation des opérateurs dans la branche où ils sont majoritaires, en l'occurrence la MSA pour l'AMEXA et les assureurs privés pour l'ATEXA.

Si le ministre de l'agriculture et de la pêche partage les préoccupations de la Cour de rechercher une qualité et une efficacité plus grandes des gestions de ces assurances, il estime que la spécialisation des opérateurs irait à l'encontre de cet objectif.

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

Dans son rapport, la Cour constate que la dualité des opérateurs qui est le principe fondateur de la réforme de 2002 n'est plus justifiée car elle est source de dysfonctionnements multiples et de lourdeurs de gestion incontestables. La Cour évoque en conséquence la possibilité de spécialiser les organismes et de confier la gestion de la branche à l'opérateur majoritaire.

La MSA, auprès de laquelle 33 % des exploitants sont assurés pour ce risque, ne peut valider une telle option.

La CCMSA tient à rappeler à la Cour les éléments suivants :

- avec l'ATEXA, le législateur a fait le choix de créer une quatrième branche de protection sociale des exploitants agricoles « contre les accidents du travail et les maladies professionnelles », en transformant l'assurance privée obligatoire qui existait depuis 1966 pour répondre à ce véritable risque social,
- en définissant les prestations par la loi et en prévoyant que les cotisations seront fixées par voie réglementaire, le législateur a voulu marquer sa volonté de ne pas laisser la gestion de ce risque au secteur réellement concurrentiel,

La création d'une « branche » accidents du travail et maladies professionnelles pour les exploitants agricoles, dans les mêmes conditions que les branches existantes, est incontestablement cohérente avec l'organisation de notre protection sociale.

Tout en maintenant la pluralité d'assureurs et afin d'assurer l'unité du régime, le législateur a confié aux caisses de MSA et à la caisse centrale de la

MSA un certain nombre de missions pour lesquelles elles assurent un rôle pivot dans le fonctionnement de l'assurance ATEXA.

Il s'agit d'une part de missions techniques et de pilotage et d'autre part de missions que seule la MSA peut assurer, comme le contrôle médical et la prévention.

Ces missions s'exercent à l'égard de l'ensemble des assurés, que ceux-ci aient choisi la MSA ou tout autre assureur relevant du groupement. Elles concernent à la fois les caisses de MSA et la caisse centrale de la MSA.

Il est également important de noter que dans le domaine de la prévention, jugé primordial par l'ensemble des acteurs, les non salariés agricoles ont pu bénéficier de tout le savoir-faire de la MSA, acquis grâce au développement depuis trente ans de la prévention des risques professionnels des salariés agricoles.

Dès 2002, un plan de prévention spécifique a été mis en œuvre à destination des non-salariés agricoles. Depuis 2006, la MSA a, en accord avec la profession et les pouvoirs publics, élaboré un plan unique santé-sécurité au travail, destiné aux salariés et aux non-salariés, permettant d'appréhender de manière globale la prévention de tous les risques sur le lieu de travail, tout en menant des actions spécifiques pour chaque population.

En conclusion, en confiant à la MSA non seulement un rôle de gestionnaire, mais également de garant du régime, le législateur a montré qu'il considérait ce risque comme un risque social devant être pleinement intégré dans la protection sociale de base. Dès lors, une éventuelle remise en cause de la pluralité d'assureurs devrait conduire à confier à la MSA la gestion du risque AT-MP non seulement en raison de son expertise médicale et de gestionnaire, mais également pour répondre pleinement à sa vocation de guichet unique.

*RÉPONSE DE L'ASSOCIATION APRIA-RÉUNION DES SOCIÉTÉS
D'ASSURANCE (APRIA-RSA).*

La Cour tire argument du fait que les pouvoirs publics interdisent tout démarchage actif et qu'ils n'exerceraient pas pleinement leur pouvoir de contrôle pour remettre en cause la délégation de gestion à des organismes de droit privé. Nous trouverions profondément injuste que nous soit reproché notre respect scrupuleux des instructions des pouvoirs publics. La mise en cause de la liberté de choix de son gestionnaire par l'assuré nous paraît porter atteinte à un principe d'organisation de la société allant bien au delà du seul domaine de la sécurité sociale. Nous ne pouvons qu'être défavorables à une telle proposition, qui, par ailleurs n'est appuyée sur aucune étude économique.

Sur les procédures défaillantes.

- le recouvrement.

Calculé selon les directives du ministère de l'agriculture, dans le régime AMEXA, le taux de recouvrement sur l'encours était de 95,03 % en 2004 et de 95,06 % en 2005. APRIA RSA n'a effectivement mis en œuvre des procédures de recouvrement contentieux qu'à partir de fin 2005. Près de 14 000 contraintes ont été notifiées en décembre 2005 et janvier 2006.

Dans l'intérêt même du nouveau régime, APRIA RSA a souhaité à la fois privilégier les relances amiables et engager des procédures de recouvrement contentieux proportionnées au montant de la créance. Il est à noter que APRIA RSA a garanti les créances par l'expédition des mises en demeure et a traité au fil de l'eau les procédures collectives.

- le contrôle interne.

Le service de l'audit interne d'APRIA RSA intervient normalement sur les services gérant l'AAEXA comme sur les autres domaines de gestion. C'est ainsi par exemple que la plate-forme d'Aurillac a été auditée en 2004 et 2005, celle de Landerneau l'a été en 2004 et une mission est prévue au plan d'audit 2006.

En ce qui concerne le contrôle interne, la gestion des prestations AT/MP est certifiée ISO 9001 version 2000 par l'AFAQ. Dès lors, s'il est exact que la démarche qualité ne peut tenir lieu de contrôle interne, il est également exact que cette démarche inclut ces contrôles et en impose tant la réalisation que la formalisation et la prise en compte de leurs résultats.

Sur les mesures correctrices indispensables.

- les évolutions immédiates :

APRIA RSA est effectivement favorable à une simplification des circuits avec les services du contrôle médical des MSA.

- les orientations à privilégier :

APRIA RSA ne partage pas les conclusions de la Cour sur la nécessité de mettre un terme au principe de la liberté de choix du gestionnaire par les agriculteurs dans les régimes obligatoires maladie et AT/MP.

Au plan technique, il ne nous semble pas que la démonstration de dysfonctionnements majeurs et de surcoûts ait été apportée.

Sur le plan des principes, nous considérons qu'il serait grave de remettre en cause cette liberté dont il a été prouvé, dans la réponse au relevé de constatations provisoires, qu'elle était effectivement exercée.

Le contrôle interne dans les centres informatiques

RÉPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE POUR LA BRANCHE RECOUVREMENT

L'ACOSS souligne que l'informatique du recouvrement a su répondre aux demandes des pouvoirs publics, parfois dans des délais très rapides pour la mise en oeuvre de nouvelles offres de service, et que cette priorité donnée à la réactivité s'est sans doute faite au détriment du respect des règles de l'art en matière de pilotage et d'urbanisation. La plupart des faiblesses identifiées par la Cour dans le pilotage de l'informatique vont être traitées dans le schéma directeur des systèmes d'information 2006-2009.

Le renforcement du pilotage de la fonction informatique en est l'un des thèmes majeurs, pour accompagner les évolutions induites par la Convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 dans la gestion du réseau et répondre aux impératifs de maîtrise des coûts : il s'appuiera sur la structuration d'une maîtrise d'ouvrage nationale au sein de l'Instance stratégique des systèmes d'information créée en 2005, sur la déclinaison du schéma directeur en plans informatiques annuels fixant les priorités et les moyens, sur une contractualisation renouvelée entre les CERTI et l'ACOSS avec une procédure transparente d'attribution des missions nationales, sur la mise en place d'un système de pilotage de l'activité et de comptabilité analytique dans les centres informatiques dès 2007. Les développements d'applications en URSSAF seront rationalisés autour des CERTI et l'ACOSS (DISIR) assurera une fonction d'architecte du système d'information, garant de la démarche de cartographie et d'urbanisation entamée en 2005.

La sécurité et la continuité de service constituent l'un des huit axes forts de ce schéma avec la mise en place d'une commission nationale des sécurités informatiques et la définition d'une solution organisationnelle et technique de continuité pour les centres informatiques mais aussi les URSSAF.

La réorganisation du réseau des CERTI, que la Cour juge insuffisante, n'est cependant pas un objectif en soi : elle doit résulter, le cas échéant, d'une analyse par fonction pour répondre aux impératifs d'efficacité et adapter l'informatique aux évolutions du réseau qui auront lieu en 2006-2009. C'est cette démarche d'analyse que prévoit la COG 2006-2009 de la branche du recouvrement.

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES POUR LA BRANCHE FAMILLE

Le plan de contrôle interne informatique se met en place par étape depuis 2003.

En 2003 et 2004 : analyse des risques et propositions d'actions de parades communes aux huit CERTI pour les domaines administration générale et produits informatiques destinés aux CAF :

- conception et réalisation d'un applicatif national de gestion du contrôle interne dénommé TACITE, en 2004 et 2005 ;
- expérimentation de TACITE dans deux CAF et déploiement national à partir du 15 septembre, en 2006.

Depuis 2005, la circulaire LC 2005 066 du 1/6/05 « maîtrise des risques » de la CNAF signée conjointement par la direction de l'animation du réseau et l'agence comptable précise les actions nationales en matière de sécurité informatique : structuration des rôles et des responsabilités pour la maîtrise des risques informatiques, renforcement du contrôle interne dans les CERTI, référencement national de bonnes pratiques pour la sécurité des systèmes d'information des CAF.

La CNAF a diffusé deux circulaires internes précisant l'objectif de renforcement des travaux des CERTI en matière de sécurité informatique et détaillent le plan de contrôle interne des CAF et des CERTI.

Pour la sécurité informatique, trois référentiels de sécurité ont été réalisés dans les domaines suivants : la production des centres, la sécurité du fonctionnement de l'informatique des CAF et la sécurité physique.

Depuis juin 2005, la circulaire « maîtrise des risques » de la CNAF précise le renforcement du rôle des CERTI dans le dispositif. A ce jour, un comité de pilotage national de la sécurité informatique a été constitué. La première réunion a eu lieu le 26 juin 2006.

La sécurité physique.

Une démarche expérimentale de « datamining » (analyse multicritères de données) est engagée depuis 2005. Cette démarche qui permet une analyse exploratoire de dossiers frauduleux déjà connus pour en repérer les caractéristiques marquantes. Un repérage d'allocataires en situation atypique, technique privilégiée pour détecter des fraudes inconnues jusqu'à présent, est en test depuis 2005, dans une caisse en lien avec la CNAF. Toutes les CAF ont été sollicitées pour un recensement des dossiers frauduleux. Le cahier des charges de cette démarche est en cours d'élaboration et l'accord de la CNIL est attendu.

Pour la sécurisation des paiements les deux dispositifs « feu vert » d'IBM et FANU de Bull seront remplacés en 2007 par un applicatif national et les échanges bancaires seront tous assurés au moyen de l'outil d'échange interbancaire Swiftnet.

Une approbation tacite des applications locales.

Un pôle de concepteurs et de réalisateurs informatiques, formé aux normes et méthodes nationales est en train d'être constitué. Par ailleurs, le basculement progressif des applicatifs nationaux en mode Internet interdira de fait l'utilisation d'outils ou d'applicatifs qui n'auront pas été réalisés au moyen de l'atelier de développement national (framework national).

Une restructuration insuffisante du réseau des centres.

L'objectif du schéma directeur du système d'information de réaliser une convergence des moyens techniques des CERTI est engagé. Le projet a reçu l'accord de la commission d'administration générale (CAG) du conseil d'administration de la CNAF, le 12 juin dernier. Un centre commun des CERTI (3C) est en cours de création. La convergence IBM doit s'engager d'ici la fin de l'année.

La politique de sécurité du système d'information est définie dans les documents suivants :

- la COG 2005-2008 signée avec l'Etat confirme en son article 18 l'établissement d'un référentiel national des risques et des sécurités pour analyser les risques par grands processus. L'annexe 6 précise que les principaux thèmes du plan d'action sont la continuité de fonctionnement et la sûreté, car la performance de l'institution dépend fortement de la fiabilité de l'outil informatique et la volonté de conduire une politique renforcée de maîtrise des risques impose de poursuivre l'effort de sécurisation du dispositif.
- le schéma directeur du système d'information 2005-2008 précise que la politique de prévention des risques du SI et l'identification et la formalisation des processus qui contribuent à assurer sa sécurité sont précisées dans le référentiel de règles et de bonnes pratiques dans le cadre du projet de maîtrise des risques informatique.

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

Au plan national, le pilotage du contrôle interne a pour objet d'appliquer de façon coordonnée aux CTI la politique de sécurité des systèmes d'information de l'assurance maladie (PSSI), la certification ISO 9001 des CTI et la démarche des Plans de Maîtrise Socle (PMS).

Les objectifs pour l'année 2006 sont de doter les CTI d'un plan de contrôle interne minimum, intégrant 58 règles de sécurité de la PSSI et de régir les relations entre les CTI et les caisses utilisatrices par un contrat de service renouvelé, intégrant ces principes de contrôle interne et ces règles de sécurité.

L'objectif pour l'année 2007 est, parallèlement à l'obtention de la certification ISO 9001, de couvrir l'ensemble des processus métiers des CTI

par des PMS conformes à la démarche générale de l'assurance maladie pour tout le réseau des caisses.

Sur le suivi des incidents.

Le suivi systématique des incidents a été mis en place en 2001 dans le cadre du précédent schéma directeur ; la création du centre de support national (CSN) en a été l'aboutissement.

La montée en charge s'est faite en deux phases principales : d'abord la remontée de tout dysfonctionnement et demande d'évolution par les CPAM. Ces remontées concernent essentiellement les aspects fonctionnels et métiers et très rarement le fonctionnement technique sauf pour les postes de travail.

Quant au support des CTI, celui-ci demandait un investissement beaucoup plus lourd qui a été réservée au monde UNIX, les mainframes devant disparaître très prochainement.

L'accès à la base des incidents se fait via l'intranet de la CNAMTS avec un simple navigateur et ne nécessite pas de licence particulière ; en revanche pour les CTI il est prévu un accès complémentaire aux bases de travail du support qui, lui, suppose l'acquisition d'une licence ; cette demande est en cours de satisfaction.

Sur le suivi des versions applicatives.

Toutes les diffusions de versions applicatives se font via un outil national, ADMISYS, que ce soit pour les applications centrales tournant en CTI ou pour les applications tournant sur le poste de travail.

Tous les postes de travail disposent d'un socle commun appelé MASTER sans lequel il est difficile de faire fonctionner une application. De plus, la plupart des applications centrales contrôlent automatiquement la version du poste local.

Un nouvel outillage est en cours de développement qui doit permettre de gérer le parc de microordinateurs de façon centralisée et qui offre la possibilité de contrôler tous les composants techniques et applicatifs.

Sur le risque lié aux applications locales.

Les applications locales en CTI disparaîtront complètement avec la finalisation de la migration sous UNIX. En aucun cas ces applications ne remplacent des applications nationales ; elles viennent en complément de celles-ci, souvent pour répondre à des demandes d'impression supplémentaires ou de d'impression de listes de contrôle maintenus pour des raisons locales.

Dans les CTI, toutes les applications locales ont été listées et analysées, et les plus pertinentes ont été prise en compte et planifiées dans les versions futures. Quelques adaptations techniques restent cependant

incontournables pour les CTI IBM en raison des différences entre les systèmes BULL-IBM.

Sur les démarches en cours.

Nonobstant les moyens techniques pour favoriser le contrôle interne, il est à signaler que le CNAMTS s'est donnée les moyens de renforcer la sécurité de son système d'information par la rédaction et la mise en œuvre d'un schéma directeur sécurité, par la création d'une fonction de MSSI (manager de la sécurité du SI) dans les CPAM, pendant du RSSI dans les CTI, et par le lancement des plans de maîtrise socle qui précisent les risques et les parades.

Certaines applications, au départ développées par une ou plusieurs caisses ont reçu une « labellisation » qui leur confère un statut national.

En effet, a été mis en place un processus de labellisation qui permet d'une part aux directions métiers de s'assurer que les applications répondent à un besoin patent et présentent un intérêt pour la totalité des organismes, d'autre part à la direction des systèmes d'information de valider l'architecture technique et le choix des composants dans le référentiel CNAMTS, et de faire que ces applications soient déployées via le centre national de diffusion.

Il paraît plus opportun et plus efficace de mutualiser les ressources de développement en faisant travailler les informaticiens répartis sur tout le territoire, à la manière des communautés de développement de logiciels libres.

Les contrôles effectués sur l'Etat employeur

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Les discussions entre le ministère de la justice et la direction de la sécurité sociale ont été engagées dès mars 2001 et ont été suivies de plusieurs autres depuis cette date. Un accord paraît en voie d'être finalisé, toutefois quelques réserves doivent encore être levées.

Compte tenu des dernières réserves à lever, la date proposée du 1^{er} janvier 2007 semble difficile à tenir.

DEUXIÈME PARTIE – LA GESTION DES RISQUES

Chapitre VII

La gestion de la couverture maladie universelle complémentaire

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

S'agissant du financement de la CMU complémentaire, le rapport de la Cour met en évidence l'ampleur du désengagement de l'Etat dans ce financement depuis 2000 et l'alourdissement concomitant des charges de l'assurance maladie et les pertes de recettes sociales. La charge pour l'Etat est aujourd'hui inférieure au tiers des dépenses autrefois prises en charge par les départements au titre de l'aide médicale départementale.

Ce désengagement de la solidarité nationale est plus qu'un simple problème de « frontière » entre l'Etat et la sécurité sociale et je ne pense pas qu'on puisse considérer, comme le fait le projet de rapport que la CMUC soit « très proche, par nombre de ses caractéristiques » d'une prestation de sécurité sociale. La CMUC est une prestation qui relève de la solidarité nationale ; sa conception et son financement ont été conçus en ce sens. Remettre en cause cette conception de la solidarité organisée par l'assurance maladie ouvrirait la voie à la mise en place d'une couverture d'assurance maladie obligatoire dont les prestations ne seraient pas uniquement liées aux besoins de soins, mais dépendante des revenus.

Cela m'amène à émettre des réserves importantes sur les propositions faites par la Cour des Comptes visant à transférer à l'assurance maladie la gestion de l'ensemble des bénéficiaires de la CMUC. Compte tenu du montant du forfait versé par le fonds CMUC et de la moyenne des dépenses effectivement prise en charge, un tel transfert aurait un impact négatif sur les comptes de l'assurance maladie et ne saurait être mis en œuvre qu'à la condition de rétablir une compensation des charges en fonction des coûts réels et non plus forfaitaire. Elle poserait de plus un problème de cohérence avec l'aide à l'acquisition d'une complémentaire pour les CMU + 15 %.

S'agissant toujours de la CMUC, la Cour critique ce qu'elle considère comme des incohérences dans l'application du parcours de soins. Je relève tout d'abord que le législateur a souhaité appliquer les dispositions du parcours de soins au bénéficiaire de la CMUC. Dès lors, il est cohérent :

- que les médecins correspondants, lorsqu'ils reçoivent un bénéficiaire de la CMUC dans le parcours de soins, perçoivent les majorations prévues par la convention ; la loi ayant par ailleurs exonéré les bénéficiaires de la

CMUC de la participation forfaitaire de 1 €, ceux-ci ne supportent aucun reste à charge à l'intérieur du parcours de soins ;

- que les médecins correspondants, lorsqu'ils reçoivent un bénéficiaire de la CMUC hors du parcours de soins, puissent facturer un dépassement d'honoraire, dans les limites fixées par la convention médicale et le tact et la mesure.

Je souhaite souligner que le réseau de l'assurance maladie s'est fortement mobilisé pour assurer la promotion du dispositif du médecin traitant auprès des bénéficiaires de la CMUC (information avec le renouvellement des droits à la CMUC, mobilisation des services sociaux des caisses). Aujourd'hui, le taux de bénéficiaire de la CMUC qui ont choisi un médecin traitant est de l'ordre de 60 %, ce qui est certes en retrait par rapport à la population générale, mais constitue un résultat important compte tenu des spécificités de cette population dans son accès aux soins et au système administratif.

La Cour émet également certaines propositions relatives au dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire. La CNAMTS va accentuer la mobilisation du réseau pour mieux informer les bénéficiaires potentiels, en lien avec les autres caisses nationales de sécurité sociale. Il faut cependant disposer d'un recul plus important pour mesurer exactement l'impact réel de ce dispositif. Si le reste à charge pour l'assuré, après utilisation de l'aide, est évidemment un point de vigilance important, le prix moyen du contrat entre aussi en ligne de compte. Il ressort des premiers constats du fonds CMU que ces prix seraient dans une fourchette relativement élevée au regard du prix des contrats d'entrée de gamme.

Chapitre VIII

La gestion de la l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance

RÉPONSE DE LA MUTUELLE DE LA FONCTION PUBLIQUE (MFP)

Les magistrats de la haute juridiction ont porté leurs investigations sur l'examen des avantages et inconvénients de la gestion déléguée de l'assurance maladie obligatoire. Ce mode organisationnel constitue une véritable richesse puisqu'il porte en lui tous les ingrédients nécessaires à une bonne gestion du régime obligatoire de sécurité sociale.

La gestion déléguée du régime obligatoire, instaurée par la loi au profit des mutuelles de la fonction publique, démontre depuis plus de 60 ans sa qualité et son efficacité au seul profit des assurés sociaux. Par ailleurs, les comparaisons des performances des différents gestionnaires démontrent cette

efficacité et militent pour un renforcement de la position des mutuelles de fonctionnaires. Celles-ci ont souvent été à l'origine de la recherche et de la mise en œuvre de solutions innovantes (amélioration de l'information de l'assuré social sur l'offre de soins, conventionnement, gestion mutualisée des moyens) dont les autres opérateurs (y compris la CNAMTS) se sont largement inspirés.

De plus, la Cour, en centrant son analyse sur les seuls frais de gestion, n'explique pas en quoi la fusion des différents régimes serait synonyme, à travers une vision globale et prospective, d'une gestion plus performante. Il faut rappeler que les mutuelles de fonctionnaires occupent, selon les critères définis par la CNAMTS, la 17^{ème} place en terme de frais de gestion sur 128 CPAM. Dans l'objectif partagé de la recherche d'une gestion plus efficace de l'assurance maladie, combinant la maîtrise des dépenses de santé et l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, les mutuelles de la fonction publique démontrent ainsi qu'elles restent un acteur majeur et performant.

Dès lors que la Cour s'interroge sur l'intérêt à disperser les moyens entre de multiples structures, et de se priver ainsi de gains de productivité majeurs en particulier depuis le développement de la télétransmission et la scannérisation des feuilles de soins, elle réduit la matérialité de la délégation de gestion à la seule liquidation des feuilles de soins et elle oublie les efforts de mutualisation déjà entrepris (CHOREGIE par exemple) et ceux relatifs à la gestion du risque et à la prévention sans par ailleurs prouver la plus grande efficacité de la solution qu'elle préconise.

Enfin, la gestion d'œuvres sanitaires et sociales permet aux mutuelles de connaître l'ensemble des métiers liés à la production de soins en complément des métiers liés à la protection sociale obligatoire et complémentaire. Elles développent ainsi un ensemble de compétences originales permettant d'influer sur les pratiques et d'abonder dans les politiques de maîtrise des dépenses de santé.

Le parcours de santé mutualiste, largement évoqué lors du congrès de la mutualité française de Lyon en est le meilleur exemple et a donné au ministre de la santé et des solidarités l'occasion d'affirmer qu' *« il va plus vite que la réforme, car il anticipe beaucoup d'orientations que nous voulons mettre en œuvre pour l'ensemble des assurés »*.

En ce sens les mutuelles constituent un atout pour la protection sociale obligatoire ; en plaçant l'assuré au cœur du dispositif elles en améliorent l'efficacité et l'assuré en retire des avantages qui vont très au-delà d'un accroissement des « possibilités de choix » ou « d'un allègement des formalités ».

De plus, pour l'année 2004 et selon les propres chiffres de la CNAMTS, le coût de la gestion d'un bénéficiaire actif du régime général s'élevait à 75,20 € alors que, dans le même temps, et ramené à un périmètre

de gestion équivalent, la gestion d'un bénéficiaire actif au sein d'une mutuelle de fonctionnaires s'élevait à 66,11 € (soit plus de 9 € de différence).

Dans ces conditions, il devient difficile de s'associer aux conclusions de la Cour qui plaide, plus ou moins explicitement, pour la reprise par les caisses primaires des assurés gérés dans les sections locales mutualistes sans jamais démontrer les avantages dont pourrait en retirer la mutualité des assurés (baisse des coûts, amélioration de la qualité de service, système plus efficient, etc.) Au fond, la Cour ne parvient pas à établir le lieu de causalité entre la reprise de la gestion des assurés des mutuelles et les perspectives d'amélioration pas plus d'ailleurs qu'elle ne s'interroge sur le réceptacle de cette reprise.

MFPS ne considère pas que le réseau des CPAM s'imposerait naturellement ni même que le débat se situe nécessairement entre gestionnaire unique ou pluralité de gestionnaires.

Il existe des voies alternatives possibles pouvant être mises en œuvre afin d'améliorer l'efficacité globale de la protection sociale obligatoire sans pour autant remettre en cause l'organisation institutionnelle actuelle.

MFPS a eu l'occasion de le rappeler : la protection sociale est vécue par les fonctionnaires comme un élément non détachable de leur statut. Ainsi la recherche d'amélioration doit être articulée avec le souci permanent de conserver l'assuré au cœur du système. Il s'agit là d'une divergence conceptuelle majeure avec la Cour qui, au fond, plaide pour une industrialisation massive de la protection sociale obligatoire sans considération de l'assuré.

Si, dans le meilleur des cas ce projet pouvait déboucher sur des économies de gestion, il est certain, en revanche, qu'une centralisation à outrance aurait des effets désastreux en aval ; mais la cour ne se risque pas à évoquer la question. Ainsi, en ne tenant compte que du seul intérêt de l'assuré, et pour répondre aux différentes objections formulées par la Cour, des améliorations sont possibles dans plusieurs directions.

Tout d'abord, en direction de la population objet de la délégation de gestion ; afin d'en finir avec les remises en causes incessantes de la protection sociale des agents non titulaires ou même des territoriaux, il convient plus simplement de considérer que l'ensemble de ces agents appartiennent à une même communauté de travail qui justifie à elle seule une protection sociale identique et identitaire.

Ensuite en direction d'une extension de la matérialité de la délégation de gestion :

- la protection sociale des fonctionnaires forme un ensemble difficilement divisible et dans le souci d'une plus grande cohérence, sans doute est-il temps de faire gérer le risque AT/MP par les mutuelles de fonctionnaires. Du reste, ce rapatriement serait indéniablement un facteur d'amélioration de la gestion des risques ;

- en matière de GDR, quoique MFPS ne trouve pas que les critiques de la Cour soient fondées, des axes de développement sont néanmoins souhaitables et la réforme du 13 août 2004 incite fortement à s'interroger sur les relations médico-administratives entre les sections locales mutualistes et les échelons locaux des services médicaux. A tout le moins, un investissement du service médical, à due concurrence du poids de la population gérée par les mutuelles, serait souhaitable.

*RÉPONSE DE LA MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION
NATIONALE (MGEN)*

C'est une loi édictée dans la période fondatrice de la sécurité sociale qui est le socle de la gestion déléguée aux mutuelles. Dans la fonction publique elle prend appui sur la protection complémentaire mutualiste étroitement articulée avec le statut des agents pour former une garantie sociale appréciable. La volonté politique initiatrice demeure aujourd'hui appuyée par une réalité forte : l'incontestable représentativité sociale des mutuelles de la fonction publique.

Partageant l'appréciation de la Cour selon laquelle « la concentration des opérations est une source de croissance de la productivité », la MGEN a créé huit centres de traitement inter-régionaux. Elle a créé avec la LMDE un GIE informatique et constitué avec MFP services le GIE Chorégie qui déploie le système d'information gestionnaire unique pour 6,5 millions d'assurés sociaux et bénéficiaires. Ceci prouve notre capacité à concentrer, moderniser et rationaliser le dispositif de service aux assurés sociaux. En réponse aux interrogations sur le « surcoût », la MGEN rappelle que les remises de gestion sont calculées sur la base des « 50 caisses les plus performantes », et que leur niveau a été apprécié par une mission commune IGF-IGAS comme inférieur aux coûts de gestion calculés selon les critères de la CNAM.

S'agissant de l'hypothèse d'absorption gestionnaire par le réseau des CPAM, elle ne devrait pas seulement évaluer le coût des ETP nécessaires au surcroît de gestion, mais aussi celui de l'intégration de tous les salariés (plus de 7 000 selon la Cour) affectés à l'activité hypothétiquement transférée (article L. 122.12 du code du travail). Quant à la recommandation de dessaisissement de la gestion des non titulaires, la discrimination gestionnaire qu'elle établirait dans les établissements et services entre les personnels d'une même communauté de travail aurait un grand retentissement alors que l'activité récupérée par les CPAM représenterait un accroissement bien inférieur à 1 %.

La MGEN se déclare tout à fait disposée à examiner positivement les conditions de bon service public et d'intérêt général pour la gestion de l'assurance maladie que pour que sa part elle assume depuis près de 60 ans. A cet égard la « triple condition » émise pour le maintien de la gestion délé-

guée trouve à la MGEN de bonnes base de discussion : le gestion du risque est effective, la bonne collaboration à la certification des comptes acquise et les coûts de gestion soutiennent la comparaison avec ceux des CPAM.

RÉPONSE DE LA MUTUELLE DES ÉTUDIANTS (LMDE)

En dépit des observations qui avaient été formulées par ses soins lors des travaux préparatoires sur le pré rapport, la LMDE doit de nouveau porter une appréciation critique sur le présent rapport, tant pour des raisons méthodologiques que de fond.

En effet, la Cour précise dès la présentation de ce chapitre que l'objet de cette étude n'est pas « *d'apprécier l'organisation et la gestion des sociétés d'assurance ou des mutuelles* ». Or, les données avancées comme les principales conclusions vont à l'encontre des objectifs affirmés par les magistrats de la haute juridiction. Cette contradiction méthodologique est d'autant plus surprenante qu'elle conduit la Cour à affirmer par exemple, que « *la dispersion de la gestion entre de multiples structures n'est pas de nature à réduire les dépenses de gestion* »

Par ailleurs, la LMDE n'a pas été informée de la méthode comparative retenue par la Cour entre les différentes mutuelles et assureurs inclus dans le périmètre de l'enquête menée, ni consultée sur les données utilisées dans ce rapport. Ces insuffisances méthodologiques, quant au recueil et à la validation des données, amènent la Cour elle-même à préciser que « *les chiffres sont donnés à titre indicatif [...et cela] l'a conduit à une appréciation prudente des surcoûts avancés* ». Et pourtant, ces chiffres sont les seuls éléments matériels étayant l'argumentation de la Cour.

Compte tenu des deux remarques préliminaires précédentes, la LMDE relève que cette étude tente d'accréditer l'idée que « *selon la CNAMTS, confier aux CPAM le traitement direct des prestations que liquident aujourd'hui les mutuelles permettrait d'accroître la productivité du régime général en élargissant la base d'amortissement de ses frais fixes* ».

La LMDE s'étonne des omissions de la Cour, d'autant plus que ces oublis en général pénalisent de fait le régime étudiant de sécurité sociale.

La LMDE relève qu'à aucun moment du rapport ne sont présentés la spécificité du régime étudiant de sécurité sociale et son fondement. Celui-ci a été créé par le législateur le 20 septembre 1948, dans un contexte de développement de l'Assurance maladie aux « *catégories au statut professionnel incertain* » dans le but de prendre en compte les spécificités des étudiants en matière de santé et de protection sociale.

Si en 1948, le régime étudiant était avant tout une réponse à un besoin d'autonomie permettant aux étudiants de devenir des ayant droits autonomes, indépendants de leurs parents en matière de santé, il présente en plus aujourd'hui une forte dimension d'accompagnement sanitaire et social de la

population étudiante. L'enquête nationale réalisée par la LMDE auprès de 10 000 étudiants, en collaboration avec l'IFOP, souligne les caractéristiques sanitaires et sociales spécifiques de cette population, qui constituent le fondement législatif du régime étudiant de sécurité sociale. De plus, en créant entre l'assuré et sa structure de prise en charge une relation de confiance et de proximité, le régime étudiant joue un rôle majeur de porte d'entrée dans le système de la protection sociale et de l'Assurance maladie, auprès d'une population qui découvre cet environnement.

Malgré les difficultés qui ont pu, à plusieurs moments de son histoire, jalonner la gestion du régime étudiant de sécurité sociale, le Législateur n'a jamais remis en cause ce régime spécifique. Il a au contraire témoigné d'une volonté constante de renforcer le régime étudiant, en abaissant en 1994 la majorité sociale de 20 à 18 ans, tout en consacrant le droit pour les mineurs de plus de 16 ans d'adhérer à une mutuelle sans l'intervention de leur représentant légal, en l'étendant aux étudiants étrangers à partir de 1998. Notre expérience de cette gestion nous amène à penser que le Législateur de 2006 n'est pas fondé à déjuger celui de 1948.

Autre oubli de la Cour en défaveur de la LMDE : les efforts et les réalisations conduits par la LMDE en matière de rationalisation et de contrôle, qui démontrent sa volonté d'assurer sa délégation de gestion dans un souci de productivité et de qualité. Ainsi, la LMDE a procédé à une concentration de ses moyens techniques avec la réduction de 50 % de ses centres de liquidation, passant dès à présent de 14 à 7 centres de production, en métropole. Par ailleurs, la volonté de maîtriser toujours mieux les coûts de gestion, notamment informatiques, et de concrétiser ses efforts de modernisation, a conduit la LMDE à participer activement à la création et au fonctionnement du GIE « Effigie » avec la MGEN, et désormais du GIE « Chorégie » avec la MGEN et MFP Services. Ce système d'information unique offre un dispositif de service rationalisé, efficace et efficient aux 6,5 millions d'assurés sociaux et bénéficiaires des trois opérateurs.

Quant aux contrôles dont la Cour précise qu'ils sont insuffisants dans une perspective de certification, la LMDE note toute absence de référence aux trois axes de contrôle actuellement en vigueur en son sein :

- le plan de contrôle interne mis en œuvre : la LMDE dispose depuis 2002 d'un plan de contrôle interne tel que l'exige le contrat pluriannuel de gestion dans son annexe n°1, point 2. Ce plan est conforme aux exigences de la CNAMTS ; il est en cours d'actualisation au regard des nouvelles exigences de l'assurance maladie. La LMDE travaille avec la CNAMTS sur ce sujet ;
- le contrôle exercé par les autorités de tutelle sur son contrôle interne : ce contrôle est exercé régulièrement chaque année par les CPAM qui audient les centres de liquidation de la LMDE : pour l'année 2005, trois audits ont

été réalisés par les CPAM de Montpellier, de Rennes et de Bagnolet. Ils n'ont fait l'objet d'aucune critique particulière.

La LMDE fait aussi l'objet de contrôles thématiques par les DRASS : en 2005-2006, les DRASS de PACA, d'Aquitaine, de Bretagne, d'Ile-de-France et de la Réunion ont exercé ce contrôle sur les directions déléguées correspondantes quant à la bonne application des conditions de ressources et de résidence nécessaires à l'octroi de certaines prestations et sur les procédures mises en œuvre par la LMDE pour lutter contre les fraudes. L'audit des systèmes informatiques : à titre d'information, le commissaire aux comptes a diligemment un audit des systèmes informatiques de la LMDE dans le cadre de sa mission de certification des comptes, au titre de l'année 2005.

La LMDE constate que la Cour ne fait pas mention que la mutuelle dispose d'une comptabilité analytique. Cette omission est lourde de conséquences, insinuant que la LMDE ne répond pas aux exigences de la convention signée avec la CNAMTS, alors que la mutuelle met en œuvre et transmet chaque année une comptabilité analytique, qui n'a jamais fait l'objet de remarques particulières des autorités de tutelle, notamment à l'occasion des différents contrôles.

La LMDE relève des interprétations erronées laissant à penser que les mutuelles étudiantes sont des gestionnaires dispendieux, peu soucieux de l'argent public.

L'affirmation de la Cour, en introduction du chapitre sur les relations financières des organismes délégataires avec l'Assurance Maladie, laisse supposer qu'il existe une réelle inadéquation entre les produits versés par l'assurance maladie et les charges générées par la gestion du régime obligatoire par les mutuelles et notamment les mutuelles étudiantes.

Pour arriver à ce type d'affirmation, la Cour ne définit pas en préalable ce que sont les frais de gestion et part du principe que les frais de gestion ne recouvrent en fait que les coûts liés à la liquidation d'une feuille de soins.

Cette analyse erronée sur laquelle repose le raisonnement des magistrats de la Haute juridiction tend à réduire la gestion d'un régime obligatoire à la seule liquidation de feuilles de soins. Dans le cas du régime étudiant de sécurité sociale, cette confusion entraîne, ipso facto, les écarts constatés en rapprochant les rémunérations de gestion avec les prestations servies ; et dans ce cas particulier, les mutuelles étudiantes sont bien identifiées, voire seules mises à l'index : *« A l'inverse les mutuelles étudiantes bénéficient de remise de gestion qui vont bien au-delà de la proportion des dépenses qu'elles liquident. »*

Il est par ailleurs inadmissible que, parmi les réflexions qui s'imposent à la Cour, celle-ci puisse employer des expressions qui manquent pour le moins de l'objectivité que nous attendons de la haute Cour, comme par

exemple « les tâches supplémentaires invoquées pour justifier ce niveau de rémunération ». Il suffit aux membres de la Cour de prendre connaissance de la convention signée entre la direction de la CNAMTS et les mutuelles étudiantes, approuvée par les autorités de tutelle, pour constater que cette convention détermine précisément les tâches spécifiques que les mutuelles étudiantes doivent remplir dans le cadre de la délégation de gestion.

Ainsi, il est établi par les autorités de tutelle que la gestion des prestations en nature du régime étudiant génère, du fait de la spécificité de cette population, un coût supérieur à celle de la gestion de la population du régime général : ce coût est évalué à 30 %, indépendamment de l'organisme gestionnaire.

La Cour définit avec précision ce que recouvre le concept de « gestion du risque » : « *La gestion du risque recouvre deux aspects : prévenir la maladie par une bonne information et des incitations de dépistage de pathologies d'une part et s'assurer que les dépenses de soins sont réalisées à bon escient et sans abus (liquidation médico – administrative)* ».

Mais force est de constater que la traduction dans les coûts de gestion de la prise en charge de cette gestion du risque au sein de cette étude est totalement ignorée par les rapporteurs pour ce qui concerne les mutuelles étudiantes. Pourtant, cette activité dans le cadre de la gestion du régime obligatoire fait l'objet d'un paragraphe spécifique du contrat pluriannuel de gestion (article 11). Elle est évaluée annuellement au moyen d'un bilan des actions conduites, transmis obligatoirement à la CNAMTS, ce qui démontre, contrairement aux affirmations du rapport, que la LMDE ne réserve pas ses actions aux seuls assurés mutualistes. Ainsi, la LMDE a accompagné ses affiliés dans la réforme de l'assurance maladie par le biais de campagnes d'information et de conférences organisées au sein des établissements d'enseignement supérieur, en matière de prévention sur le tabac, les IST, l'alcool au volant, les risques de surdité, le mal-être. Le travail que la LMDE a entrepris au sein de l'enseignement supérieur pour que change le regard des étudiants (et pas seulement de ses adhérents) et des personnels universitaires sur le handicap, témoigne d'un investissement spécifique et solidaire de la LMDE dans l'esprit même de la sécurité sociale.

Ce poste de dépenses est systématiquement ignoré par la Cour : l'obligation de développer au sein de la population étudiante, qui a certes moins besoin de soins, des actions de prévention et d'éducation à l'assurance maladie, est à l'origine de la création du régime étudiant de sécurité sociale. En appréhendant de manière spécifique les problématiques de santé, les mutuelles étudiantes agissent pour développer des comportements sanitaires vertueux, susceptibles de générer à terme des économies actuelles et futures à l'assurance maladie, et de réduire un taux de morbidité évitable. Dans le cadre de la gestion du risque, la Cour ne mentionne pas cet aspect pourtant déterminant de l'activité des mutuelles étudiantes. Le coût pour la LMDE de

ce poste s'élève aujourd'hui à 5.50 % de ses charges pour la gestion du régime obligatoire.

Il est également important de rappeler à la Cour qu'aux termes du contrat pluriannuel de gestion (point 6 de l'annexe 1 du contrat) les mutuelles étudiantes « *interviennent indirectement, en appui des CPAM* » pour ce qui concerne la liquidation médico administrative. Pour autant, la LMDE participe activement à la promotion des médicaments génériques auprès de ses affiliés étudiants, au travers d'une insertion systématique sur tous les documents édités par la LMDE en direction de ses affiliés à propos des avantages de ces médicaments. Une étude menée sur la consommation de janvier 2003 à janvier 2004 montre une nette diminution de la consommation des médicaments non génériques au profit des génériques. Cet effort est actuellement amplifié. Par ailleurs, la LMDE constate la faiblesse de ce dispositif au sein des différentes CPAM. Mais contrairement à ce qui est affirmé par la Cour pour rechercher les causes de l'insuffisance de cette gestion médico administrative, la question n'est pas dans un obstacle nouveau créé par la délégation de gestion mais bien plus dans une insuffisance de l'assurance maladie de mettre en place une gestion médico administrative efficace et respectant les principes du secret médical. D'ailleurs, la Cour a souligné précédemment, la nécessité de « *développer cette liquidation médico administrative au sein de tous les organismes d'assurance maladie.* »

Par ailleurs, nous sommes étonnés d'apprendre par ce rapport que des données médicales recueillies par les médecins du contrôle médical pourraient être accessibles à des liquidateurs qui sont des agents administratifs. La LMDE est au contraire, favorable à un travail en collaboration avec les médecins conseils. Dans la mesure où le positionnement du service médical de l'assurance maladie est indépendant des services administratifs des CPAM, cette collaboration peut aussi être envisagée entre les mutuelles gérant le régime obligatoire (dont fait partie la LMDE) et l'échelon médical de l'Assurance maladie.

Au terme de ces observations, la LMDE tient à rappeler aux magistrats de la haute juridiction son attachement à la volonté constamment réaffirmée du législateur, de confier la gestion du régime obligatoire de sécurité sociale aux mutuelles étudiantes.

Nous soulignons à nouveau que cette gestion, contrairement aux affirmations de la Cour, ne se résume pas exclusivement à la liquidation technique des feuilles de soins, mais nécessite une prise en compte globale des besoins sanitaires et sociaux des étudiants, ainsi qu'une éducation à la santé et au système de soins. Ceci nous semble une impérieuse obligation à l'heure où de nombreux lycéens et étudiants témoignent d'une forte inquiétude quant à leurs conditions d'études, leur situation sociale et leurs perspectives d'avenir. A ce titre, nous contestons fermement la proposition, formulée, qui consiste à « *étudier la pertinence du maintien de la gestion*

déléguée de l'assurance maladie à des fonctionnaires, des étudiants, et des exploitants agricoles et à des organismes complémentaires ». Cette proposition, qui semble viser tout particulièrement les mutuelles étudiantes, introduit l'idée, dans la dernière ligne du rapport, que la concurrence serait synonyme d'une gestion dispendieuse, sans être à aucun moment étayée par la démonstration de la Cour, et négligeant par ailleurs les efforts d'ores et déjà accomplis en matière de maîtrise des coûts et de qualité des prestations servies aux étudiants.

Enfin, il nous paraît hors de propos que la Cour puisse justifier la remise en cause de la délégation de gestion, à la faveur « *d'un contexte où les caisses présentent des capacités de production insuffisamment utilisées* » ; nous refusons en l'espèce de constituer une variable d'ajustement de la politique de gestion des ressources humaines de la CNAMTS

*RÉPONSE DE L'UNION NATIONALE DES SOCIÉTÉS ÉTUDIANTES
MUTUALISTES RÉGIONALES (USEM)*

Le chapitre consacré à la gestion déléguée de l'assurance maladie par des assureurs privés ne semble poursuivre qu'un seul objectif: démontrer l'inutilité, voir pire, les effets pervers, de l'action des organismes délégataires, parmi lesquels les mutuelles étudiantes régionales, sur la bonne gestion de l'assurance maladie. Ainsi cette étude rassemble des éléments très disparates des différents organismes délégués n'évoquant que les points faibles, différents d'un organisme à un autre, sans porter mention de leurs atouts et de leur raison d'être, dressant ainsi par amalgame une image décalée par rapport à la réalité. La Cour laisse ainsi penser que la gestion de l'ensemble des assurés sociaux, par un opérateur unique qui serait la CNAMTS, constituerait une solution idéale, ou alors à tout le moins, qu'il conviendrait de réduire sensiblement le montant des ressources allouées aux organismes délégués sous forme de remise de gestion, dont les modalités sont définies dans une convention passée entre la CNAMTS et les organismes délégués, ce qui reviendrait à mettre en péril l'activité même de ces organismes.

Pourtant la gestion de qualité que remplissent ces différents organismes est encadrée par une convention signée avec la CNAMTS qui leur confère un cahier des charges précis conforme aux obligations des missions du réseau des caisses de l'assurance maladie. C'est la bonne maîtrise de ce cahier des charges qui nous permet par ailleurs d'intervenir sur le défi de la santé d'une population dont l'enjeu est à notre avis trop souvent occulté par les pouvoirs publics.

L'USEM regrette en effet que ce rapport fasse abstraction de ces enjeux de santé publique, qui sont majeurs dans le public étudiant. Les chiffres suivant le démontrent sans équivoque : 10 % des étudiants, comme l'a montré récemment l'enquête santé nationale USEM/FNORS (fédération nationale des observatoires régionaux de la santé) de juin 2005, sont sujets à

des pensées suicidaires au cours de l'année universitaire. L'alcool est de loin la substance psychoactive la plus consommée au cours des trente derniers jours chez les jeunes de 18 ans, 8 sur 10 (76 % pour les filles et 84 % pour les garçons) en déclarent au moins un usage au cours de cette période. Plus de la moitié des jeunes de 18 ans (66 % des garçons et 52 % des filles) ont déjà fumé au moins une fois du cannabis, et ces chiffres sont 2 à 3 fois plus élevés qu'il y a 10 ans. La population de 20 à 29 ans, est celle qui est le plus touchée par le virus VIH.

Il eut sans doute été utile dans cette perspective d'insister sur les moyens à mettre en œuvre et sur les méthodes d'action aptes à apporter les bonnes réponses à ces enjeux de santé publique. C'est ainsi que nous pensons que notre organisation fondée sur des liens de proximité avec les étudiants réguliers, tout au long de l'année universitaire, permet d'apporter une réponse à ces enjeux avec une réelle qualité de service. C'est comme cela qu'il faut comprendre les différentes caractéristiques du régime étudiant, développées dans le cadre donné par la CNAMTS, en s'attachant à accompagner l'étudiant dans la gestion de sa santé. Notre métier n'est ainsi plus celui d'un simple guichet de remboursement. Cette proximité des mutuelles étudiantes est déterminante si l'on veut faire évoluer les comportements à risques.

Cette proximité des mutuelles étudiantes envers leurs assurés garantit ainsi la qualité de la protection sociale des étudiants, qui constituent une population spécifique, par rapport aux autres catégories de la population. Cette spécificité explique d'ailleurs, la création par la loi en 1948, du régime étudiant de sécurité sociale. En effet, le travail de relation avec les assurés est beaucoup plus important, que ne le décrit la Cour dans ce chapitre. Au delà d'une réinscription d'un tiers de nouveaux étudiants chaque année, avec le travail de gestion de fichiers que cela implique, ce public étudiant est spécifique dans la mesure où il faut lui ouvrir des droits et intégrer cette population avec un réel effort de pédagogie et d'accompagnement, au système de soins, cela étant encore plus nécessaire s'agissant des étudiants étrangers. Ce public doit également faire l'objet d'attention particulière pour l'inciter à sa prise d'autonomie sociale, qui constituait l'un des objectifs majeurs poursuivis par le législateur au moment de la création de ce régime particulier. Nous vous rappelons à cette occasion que les mutuelles étudiantes régionales accomplissent quotidiennement une mission d'information et de sensibilisation à la réforme de l'assurance maladie, et à l'information des étudiants sur leur santé à travers notamment des actions de prévention. A ce titre les mutuelles étudiantes régionales répondent à l'une des attentes de la Cour, formulée dans son rapport sur « *La sécurité sociale* » de septembre 2005, page 223, qui indiquait que *"L'enjeu de l'information du grand public est important et cette dimension de transparence et d'explication devrait être fortement développée.."* En effet, l'activité du régime étudiant consacre d'ores et déjà une proportion plus importante de ses effectifs salariés aux accueils physiques ou téléphoniques, à l'immatriculation des étudiants, à

l'inscription de ces étudiants au RNIAM et aux actions d'éducation à la santé, de formation et de prévention.

Cette organisation que les mutuelles étudiantes régionales ont définie dès leur création nous semble être la plus adéquate avec les objectifs sanitaires que nous devons prendre en compte. Jamais une autre stratégie ne nous a été opposée. Malheureusement, nous déplorons que le rapport de la Cour fasse totalement abstraction de l'essence même de ce métier, qu'il faut développer dans tous les cas pour agir sur la santé de cette population. Cela ne peut s'assimiler à de simples tâches supplémentaires liées à la concurrence entre organismes, comme cela est évoqué de manière réductrice dans le rapport, ainsi que veulent le faire croire les ratios mis en avant par la Cour pour illustrer les contrastes d'activité entre les caisses primaires du régime général et du régime étudiant, alors qu'ils ne sont pas significatifs de l'activité déployée au bénéfice de ces derniers décrite plus haut.

Au sujet des ratios invoqués par la Cour à l'appui de sa thèse, l'USEM tient à souligner son profond désaccord avec l'interprétation rapide qui en est faite, il nous paraît capital de rappeler à la Cour, que la remise de gestion des mutuelles étudiantes étant indexée sur le coût de gestion des 50 « premières » caisses du régime général, il est incontestable que, comparativement à l'ensemble du régime général, donc aux 128 CPAM, les mutuelles étudiantes gèrent avec une rationalité économique reconnue. D'autre part, il est utile de rappeler que si les CPAM réalisent des gains de productivité, ceux-ci s'appliquent automatiquement aux mutuelles étudiantes, et les obligent à des gains de productivité au moins équivalents.

Par ailleurs, si l'on recherche des comparaisons en terme de productivité, la Cour aurait pu procéder à une autre comparaison, en présentant le ratio du nombre de bénéficiaires couverts par le nombre de salariés travaillant pour le régime de sécurité sociale considéré. En utilisant les propres chiffres du rapport de la Cour, on constate que le régime général couvre 40 millions de bénéficiaires avec 81 000 salariés, soit 494 bénéficiaires par salarié. En comparaison, le régime étudiant couvre 1,6 millions de bénéficiaires, pour 1 250 salariés, soit 1 280 bénéficiaires par salarié du régime. Vous constatez ainsi, que le régime de sécurité sociale étudiant peut gérer 260 % de bénéficiaires supplémentaires par rapport au régime général de l'assurance maladie. Même en prenant en considération que le régime étudiant ne déploie qu'une partie des activités prises en charge par les caisses primaires d'assurance maladie, les différences continuent de s'établir du simple au double.

Aussi nous sommes fondés à penser que l'absorption de ce régime par le régime général, à la lumière de l'évolution prévisible des effectifs de la CNAMTS, avec plus de 10 000 départs prévus entre 2006 et 2009, dans le cadre de la COG entre l'Etat et la CNAMTS, entraînerait de facto un surcoût pour la collectivité, contrairement aux conclusions optimistes vers lesquelles s'achemine de façon trop hâtive la Cour. Et d'autre part, il faut aussi

considérer que toutes les activités de proximité, souhaitées par le législateur pour lutter contre les problèmes de santé étudiants, ainsi que toutes les activités d'assurance maladie spécifiques à cette population resteront une charge réelle pour maintenir la qualité de service, dont le coût ne peut être occulté aussi facilement.

Un autre ratio utilisé montre bien le décalage d'appréciation quant aux objectifs de santé publique poursuivis et qui laisse entendre que les étudiants consommant moins de prestations de santé, le régime étudiant serait trop rémunéré par rapport aux autres. Ce raisonnement n'est pas abouti, car il omet de préciser que les prestations de soins des étudiants, ne sont pas de même nature que celles du reste de la population : elle concerne des pathologies dont les traitements sont moins onéreux que pour le reste de la population. Par contre, pour ce type de population, les actions de pédagogie, de formation, d'éducation à la santé, ainsi que la répétition des messages notamment en matière de prévention, garantissent l'efficacité des soins pratiqués. A titre d'exemple, il faut savoir que les mutuelles étudiantes régionales gèrent la CMU des étudiants, diffusent l'information sur cette aide sociale en matière de santé et surtout aident les candidats à monter les dossiers de demande de CMU ou de crédit d'impôt pour l'acquisition d'une complémentaire santé.

Nous souhaitons également réagir à l'affirmation selon laquelle le niveau soi disant trop élevé des remises de gestion allouées aux mutuelles étudiantes servirait à alimenter le financement des actions visant à stimuler la concurrence entre opérateurs de santé étudiant. Nous rappelons à ce sujet à la Cour, qui ne fait pas mention de ce point, que les actions de communication des mutuelles étudiantes liées au régime obligatoire sont strictement encadrées. Elles sont définies par une comptabilité analytique validée avec la CNAMTS qui répartit la remise de gestion sur les différents postes de dépenses.

Dans sa conclusion, la Cour attire l'attention sur la pertinence du maintien de la gestion déléguée de l'assurance maladie à des organismes complémentaires. L'USEM tient à souligner son incompréhension vis-à-vis de cette position de la Cour, qui lui semble aller à l'encontre de l'esprit de la loi du 13 août 2004, qui a réformé notre système d'assurance maladie, en instituant les contrats d'assurance complémentaire santé dits « responsables ».

Ainsi, l'Etat s'est-il donné les moyens d'intervenir de façon réglementaire et législative afin que les prestations relatives au champ de l'activité concurrentiel de la part complémentaire, dans le cadre des contrats responsables, participent à la mise en œuvre d'un service d'intérêt général dans le champ de la protection sociale et de la solidarité. Ces contrats responsables évitent précisément une activité concurrentielle néfaste pour la solidarité nationale.

En ce sens, l'articulation entre ce type d'activité complémentaire et le régime obligatoire est reconnue comme un atout. Ce nouveau modèle de cogestion des deux régimes par les organismes délégués, au regard de loi européenne et de la loi française, dessine les contours de l'assurance maladie de demain. C'est probablement pour cette raison que les caisses primaires d'assurance maladie, en concurrence avec d'autres organismes, gèrent une activité de complémentaire santé au travers de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).

A ce sujet, il existe des exemples étrangers d'organisation de l'assurance maladie. En effet de nombreux systèmes ont fait le choix d'introduire certains aspects de concurrence entre opérateurs publics et, ou privés pour inciter les organismes à une meilleure productivité, comme c'est le cas de la Suisse, et à une meilleure gestion du risque, dans le cas de l'Allemagne et de la Hollande.

Aussi à la lumière de ces évolutions législatives nationales et européennes, les mutuelles étudiantes régionales, considèrent, que si une évolution du pilotage de notre système santé est souhaitable, elles y sont tout à fait prêtes. Elles considèrent néanmoins qu'il convient d'être en permanence vigilant sur la poursuite d'un objectif de protection optimale de la santé de leurs assurés sociaux. Ainsi, elles dénoncent la conclusion générale de ce chapitre de la Cour qui tend à la disparition pure et simple du régime étudiant, entrant ainsi en contradiction avec cet objectif, et constituant un grave retour en arrière des acquis sociaux, alors qu'aujourd'hui beaucoup d'efforts restent à accomplir pour améliorer la santé de la population étudiante, qui nécessitent plus qu'un simple guichet de remboursement. Nous avons la chance en France d'avoir des organismes uniquement dédiés à cette préoccupation sanitaire et qui ont développé des stratégies ad-hoc en s'appuyant sur le cahier des charges de l'assurance maladie. Sachons accompagner leurs efforts. A ce titre, nous pensons, qu'il est évident qu'une meilleure articulation entre les Section Locales Mutualistes et la CNAMTS, que nous avons toujours souhaitée et que nous avons même inscrite dans la convention qui nous unit, serait source d'une meilleure efficacité du système.

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

La CNAMTS souhaite que les bénéficiaires dont le risque obligatoire est géré par des mutuelles bénéficient d'une qualité de service équivalente à celle qui est assurée par les CPAM et puissent être assujettis aux mêmes contrôles.

La multiplicité des systèmes informatiques, nécessitant en cas d'intégration de mesures nouvelles, notamment pour l'application de la réforme de l'assurance maladie, des développements redondants dont le régime général est amené à supporter le financement, ne semble pas

indispensable à l'amélioration du service rendu. L'élargissement de la base d'amortissement des frais fixes du régime général paraît en effet hautement souhaitable dans un contexte d'impérieuse nécessité de réduire les déséquilibres financiers de notre système d'assurance maladie obligatoire. La normalisation des procédures des différentes mutuelles, par exemple pour les relations avec le service médical du régime général pour la mise en œuvre de la liquidation médico-administrative paraît par ailleurs indispensable à l'implication efficace des mutuelles dans la régulation des dépenses de santé.

Certes des projets sont en cours afin d'améliorer, à la marge, l'efficacité de la gestion entre les différents régimes. Un projet en cours concerne l'intégration des mutuelles, et notamment des mutuelles d'étudiants, dans un système de mutation inter régimes des dossiers des bénéficiaires et devrait améliorer le service rendu et le respect des dispositions prévoyant le parcours de soins.

La généralisation de l'utilisation des transferts NOEMIE 1 entre mutuelles et organismes assurant la protection complémentaire devra être intégrée dans les objectifs des mutuelles afin d'assurer une égalité de traitement entre tous les bénéficiaires mais une réflexion plus approfondie devrait vraisemblablement être menée, entre le régime général et les instances délibérantes des mutuelles, afin d'accélérer la mise en œuvre des gains de productivité évalués par l'assurance maladie à environ 250 M€. A cet égard, l'accord récemment conclu entre le régime général et le CNCCAS pour la gestion du régime des électriciens gaziers, et l'organisation retenue dans le domaine agricole, constituent vraisemblablement des modèles alternatifs intéressants.

RÉPONSE DE LA CAISSE PRIMIAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES YVELINES

La Cour a observé, dans les caisses d'Ile-de-France, des disparités significatives quant aux montants des remises de gestion versées aux mutuelles assurant pour leur compte, la gestion des prestations assurance maladie de leurs ressortissants.

Il convient, en premier lieu, d'observer que la situation actuelle résulte pour une grande part des dispositions de l'arrêté du 2 décembre 1994 qui n'a pas prévu d'harmoniser le montant des remises de gestion mais a simplement fixé les règles d'évolution sur la base de la situation de l'époque. La caisse primaire des Yvelines a, depuis, fait évoluer le montant des remises par application du taux fixé par la CNAMTS.

Pour ce qui concerne les trois mutuelles pluridépartementales, et comme le note la Cour, les caisses d'Ile-de-France ont mené une réflexion en vue d'harmoniser leur contribution. Ainsi, depuis le 1er janvier 2006, ont-elles défini un coût moyen unique pour l'ensemble des caisses, ce qui aboutit à fixer un coût uniforme quelque soit la caisse de rattachement de l'assuré.

Par ailleurs, délégation a été donnée à la caisse du lieu d'implantation de chaque mutuelle pour verser les remises pour le compte de l'ensemble des caisses. En ce qui concerne les mutuelles départementales, une seule est agréée dans le département des Yvelines (CCAS, EDF). L'évolution des remises de gestion de cette mutuelle s'est également faite en application des règles fixées par la CNAMTS.

Chapitre IX

L'action sociale dans le régime général

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

Le projet de rapport que vous m'avez adressé le 24 mai dernier porte des appréciations très contrastées. J'ai ainsi la satisfaction de voir reconnue la diversité, l'universalité, le dynamisme et d'indéniables succès de l'action sociale des caisses d'allocations familiales. Ce qui en soi justifie le poids de ces dépenses, proportionnellement bien plus élevées que dans les autres branches de la protection sociale.

J'observe également que vous qualifiez « d'irréaliste pour partie » le resserrement budgétaire imposé par l'Etat au fonds national d'action sociale, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2005-2008. Je n'estime pas, cependant, pouvoir être tenue responsable de cet irréalisme: la COG a été signée au terme d'âpres négociations, concernant précisément le FNAS. Je ne doutais pas que sa mise en œuvre allait être très délicate, mais la COG comporte plusieurs chapitres, et constitue donc un point d'équilibre subtil qui, de compromis, doit parvenir au stade de **CONSENSUS**.

J'apprécie que vous notiez la fragilité de l'exercice, en relevant que, dans cette nouvelle COG, le FNAS était sous-évalué dès 2005 des 90 M€ correspondant au transfert de la branche famille de la totalité de l'action sociale familiale en faveur de l'Etat.

Concernant la globalité de vos critiques, j'achopperai sur le qualificatif de « sévère » que vous utilisez à propos des contrats enfance et temps libre. Aussi, je me permets de contester certains des aspects que vous pointez :

- le caractère évaluatif des dépenses de prestations de service était, à mon sens, nécessaire dans une phase de montée en charge rapide; un régime limitatif aurait inévitablement conduit à des résultats moindres, qu'on nous aurait très certainement reprochés... ;
- la création de nouvelles prestations de service n'a pas conduit à « une dispersion inutile des crédits », mais à la prise de conscience de la totalité des besoins.

Les effets d'aubaine dont ont pu profiter certaines communes étaient sans doute inévitables, dans le contexte de montée en puissance des plans crèches successifs; et inversement, la recherche d'une sélectivité pertinente ne peut se baser sur le seul potentiel financier des communes.

Vous relevez, en outre, que la CNAF a commencé à mettre en œuvre la plupart de vos préconisations. Cependant, je dois vous faire part de ma divergence profonde quant à votre appréciation sur l'utilité d'une prestation légale de garde attribuée à toutes les familles sous condition de ressources. Une pareille substitution à nos prestations de service conduirait très certainement à un recul de la prise en charge professionnalisée des jeunes enfants. En effet, la mise en place de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé a prouvé qu'un mécanisme de droits individuels n'était pas aussi efficace qu'une ouverture de droits automatisée, où le bénéficiaire ne doit se manifester qu'en cas de refus. Les démarches des familles sont encore trop souvent complexes, voire dissuasives pour celles qui sont les plus défavorisées; une financiarisation exclusive couplée à un éventail de choix - théorique - élargi, risquerait donc d'être contre-productive.

Ainsi, il est à regretter que les expérimentations menées avec succès par diverses caisses primaires d'assurance maladie -en matière d'aide à la complémentaire -aient dû être stoppées au profit d'un système qui, à ce jour, atteint à peine 20 % de sa cible. L'universalité est un principe intangible de notre protection sociale, mais ce serait une erreur de penser qu'elle puisse d'elle-même garantir l'accessibilité de tous aux droits qui leur sont conférés.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE
D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)*

La dynamique des dépenses n'est pas maîtrisée par la CNAF

Lors de la précédente COG, la CNAF a mis en œuvre une politique de développement quantitatif des structures enfance et temps libre. Ce développement très volontariste était d'ailleurs assumé et appuyé par l'Etat, aux motifs que les besoins n'étaient pas couverts et qu'il convenait de sensibiliser les collectivités locales à des investissements considérés comme indispensables à une politique visant à concilier vie familiale et vie professionnelle. Le caractère inflationniste du dispositif doit donc être davantage regardé comme la conséquence d'un succès au départ incertain, que comme un vice de conception du dispositif lui-même.

L'« impasse financière » actuelle tient essentiellement aux changements intervenus dans l'ordre des priorités, notamment au changement de posture, d'ailleurs tardivement intervenu, des pouvoirs publics lors de la négociation de la nouvelle COG : au fur et à mesure que les besoins se sont trouvés satisfaits et en raison de la situation des finances sociales à laquelle la branche famille ne contribue plus par des excédents, le côté financièrement

incitatif du dispositif s'est trouvé en décalage avec les objectifs, devenus prioritaires, de maîtrise des dépenses.

La sincérité du budget pluriannuel de la COG 2005-2008 est remise en cause

En liaison étroite avec les pouvoirs publics, la CNAF a élaboré un nouveau budget 2006 reposant sur des hypothèses de croissance des dépenses plus restreintes que celles figurant dans l'ancien budget.

En 6 mois, la CNAF a placé toutes les dépenses nouvelles en matière de prestations de service sous enveloppes limitatives. Les contrats enfance et temps libre ont été entièrement réformés et le nouveau dispositif s'applique à l'intégralité des contrats arrivant à renouvellement.

Le système des prestations de service ordinaire pose plusieurs problèmes de gestion

Afin d'améliorer la maîtrise financière des prestations de service ordinaire, la CNAF s'est engagée dans un processus de ventilation des crédits inscrits au fonds national d'aide social au moyen d'enveloppes budgétaires limitatives par CAF. S'agissant de dotations annuelles, cette répartition s'applique à l'exercice en cours.

Tel est déjà le cas pour la prestation de service CLAS (contrats locaux d'accompagnement de la scolarité), la prestation de service médiation familiale, la prestation de service socio-éducative « foyers des jeunes travailleurs », la prestation de service aide au foyer.

Plus généralement, la CNAF réfléchit aux ajustements nécessaires pour pallier aux effets soulignés par la Cour des comptes.

Une coûteuse réforme des prestations de service versées aux établissements d'accueil des jeunes enfants

La PSU a été généralisée à l'ensemble des gestionnaires en 2005. A partir de données exhaustives, un premier bilan financier sera réalisé au cours du deuxième semestre 2006 afin de vérifier si l'ensemble des objectifs de la réforme sont atteints.

La PSU a rendu obligatoire, pour l'ensemble des gestionnaires, l'application du barème national des participations familiales et une facturation établie en fonction du nombre d'heures d'accueil dont les familles ont besoin. Ainsi, les familles paient en fonction de leurs ressources et de leurs besoins.

En contrepartie de l'application du barème institutionnel des participations familiales, la CAF verse 66 % du prix de revient, dans la limite d'un prix plafond, déduction faite des participations familiales. De ce fait, plus les participations des familles sont faibles, plus le montant de la prestation de

service est élevé. Ce système de financement favorise la mixité sociale, sans pénaliser les communes dont les résidents disposent de revenus modestes.

L'année 2005 a connu une baisse moyenne des participations familiales. Cette baisse est due, pour partie, à une diminution du nombre d'actes payés par les familles (facturation en fonction des besoins) ainsi qu'à l'accueil de familles à revenus modestes du fait de l'application du barème national des participations familiales. Pour certaines structures, l'augmentation du prix plafond de la PSU n'a pas suffi à compenser la baisse des participations familiales. Un contrat d'objectif de passage à la PSU a alors été mis en place afin de leur garantir une stabilité des recettes durant trois ans. Quelques contrats ont été signés en 2004, mais l'essentiel des gestionnaires ayant adopté la réforme en 2005, ce n'est qu'à la fin de l'année 2006 qu'il sera possible d'avoir une première vision exhaustive du nombre de contrats signés et des montants financiers correspondants.

En 2006, le montant des ressources des communes constitue un élément central de la mise en place du dispositif d'aide à l'investissement (DIPE). En effet, les communes dont le potentiel fiscal est faible sont considérées comme prioritaires. En outre, ces communes bénéficient d'une bonification de leurs aides.

La disparité des niveaux d'engagements financiers entre les structures d'accueil de la petite enfance (crèches) et les centres de loisirs s'explique par le fait que les normes d'encadrements et les qualifications exigées sont très différentes entre ces deux types de structures.

Alors qu'en crèche les normes d'encadrement sont de 1 pour 5 enfants qui ne marchent pas et 1 pour 8 enfants qui marchent, en centres de loisirs il suffit d'1 encadrant pour 8 enfants de moins de 6 ans et 1 encadrant pour 12 enfants de plus de 6 ans.

En outre, les exigences en termes de qualification des personnels sont beaucoup plus importantes en crèches qu'en centres de loisirs où l'encadrement au sein des structures repose sur l'animation volontaire avec un personnel titulaire de brevets d'aptitude à l'animation ou aux fonctions de direction. En revanche, en crèche, le personnel est majoritairement titulaire de diplômes qualifiants.

Les centres de loisirs pourraient justifier un soutien financier plus important de la part de l'institution. En raison des contraintes budgétaires actuelles, cet objectif n'a pas été retenu comme prioritaire pour la COG 2005-2008, l'Etat souhaitant privilégier le soutien au développement des structures d'accueil de la petite enfance.

Un contrôle insuffisant des structures financées

L'amélioration des contrôles reste une priorité de la branche avec notamment le déploiement du plan de maîtrise des risques en action sociale. La mise en œuvre de ce déploiement est systématiquement vérifiée dans les

contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion (CPOG) des caisses locales que la caisse nationale a examinés début 2006.

Les premières remontées des contrôles effectués en 2005 montre que le plan de maîtrise des risques a été appliqué avec toute la rigueur nécessaire par le réseau. Les objectifs de contrôle ont été atteints par les CAF.

Une déresponsabilisation des caisses

Il convient de rappeler que le système n'a pas conduit à des dépassements du FNAS tels qu'il était prévu dans la COG 2001-2004.

A partir de 2006, les Caf sont totalement responsabilisées par l'existence d'enveloppes de dépenses fermées.

Une croissance non maîtrisée des dépenses cofinancées

La Cour constate que les craintes émises en 1999 (cofinancement de dépenses indues liées notamment à une hausse des coûts de revient des structures) n'ont aucunement été prises en compte par la branche famille

Les craintes de la Cour des comptes sont prises en compte dans la réforme des contrats enfance et temps libre.

Le système de prix plafonds, d'enveloppes limitatives par CAF et de montants de prestations de service bloqués à la signature du contrat (sous réserve de taux de fréquentation corrects et de service fait) conduit à considérer qu'une réponse a été apportée aux faiblesses relevées par la Cour.

Par ailleurs, les observations de la Cour en 1999 ont guidé les travaux des groupes CNAF/CAF chargés de réfléchir, pendant la période 2001-2004, à la réforme des prestations de service.

La rapidité dont a fait preuve la branche famille pour réformer les contrats ces derniers mois s'explique largement par ce travail de réflexion préalable, mené par la CNAF et les CAF, lors de la précédente COG.

Des moyens répartis de manière ni équitable, ni rationnelle

A l'origine, le dispositif de financement mis en place a eu pour objet d'apporter un niveau de financement attractif, sur une période longue, et complémentaire de l'aide au fonctionnement apportée par les prestations de services ordinaires.

L'objectif était de couvrir progressivement l'ensemble du territoire national. Cette politique a favorisé la programmation dans le temps et la coordination des initiatives sur un territoire. De ce fait, elle a constitué un vecteur efficace de l'intercommunalité et de la mutualisation des moyens.

Elle a voulu rendre les services plus accessibles aux familles les plus fragilisées. L'application d'un barème national modulé en fonction des capacités contributives des familles a constitué, dès le lancement du contrat enfance, l'une des conditions d'éligibilité à la prestation de service bonifiée.

Cette politique a recherché l'équité territoriale en dotant les petites communes de moins de 5 000 habitants d'avantages particuliers.

Si les résultats exprimés en dépense par enfant peuvent apparaître inévitables d'un seul point de vue monétaire, il importe néanmoins de les corréler avec d'autres paramètres tel que le taux d'activité des parents sur les territoires étudiés.

En effet, la répartition des moyens résulte de la conjugaison de multiples facteurs : richesse des communes mais aussi volonté politique des élus, expression des besoins des familles en matière de conciliation vie professionnelle-vie familiale-vie sociale, choix locaux quant aux modes d'accueil, natures des solidarités de proximité.

L'amélioration des taux de couverture, rendue possible par les contrats « enfance » et de « temps libre » ne conduit cependant pas la branche famille à ignorer les territoires non couverts. Après une phase de politique incitative, il est apparu nécessaire de s'attacher à répartir les moyens sur les territoires les moins pourvus au regard des besoins. C'est le sens des engagements de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion qui lie la CNAF et l'Etat pour la période 2005 à 2008.

Des résultats non mesurés et mal évalués

L'applicatif CE/CTL est sur le point d'être remplacé par un tableau de bord de suivi individualisé des contrats à partir de données issues de SIAS. Aussi, un chiffrage des résultats des contrats année par année sera disponible au niveau local et national, dès le premier semestre 2007.

En outre, le nouveau contrat « enfance jeunesse » qui va prendre la suite des contrats enfance et temps libre existants, va faire l'objet d'un développement spécifique dans le système d'information qui permettra la remontée correcte d'informations vers l'échelon national.

Vers une réforme nécessaire des contrats

La notion de « dépenses nouvelles » des partenaires, assiette cofinancée par la branche, correspond bien à la démarche voulue par les pouvoirs publics, de soutien au développement des places d'accueil des jeunes enfants et des établissements de loisirs pour la jeunesse.

Cette notion de dépenses nouvelles et son mode de calcul est bien connue des Caf comme des partenaires et il n'a pas été décidé, dans la nouvelle formule des contrats d'y renoncer.

En revanche, ses aspects inflationnistes ont été gommés : les prix de revient retenus ne peuvent dépasser des prix plafonds, les sommes réellement payées ne doivent pas être supérieures à ce qui a été prévu initialement au contrat. Le taux de cofinancement a été réduit à 55 %.

Enfin, le caractère limitatif des enveloppes que doivent respecter les Caf les incite à contrôler la bonne utilisation de financements.

Un rôle d'encadrement à géométrie variable

Les déconventionnements avec les conseils généraux se sont effectués à partir des années 1990. Ils ont effectivement marqué la fin de la polyvalence de secteur pour la très grande majorité des CAF.

Les CAF ont alors repositionné leurs travailleurs sociaux sur des missions institutionnelles centrées sur la famille, s'appuyant sur des formes d'interventions plus collectives et une offre de service adossée aux prestations familiales. Cette reconversion interne a permis pour la majorité des CAF de conserver l'intégralité de leurs effectifs.

La question d'une éventuelle redondance avec les services sociaux généralistes des départements doit être analysée selon trois axes : les publics, les objectifs poursuivis et les méthodologies d'intervention.

Les interventions des conseils généraux sont principalement centrées sur l'enfant (PMI, protection de l'enfance, aide sociale à l'enfance, prévention de la délinquance). Elles s'inscrivent en complément de services plus spécialisés centrés sur l'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du RMI, sur l'autonomie des personnes âgées ou handicapées. Leur mode d'intervention est principalement d'ordre individuel comme le souligne le récent rapport de l'IGAS sur l'intervention sociale de proximité.

A l'inverse, les travailleurs sociaux des CAF axent leurs interventions sur l'ensemble des familles avec une attention particulière aux personnes qui rencontrent des situations ou vivent des événements spécifiques à même de les fragiliser.

Des remontées d'information insuffisantes

Des lacunes existent effectivement en la matière, auxquelles entendent remédier trois mesures :

- l'intégration de dispositifs de contrôle plus contraignants dans SIAS. (La première réalisation allant dans ce sens concerne les contrats enfance et temps libre (CE/CTL) ;
- le développement des échanges entre les structures d'accueil et les CAF ;
- les instructions données aux CAF pour qu'elles rentrent des données complètes et de qualité. Ces instructions ont été rappelées à l'occasion des entretiens sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion (CPOG) avec chacune des CAF.

S'agissant des difficultés de procéder à des requêtes, la CNAF est consciente de cette situation. Aussi a-t-elle engagé plusieurs actions en 2005 pour améliorer les instruments de suivi et de pilotage, notamment :

- la création d'un tableau de bord du fonds de solidarité logement (FSL) dont la mise en oeuvre est prévue en juin 2006 ;
- le recensement du nombre de places d'accueil en matière d'offre de garde et de temps libre ;
- le développement de tableaux de bord « contrats enfance » et « contrats temps libre », dont la mise à disposition des CAF est programmée en juin 2006.

Par ailleurs, les données Infocentre de SIAS ont alimenté le système d'information décisionnelle (SID) des CAF dès 1999, permettant de faire remonter des informations fiables à la CNAF pour l'ensemble des CAF ayant mis en oeuvre le module SIAS concerné.

S'agissant enfin de l'interfaçage avec MAGIC, le cahier des charges de cette interface a été réalisé en 2003. L'interfaçage SIAS-MAGIC est néanmoins opérationnel pour l'Aide au temps libre (ATL) depuis fin 2005.

Dans le schéma directeur du système d'information 2005-2008, il est prévu pour les modules AFC et AFI pour 2006-2007.

Un suivi budgétaire et comptable déficient

Le système de suivi et de prévision des prestations de service n'est effectivement pas satisfaisant. Deux enquêtes générales de suivi des dépenses du FNAS ont cependant été menées en 2003 et 2004. Une enquête plus approfondie a été effectuée en 2005.

Par ailleurs, la CNAF a inscrit en mesure nouvelle au budget 2006 de l'établissement public un poste de « conseiller technique pôle statistiques » -dont le recrutement est en cours- qui, bien que situé à la direction des statistiques, de l'évaluation et de la recherche (DSER), est totalement dédié à l'amélioration des prévisions financières et au pilotage des dépenses, notamment leur suivi.

L'action sociale de la branche retraite

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAVTS)

Dans le contexte de partage de compétence avec les conseils généraux à la suite de la mise en place de l'APA, la CNAVTS a engagé dès 2002 les réflexions qui ont conduit, dans une perspective de prévention de la perte d'autonomie, au recentrage de son action sociale en direction des retraités relevant des GIR 5 et 6 socialement les plus fragiles.

Ces réflexions ont connu une première concrétisation avec l'avenant 2003-2004 à la précédente COG qui prévoyait la réalisation d'expéri-

mentations portant notamment sur les dispositifs d'évaluation des besoins, d'aide au retour à domicile après hospitalisation et d'hébergement temporaire. Cette démarche s'est appuyée sur un travail partenarial important avec les caisses régionales au travers de nombreux groupes de travail, de réunions et de déplacements sur le terrain de la CNAVTS. Les expérimentations ont également donné lieu à un bilan réalisé par le CREDOC qui a contribué à la mise en œuvre des nouvelles orientations de la COG actuelle.

Ces nouvelles orientations de la COG 2005-2008 ont donné lieu à des premières réalisations significatives sur les 18 premiers mois de la période conventionnelle. A cet égard, peuvent être notamment mentionnés :

- la montée en charge des dispositifs d'évaluation des besoins conformément aux engagements de la COG, soutenue par l'élaboration d'un dossier national de référence pour l'évaluation et d'un guide de bonnes pratiques ;
- des travaux de formalisation des plans d'actions personnalisés (PAP) avec notamment la mise en place d'un « panier de services » favorisant la diversification des aides et correspondant à une nouvelle conception de l'aide au maintien à domicile ;
- le lancement d'un site internet « INFOPLUS seniors » à destination des retraités et de leur entourage ainsi que d'un répertoire régional des offres de services (le kiosque bleu)
- le renforcement de la qualité et de la rapidité des échanges avec les prestataires de services conventionnés dans le cadre d'un site internet de gestion qui leur est dédié.

Les travaux relatifs à la mise en œuvre des nouvelles orientations de la politique d'action sociale de la branche retraite seront poursuivis sur les années 2006 à 2008 avec notamment :

- la poursuite de la montée en charge des dispositifs d'évaluation des besoins ;
- l'approfondissement des travaux de formalisation du PAP (conditions d'élaboration, de financement et de mise en œuvre) avec également une expérimentation sur les possibilités offertes par le recours au chèque emploi service universel (CESU) comme moyen de paiement ;
- l'accentuation de la politique de diversification des aides dans le contexte des enseignes de service à la personne ;
- la définition des modalités de mise en œuvre des nouvelles orientations relatives aux lieux de vie collectifs ;
- la refonte du système d'information d'action sociale en cohérence avec les nouvelles orientations ;

- l'amélioration de la coordination avec les conseils généraux avec notamment la signature d'une convention avec la CNSA.

Chapitre X

Les régimes spéciaux de retraite des industries électriques et gazières, de la RATP et de la SNCF

RÉPONSE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA MER ET DES TRANSPORTS (DGMT)

Je prends acte des perspectives des régimes spéciaux à l'horizon 2050 présentées sur la base des travaux du conseil d'orientation des retraites qui font apparaître notamment l'augmentation prévisible des droits spécifiques et le coût budgétaire prévisible lié à la détérioration des comptes du régime de la RATP.

Vous indiquez qu'aucune réforme n'est encore intervenue concernant le financement du régime de la SNCF. Je vous précise que des travaux préparatoires à une telle réforme sont actuellement en cours et poursuivent le même objectif que la réforme du financement du régime de la RATP, à savoir éviter que l'entreprise ne supporte la charge de provisionnement des engagements de retraites.

Enfin, s'agissant de la recommandation figurant en conclusion de votre rapport, je ne peux que vous rappeler les engagements pris par le gouvernement en 2003 concernant le maintien des droits des régimes spéciaux de la SNCF et de la RATP. J'attire votre attention sur le caractère extrêmement sensible de cette question en une période où les entreprises concernées doivent conduire des réformes importantes de leur organisation et de leur fonctionnement dans un environnement marqué par l'ouverture progressive à la concurrence.

RÉPONSE COMMUNE DE GAZ DE FRANCE ET D'ÉLECTRICITÉ DE FRANCE (GDF – EDF)

L'adossement du régime spécial des industries électriques et gazières (IEG) au régime général et aux régimes de retraite complémentaire a eu pour effet de rendre la couverture retraite de nos agents comparable, sur le plan du financement et du fonctionnement, à celle des salariés des autres grandes entreprises : à des droits de base mutualisés par la CNAVTS, d'une part, et l'ARRCO et l'AGIRC, d'autre part, s'ajoutent des droits spécifiques propres à la branche professionnelle des industries électriques et gazières. Ces droits spécifiques s'apparentent à un régime chapeau exclusivement financé par les employeurs.

La pension versée par le régime spécial aux agents des IEG est unique, mais le financement des droits de base est distinct de celui des droits spécifiques : concernant les dits droits de base, employeurs et salariés des IEG acquittent globalement les mêmes cotisations que ceux relevant du régime général.

L'adossment aux régimes de droit commun répercute les effets de la loi Fillon sur le régime spécial des industries électriques et gazières

Si les régimes spéciaux n'entrent pas en tant que tels dans le champ d'application de la loi Fillon du 21 août 2003 portant réforme des retraites, le régime spécial des IEG en subit les effets dans le cadre du mécanisme d'adossment. En effet, c'est la réglementation des régimes de droit commun en vigueur au moment de l'adossment, donc après intervention de la loi Fillon pour le régime général, qui détermine à la fois l'équivalent des cotisations de droit commun que la CNIEG verse aux régimes de droit commun et l'équivalent des prestations que les régimes de droit commun reversent à la CNIEG ; en ce qui concerne la différence d'âge de mise en inactivité, les inactifs des IEG n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture du droit dans les régimes de droit commun sont considérés comme « actifs » dans le cadre de l'adossment ; à ce titre, des cotisations continuent d'être versées à ces régimes.

La partie des droits du régime spécial adossée aux régimes de droit commun entre dans le champ de la mutualisation interprofessionnelle. C'est précisément pour cette raison que les entreprises de la branche n'ont pas eu à provisionner ces droits dans leurs comptes.

Les droits spécifiques qui correspondent à 35,7% de la masse des pensions du régime spécial, ont été mutualisés sur la base professionnelle des industries électriques et gazières, qui est plus large que la base de mutualisation de la plupart des régimes supplémentaires des grandes entreprises.

Compte tenu des modalités de l'adossment qui ont respecté le principe de neutralité financière et au titre de la mutualisation des droits équivalant à ceux des régimes de droit commun, le régime spécial des industries électriques et gazières est fondé à recevoir l'équivalent de l'ensemble des prestations qui auraient été versées à nos agents si ceux-ci avaient été affiliés au régime général. Ainsi les prestations financées par le FSV sont dues au régime spécial, non pas au titre des avantages familiaux versés par le régime spécial, mais de ceux versés par le régime général.

Au niveau des régimes, l'adossment a les mêmes effets financiers qu'une intégration pleine et entière : employeurs et salariés des industries électriques et gazières supportent, comme ceux du régime général, les hausses de cotisation nécessaires à l'équilibre des régimes gérés par la CNAVTS, l'ARRCO et l'AGIRC. Seul le recalage initial de la cotisation salariale a fait l'objet d'une compensation.

Un régime spécial de sécurité sociale qui joue aussi le rôle d'un régime de retraite d'entreprise, à l'échelle d'une branche professionnelle.

Toute comparaison entre les retraites des agents des IEG et celles des salariés du régime général, qu'il s'agisse du calcul de la pension, de la revalorisation des pensions, de la contribution des salariés au financement de leur retraite ou de tout autre paramètre, doit s'apprécier en prenant en compte l'existence des régimes d'entreprise, dont le développement est encouragé par la loi Fillon du 21 août 2003 portant réforme des retraites pour pallier la baisse de rendement du régime général.

Il convient de rappeler que, dans les industries électriques et gazières, les droits spécifiques sont financés par l'employeur et, pour la part des droits spécifiques passés dits « régulés », par la contribution tarifaire d'acheminement, qui a pour effet une diminution du chiffre d'affaires des entreprises. Les droits spécifiques non financés par la contribution tarifaire d'acheminement sont financés par le biais de provisions constituées au fil de l'eau dans les comptes des entreprises ou de contrats d'assurance, sans intervention de la solidarité nationale. Ce dispositif n'est pas une entrave à la compétitivité des entreprises.

Le régime de retraite est un élément fondamental de la politique de rémunération globale de l'entreprise. Il le sera encore davantage compte tenu du rôle que les entreprises sont appelées à jouer dans le niveau futur des retraites des salariés en France. La question des retraites ne peut pas être examinée que sous l'angle des coûts dès lors que les grandes entreprises devront nécessairement développer une politique de gestion des Ressources Humaines adaptée pour attirer et fidéliser les salariés les plus compétents et les plus motivés.

**RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES INDUSTRIES ÉLECTRIQUES
ET GAZIÈRES (CNIEG)**

1/ Sur les comparaisons avec le régime général et les régimes complémentaires de retraite : celles ci doivent être nuancées, voire même questionnées sur leur pertinence, dès lors qu'elles sont opérées au travers d'une référence à ces seuls régimes.

Le régime spécial des IEG est un régime légal et obligatoire de retraite comme les autres régimes participant à la branche vieillesse de la sécurité sociale. C'est aussi de par son champ d'application un régime d'entreprises et notamment de grandes entreprises entrant dans la branche professionnelle des IEG. Cette caractéristique est encore plus affirmée depuis la réforme du financement du régime et son adossement aux régimes de retraite du droit commun.

Dès lors, procéder à des comparaisons limitées au régime général et aux régimes complémentaires sans prendre en compte les régimes

supplémentaires de retraite que les entreprises des autres secteurs professionnels ont développé en leur sein, c'est introduire un biais certain dans l'appréciation de la protection sociale comparée avec les salariés du secteur privé.

S'agissant par ailleurs de l'âge moyen de départ à la retraite dans le régime spécial des IEG, les comparaisons ne peuvent être limitées aux seules règles de départ en retraite du régime général et des régimes complémentaires. En France et dans le secteur privé, l'âge moyen de « sortie d'activité » est très inférieur à l'âge d'ouverture des droits à retraite dans le régime général et les régimes complémentaires. Le taux d'activité des personnes de 50 ans et plus est en France un des plus bas d'Europe (autour de 40 %) et nombre de prestataires du régime général ne sont plus en activité au moment de la liquidation de leurs droits à retraite.

2/ Sur la mutualisation des charges et l'assise du régime spécial de retraite des IEG : la portée de la réforme du financement et de l'adossement aux régimes de retraite du droit commun n'est pas limitée à la seule problématique des engagements de retraite et réalise sur le plan démographique et financier une réelle insertion du régime spécial au sein de ces régimes, de leur logique et de leurs solidarités.

L'adossement est placé sous une exigence absolue de neutralité financière vis à vis des régimes de retraite du droit commun qui s'est traduite par le versement d'une soulte à la CNAVTS et une reprise partielle des droits par l'AGIRC ARRCO et qui doit faire l'objet d'un rapport public tous les 5 ans.

L'adossement n'est pas, sur le plan démographique et financier, une réforme instituant un dispositif de compensation de caractère « macro-économique » mais bien, sur ce plan, l'insertion pleine et entière, sur des bases individuelles, du régime spécial dans les mutualisations intersectorielles qui s'opèrent au sein de ces régimes selon leurs propres règles, actuelles comme futures. Ces solidarités s'exercent dans le cadre de l'adossement en toute égalité de traitement, sur le plan des cotisations comme de la charge des droits à retraite correspondants, par rapport aux salariés et entreprises relevant des régimes de retraite du droit commun.

De plus, le régime général est pour environ 20 % de ses ressources financé par d'autres sources que les seules cotisations des assurés et des entreprises. Il s'agit de financements provenant de dispositifs de solidarité nationale comme le FSV. L'adossement du régime spécial des IEG doit donc tenir compte de ces ressources du régime général autres que les cotisations.

Enfin il convient de rappeler que le régime spécial des IEG est, depuis l'origine, contributeur dans les dispositifs de compensations inter régimes vis à vis des régimes de retraite démographiquement défavorisés. Ceci qu'il s'agisse de la compensation démographique généralisée instituée entre les régimes légaux de retraite en 1974 ou de la compensation spécifique entre les

régimes spéciaux instituée en 1986. La charge pour le régime spécial des IEG représentait 122 M€ au titre de l'exercice 2005.

3/ Sur les « droits spécifiques » : le régime spécial est intégralement auto financé par le secteur de l'énergie et la contribution tarifaire est neutre pour le client final comme pour le contribuable

S'agissant des « droits spécifiques », le régime spécial demeure, avant comme après la réforme, intégralement auto financé par le secteur professionnel de l'énergie sans apport de la collectivité nationale. Cette spécificité du régime spécial de retraite des IEG doit être soulignée.

A cet égard, le financement des droits spécifiques passés afférents aux activités régulées assuré par la contribution tarifaire d'acheminement, est neutre pour le contribuable et le client final. Cette contribution se substitue en effet à l'élément du tarif d'électricité et de gaz qui couvrait la charge de retraite correspondante avant la réforme. Cette neutralité mérite d'être rappelée dans la synthèse finale du projet de rapport.

GLOSSAIRE

AAA	Association des assureurs en AEXA
AAH	Allocation aux adultes handicapés
AC	Aide à la contractualisation
ACBUS	Accord de bon usage des soins
ACCT	Agence comptable centrale du Trésor
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AEI	Aide exceptionnelle à l'investissement
AES	Allocation d'éducation spéciale
AEXA (ATEXA)	Régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles
AFEAMA	Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AHI	Accueil – hébergement - insertion
ALD	Affection de longue durée
ALS	Allocation de logement à caractère social
AME	Aide médicale de l'Etat
AMEXA	Assurance maladie des exploitants agricoles
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AMPI	Assurance maladie des professions indépendantes
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
API	Allocation de parent isolé
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
APL	Aide personnalisée au logement
APR	Allocation de préparation à la retraite
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ASMR	Amélioration du service médical rendu
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles

AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
BAM	Bénéficiaire actif moyen
BAP	Bénéficiaire actif pondéré
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
BMAF	Base mensuelle des allocations familiales
BNC	Bénéfices non commerciaux
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMR	Caisse de retraite des chemins de fer secondaires
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles
CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CARCD	Caisse autonome de retraite des chirurgiens dentistes
CASF	Code de l'action sociale et de la famille
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CEPP	Commission d'évaluation des produites et prestations
CEPS	Comité économique des produits de santé
CERTI	Centres régionaux de traitements de l'informatique
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CICAT	Centre d'intervention et de conseil sur les aides techniques
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
CMCAS	Caisse mutuelle complémentaire et d'action sociale
CMD	Catégorie majeure de diagnostics
CMR	Caisse mutuelle régionale
CMSA	Caisse de mutualité sociale agricole
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des

	travailleurs salariés
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNBF	Caisse nationale des barreaux français
CNC	Conseil national de la comptabilité
CNEDI	Centre national d'études et de développement informatique
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNMSS	Caisse nationale militaire de sécurité sociale
CNPS	Centre national des professions de santé
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COR	Conseil d'orientation des retraites
COREC	Comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale
CORERPA	Comité régional des retraités et personnes âgées
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CPR-SNCF	Caisse de retraite et de prévoyance de la SNCF
CPS	Caisse de prévoyance sociale
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CRFPP	Centres régionaux de formation et de perfectionnement professionnels
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSG	Cotisation sociale généralisée
CSS	Code de la sécurité sociale
CTA	Contribution tarifaire d'acheminement
CTI	Centre technique informatique
CTRI	Comité technique régional et inter-départemental
C3S	Contribution sociale de solidarité des sociétés
DAC	Dotation annuelle complémentaire

DAIPE	Dispositif d'aide à l'investissement petite enfance
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DG	Dotation globale
DGCP	Direction générale de la comptabilité publique
DGD	Dotation globale de décentralisation
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects
DGF	Dotation globale de financement
DGFAR	Direction générale de la forêt et des affaires rurales
DGI	Direction générale des impôts
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIPE	Dispositif d'investissement petite enfance
DMI	Dispositifs médicaux implantables
DMS	Durée moyenne de séjour
DRASS	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSI	Démarche de soins infirmiers
DSS	Direction de la sécurité sociale
EDF	Electricité de France
EIR	Échantillon inter-régimes des retraités
EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ENC	Echelle nationale des coûts.
EONIA	European OverNight Index Average
EPAS	Échantillon permanent des assurés sociaux
ETP	Équivalent temps plein
FAF	Fonds assurance formation
FFAPA	Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FAS	Fonds d'action sociale
FASMO	Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé
FCAATA	Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
FFIPSA	Fonds de financement de la protection sociale agricole

FIMHO	Fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux
FIPE	Fonds d'investissement petite enfance
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FMCP	Fonds de modernisation des cliniques privées
FMES	Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
FNAH	Fonds national pour l'amélioration de l'habitat
FNAL	Fonds national d'aide au logement
FNAM	Fonds nationale de l'assurance maladie
FNAS	Fonds national d'action sociale
FNASS	Fonds national d'action sanitaire et social
FNASSPA	Fonds national d'actions sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées
FNGA	Fonds national de la gestion administrative
FNH	Fonds national pour l'habitat
FNI	Fichier national d'identification
FNL	Fonds national de l'habitat
FORMMEL	Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale
FPH	Fonction publique hospitalière
FRR	Fonds de réserve des retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GAMEX	Groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (ou des carrières)
GVT	Glissement-vieillesse-technicité
HAD	Hospitalisation à domicile
HCICOSS	Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IDEL	Infirmier diplômé d'Etat libéral
IEG	Industries électrique et gazière

IFAC	Fédération internationale des experts comptables
IFRS	International Financial Reporting Standards
IJ	Indemnités journalières
IQI	Indicateur de la qualité de liquidation
IRDES	Institut de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LEEM	Les entreprises du médicament
LFI	Loi de financement initiale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
LOOM	Loi d'orientation relative à l'outre-mer
LPPR	Liste des produits et prestations remboursables
MAINH	Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCP	Mission comptable permanente
MEAH	Mission d'expertise et d'audit hospitalier
MERRI	Mission d'enseignement, recherche, référence, recours et innovation
MG	Mutuelle générale
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation nationale
MIG	Mission d'intérêt général
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MNH	Mutuelle nationale des hospitaliers
MO	Molécules onéreuses
MSA	Mutualité sociale agricole
MT2A	Mission opérationnelle pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité
NIR	Numéro d'identification au répertoire
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux
OASIS	Outil d'aide aux sondages et à l'investigation statistique
OD	Objectif de dépenses
OD	Organismes délégués
ODD	Objectif de dépenses déléguées
ODAC	Organismes divers d'administration centrale

ODMCO	Objectif de dépense de médecine et de chirurgie obstétrique
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
PAJE	Prestation d'accueil des jeunes enfants
PAP	Plan- d'action personnalisé
PAR	Produits à recevoir
PCG	Plan comptable général
PCU	Plan comptable unique
PCUOSS	Plan comptable unique des organismes de sécurité sociale
PERCO	Plan d'épargne pour la retraite collectif
PERP	Plan d'épargne retraite populaire
PIRES	Protocole inter-régime d'examen spécial
PMF	Présentation médicale facultative
PMS	Plan de maîtrise socle
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNIR	Programme national inter-régimes
PPESV	Plan partenarial d'épargne salarial volontaire
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie
PSE	Prestation de service enfance
PSI	Plan de soins infirmiers
PSO	Prestations de services ordinaires
RAM	Réunion des assureurs maladie
RSA	Résumé de sortie anonymisé
RSI	Régime social des travailleurs indépendants
SLM	Section locale mutualiste
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMR	Service médical rendu
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SNIR	Système national inter régimes
SNIREP	Système national inter-régimes des établissements privés
SRITEPSA	Service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile

SSR	Soins de suite ou de réadaptation
STIF	Syndicat des transports Ile-de-France
T2A	Tarification à l'activité
TCAM	Taux de croissance annuel moyen
TCDC	Tableau de centralisation des données comptables
TEE	Tableau économique d'ensemble
TFR	Tarif forfaitaire de responsabilité
TIPP	Taxe intérieure sur les produits pétroliers
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UCANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale
UGECAM	Union pour la gestion des établissements de caisse d'assurance maladie
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNEDIC	Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales