

COUR DES COMPTES

LA
SÉCURITÉ SOCIALE

SEPTEMBRE 2009

	Pages	Réponses
<i>Introduction générale</i>	1	
<i>Première partie – Les comptes pour 2008 et le financement</i>	3	
CHAPITRE I	5	477
LES RESULTATS ET LE FINANCEMENT DES DEFICITS		
I. L’avis de la Cour sur les tableaux d’équilibre	7	
<i>Recommandations</i>	13	
II. L’évolution des comptes sociaux en 2008	14	
III. Le financement de la dette sociale	31	
<i>Recommandations</i>	46	
IV. Les relations entre l’Etat et la sécurité sociale	46	
CHAPITRE II	51	477
L’OBJECTIF NATIONAL DE DEPENSES D’ASSURANCE MALADIE (ONDAM)		
I. L’ONDAM : vue d’ensemble	53	
II. Les soins de ville	57	
III. L’ONDAM hospitalier	58	
IV. La composante médico-sociale de l’ONDAM	65	
<i>Conclusion</i>	66	
<i>Recommandations</i>	67	
CHAPITRE III	69	478
LES CONTROLES EFFECTUES SUR L’ETAT EMPLOYEUR		
I. Les contrôles effectués par les URSSAF sur les	71	

	Pages	Réponses
services déconcentrés		
II. Les contrôles menés par la Cour des comptes	73	
III. Les actions à mener	80	
<i>Synthèse</i>	81	
<i>Recommandations</i>	82	
CHAPITRE IV	83	479
LE RESEAU D'ALERTE		
I. Les contrôles dans le cadre du réseau d'alerte	85	
II. Le pilotage national des CGSS	102	
<i>Recommandations</i>	109	
Deuxième partie – La gestion des hôpitaux	111	
CHAPITRE V	113	487
L'ORGANISATION DE L'HOPITAL		
I. Une allocation non optimale des ressources destinées à la production de soins	116	
II. Des marges d'amélioration exploitables partout	128	
III. La réforme de la gouvernance : un progrès à confirmer	135	
<i>Synthèse</i>	141	
<i>Recommandations</i>	142	
CHAPITRE VI	143	493
PLAN HOPITAL 2007 : LA RELANCE DES INVESTISSEMENTS IMMOBILIERS		
I. Le lancement du plan	146	

	Pages	Réponses
II. Le pilotage du plan	153	
III. Le bilan contrasté du plan de relance des investissements	161	
<i>Synthèse</i>	169	
<i>Recommandations</i>	170	
CHAPITRE VII	171	
LA MISE EN ŒUVRE DE LA T2A : BILAN A MI-PARCOURS		
I. Un modèle opaque d'allocation de ressources	174	
II. Une définition et un suivi des recettes encore insuffisants	185	
III. Interrogations sur les modalités d'évolution de la T2A	195	
<i>Conclusion</i>	211	
<i>Recommandations</i>	212	
Troisième partie – La gestion des risques	213	
CHAPITRE VIII	215	494
LE CONTROLE MEDICAL		
I. L'organisation et les moyens du contrôle médical	218	
II. La nécessaire réforme du contrôle individuel des prestations	223	
III. Des évolutions indispensables dans les autres domaines d'activité	237	
<i>Synthèse</i>	242	
<i>Recommandations</i>	242	

	Pages	Réponses
CHAPITRE IX	243	495
LES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE		
I. Un défaut de pilotage	245	
II. Une utilité contestable	252	
<i>Synthèse</i>	262	
<i>Recommandations</i>	262	
CHAPITRE X	263	497
LES CONTROLES D'ASSIETTE DES URSSAF		
I. Un cadrage général embryonnaire	266	
II. Une activité de contrôle insuffisamment supervisée	268	
III. Un processus de contrôle perfectible	276	
<i>Synthèse</i>	287	
<i>Recommandations</i>	288	
CHAPITRE XI	289	502
LA DUREE D'ASSURANCE DANS LE CALCUL DES DROITS À LA RETRAITE		
I. La constitution de la durée d'assurance : un dispositif peu lisible	292	
II. Les conséquences redistributives pour les assurés	308	
III. L'incidence financière pour les régimes	316	
IV. Quels aménagements des conditions de constitution de la durée d'assurance ?	323	
<i>Conclusion</i>	328	

	Pages	Réponses
<i>Recommandations</i>	329	
CHAPITRE XII	331	505
LA PRISE EN COMPTE DES ENFANTS DANS LA DUREE D'ASSURANCE POUR LA RETRAITE		
I. MDA et AVPF : deux dispositifs de moins en moins pertinents	334	
II. La nécessité d'une réforme	353	
<i>Synthèse</i>	360	
<i>Recommandations</i>	360	
CHAPITRE XIII	361	509
L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS DANS LA BRANCHE FAMILLE		
I. L'accueil des usagers	363	
II. L'accompagnement des familles en difficulté	373	
<i>Synthèse</i>	386	
<i>Recommandations</i>	386	
CHAPITRE XIV	387	514
ASPECTS DE LA GESTION DES PERSONNELS DU REGIME GENERAL		
I. La classification des emplois et la politique de rémunération	389	
II. L'adaptation des métiers et des compétences	403	
<i>Conclusion</i>	415	
<i>Recommandations</i>	415	

	Pages	Réponses
CHAPITRE XV	417	518
LE REGIME DE SECURITE SOCIALE DANS LES MINES		
I. La réforme du régime des mines	420	
II. Une réforme sans effet sur de nombreux dysfonctionnements	422	
III. L'évolution trop lente des activités	429	
<i>Synthèse</i>	435	
<i>Recommandations</i>	436	
CHAPITRE XVI	437	525
LE SUIVI DE RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LA COUR		
I. Le suivi des recommandations effectué par les administrations	439	
II. Les dépenses de biologie et de radiologie	441	
<i>Conclusion générale</i>	453	
<i>Annexe</i>	457	
<i>Liste récapitulative des recommandations</i>		
<i>Réponses des ministres</i>	463	
<i>Réponses des organismes</i>	475	
<i>Glossaire</i>	527	

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.

Étaient présents : M. Séguin, Premier président, MM. Pichon, Babusiaux, Mme Ruellan, MM. Descheemaeker, Hespel, Bayle, présidents de chambre, MM. Sallois, Hernandez, présidents de chambre maintenu en activité, MM. Houri, Richard, Rémond, Gillette, Duret, X.H. Martin, Schneider, Troesch, Cardon, Théron, Beysson, Mme Bellon, MM. Gasse, Moreau, Freches, Mme Lévy-Rosenwald, MM. Duchadeuil, Moulin, Lebuy, Lesouhaitier, Lefas, Durrleman, Cazala, Gauron, Alventosa, Lafaure, Mme Morell, MM. Rameix, Braunstein, Brochier, Mme Dayries, MM. Lévy, Déconfin, Mme Ulmann, MM. Barbé, Vermeulen, Bonin, Vachia, Vivet, Mme Moati, MM. Cossin, Davy de Virville, Diricq, Lefebvre, Couty, Mme Aubin-Saulière, MM. Maistre, Valdigué, Hayez, Rigaudiat, Korb, Mme Dos Reis, M. de Gaulle, Mme Saliou (Monique), MM. Guibert, Levallois, Zerah, Mme Carrère-Gée, MM. Ory-Lavollée, Salsmann, Guédon, Mme Gadriot-Renard, MM. Martin (Claude), Le Méné, Urgin, Baccou, Mousson, Guérault, conseillers maîtres, MM. Bille, Zeller, André, Cadet, Pélissier, Schott, conseillers maîtres en service extraordinaire, M. Rabaté, conseiller maître, rapporteur général.

Était présent et a participé aux débats : M. Bénard, Procureur général, assisté de M. Michaut, avocat général.

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

Madame Mayenobe, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 14 septembre 2009.

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

- Mme Marianne Lévy-Rosenwald, MM. Michel Braunstein, Jean-Pierre Bonin, Noël Diricq, Laurent Rabaté, conseillers maîtres ;

- Mme Pascale Bouzanne des Mazery, M. Paul de Puylaroque, Mmes Stéphanie Bigas-Reboul, Marie-Anne Toupin-Jacquet, MM. Daniel Vasseur, Maximilien Queyranne, conseillers référendaires ;

- MM. Simon Fetet, Thibault Dornon, auditeurs ;

- Mme Béatrice Le Bret, M. Sébastien Gallée, Mmes Anny Golfouse-Buet, Geneviève Jourdier, M. Jacques Lavaud, Mme Laurence Assous, M. Olivier Rousseau, Mme Carole Pelletier, rapporteurs ;

- Mme Camille L'Hernault, expert ;

- Mmes Sylvie Apparitio, Martine Koci-Cillario, Estelle Pagliaroli assistantes.

Ce projet de rapport a été délibéré par la 6^{ème} chambre de la Cour le 10 juillet 2009 sous la présidence de Mme Rolande Ruellan, présidente de chambre.

Ce projet a ensuite été arrêté par le comité du rapport public et des programmes du 21 juillet 2009 présidé par M. Philippe Séguin, premier président, et a été 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 2009.

INTRODUCTION

Dans une première partie, le présent rapport porte sur les éléments propres à l'année 2008 : la Cour rend son avis sur « la cohérence des tableaux d'équilibre », procède à une « analyse de l'ensemble des comptes »¹ des organismes inclus dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) et examine l'incidence en trésorerie des déficits cumulés ou des dettes de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale. L'examen de la mise en œuvre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) complète ce volet financier.

En outre, comme la loi l'a prévu, le rapport rend compte des contrôles effectués en 2008 par les organismes de contrôle intégrés au sein du réseau d'alerte ainsi que des contrôles effectués par les URSSAF ou la Cour sur le respect par l'Etat de ses obligations d'employeur².

Une deuxième partie regroupe les travaux consacrés aux dépenses hospitalières : organisation de l'hôpital³, mise en œuvre de la T2A, investissements immobiliers du plan « Hôpital 2007 ».

Les travaux effectués par la Cour sur la gestion des risques sociaux, présentés en troisième partie, portent cette année, pour la branche maladie, sur les centres d'examen de santé et sur le contrôle médical du régime général ; pour le recouvrement, sur les contrôles d'assiette des URSSAF. La branche retraite fait l'objet d'analyses relatives à la durée d'assurance dans le calcul des droits à retraite et à la prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour la retraite. L'accueil et l'accompagnement des usagers dans la branche famille fait également l'objet d'une insertion. Enfin, la gestion des régimes est abordée, sous l'angle des questions liées à la gestion des personnels du régime général, ainsi que celle du régime de sécurité sociale dans les mines.

Comme les années précédentes, des recommandations ou orientations accompagnent et prolongent les constats effectués. Celles des années précédentes donnent lieu à un suivi.

1. Ces deux missions sont explicitement prévues par l'article LO 132-3 du code des juridictions financières (CJF).

2. Conformément aux dispositions prévues, d'une part dans l'article précité LO 132-3, d'autre part au L. 111-6, du CJF.

3. Dans ce dernier cas, les travaux dont « rend compte » ce rapport ont été réalisés en liaison avec les chambres régionales des comptes, dans le cadre du « programme trisannuel de travaux » prévu à l'article L. 132-3-2 du CJF.

PREMIERE PARTIE

**LES COMPTES POUR 2008 ET LE
FINANCEMENT**

Chapitre I

Les résultats et le financement des déficits

PRESENTATION

Conformément à l'article LO.132-3 du code des juridictions financières, le présent chapitre « comprend l'avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos » et présente les vérifications afférentes. Ces tableaux, qui retracent les résultats annuels d'ensemble des régimes et organismes de sécurité sociale pour 2008, sont présentés en vue de leur approbation dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Ce chapitre présente par ailleurs l'analyse de l'évolution des comptes de la sécurité sociale en 2008 par rapport à l'année précédente et aux prévisions votées par le Parlement.

Il évoque ensuite, comme les années précédentes, la situation financière des régimes et examine spécifiquement la question du financement de la dette de la sécurité sociale et de son coût. La Cour revient enfin sur les relations entre l'Etat et la sécurité sociale, afin d'éclairer les évolutions constatées en 2008.

I - L'avis de la Cour sur les tableaux d'équilibre

Les tableaux d'équilibre se présentent sous la forme de comptes de résultat simplifiés, avec trois agrégats : les « dépenses », les « recettes » et les « soldes ». Ils portent sur trois sous-ensembles distincts : le régime général, l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (dont les résultats sont présentés par branche) et les organismes concourant à leur financement. Les tableaux sont établis pour trois exercices : l'exercice clos, l'année en cours et celui de la loi de financement.

A – Le cadre de la mission de la Cour

Conformément aux dispositions de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005 (LOLFSS), la Cour exprime son avis sur les tableaux d'équilibre de l'exercice clos. Lors du premier avis au titre de l'exercice clos au 31 décembre 2006⁴, elle avait défini le cadre de cette nouvelle mission, destinée à « exprimer l'appréciation de la Cour sur la cohérence d'ensemble de la présentation des résultats annuels de la sécurité sociale ». Cette appréciation porte ainsi sur trois éléments :

4. Rapport sur la sécurité sociale de 2007.

- les processus de centralisation et de contrôle des comptes des régimes et organismes, en amont de leur consolidation dans les tableaux d'équilibre ;
- les règles retenues pour établir les tableaux d'équilibre (consolidation des comptes), en particulier leur conformité aux principes comptables applicables à la sécurité sociale ;
- la comparabilité des tableaux d'équilibre d'une année sur l'autre (permanence des méthodes).

Cet avis ne vise pas à apprécier les comptes des régimes et organismes pris individuellement, mais doit tenir cependant compte des conclusions des missions de certification réalisées par des auditeurs indépendants, dont celle relative au régime général audité directement par la Cour. A compter de l'exercice 2008, l'ensemble des régimes et organismes ont l'obligation légale⁵ de faire certifier leurs comptes par un commissaire aux comptes. Désormais, la Cour est donc en mesure de disposer pour tous les régimes obligatoires de base de sécurité sociale d'une somme de positions lui permettant d'avoir une vision complète et synthétique de la qualité des comptes sociaux.

B – Les tableaux d'équilibre de l'exercice 2008

Objet de l'avis de la Cour, les tableaux d'équilibre présentés ci-dessous figureront dans le projet de loi de financement pour 2010.

Régime général

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	140,7	145,2	-4,4
Vieillesse	89,5	95,1	-5,6
Famille	57,2	57,5	-0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,7	10,5	0,2
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	293,7	303,9	-10,2

Source : Direction de la sécurité sociale

5. Article L. 114-8 du code de la sécurité sociale (CSS).

Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale*En Md€*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	164,0	168,1	-4,1
Vieillesse	175,3	180,9	-5,6
Famille	57,7	58,0	-0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,3	12,1	0,2
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	404,2	413,9	-9,7

*Source : Direction de la sécurité sociale***Organismes concourant au financement des régimes de base***En Md€*

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	15,4	14,5	0,8
FFIPSA	22,1	16,8	5,3 (*)

Source : Direction de la sécurité sociale

(*) : y compris produit exceptionnel lié à la liquidation du FFIPSA (cf. infra. p. 30)

C – La construction des tableaux d'équilibre de 2008

Dans son avis précédent, la Cour a souligné que le contrôle et la traçabilité des opérations préalables à l'élaboration des tableaux d'équilibre, ne présentaient toujours pas, malgré des améliorations, des garanties suffisantes. En particulier, seule une assurance limitée pouvait être apportée à la ventilation des résultats par branche de l'ensemble des régimes.

La Cour a également critiqué certains retraitements qui consistaient, pour des raisons « économiques » s'écarter des règles comptables, à contracter certains produits et charges avec pour effet d'en diminuer le montant dans les tableaux d'équilibre, sans toutefois affecter les soldes des exercices présentés.

Malgré certains nouveaux progrès, ces deux limites perdurent dans la construction des tableaux de 2008.

1 – Un mode d'élaboration des TCDC encore perfectible

La mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale (MCP) a notamment pour rôle de centraliser les données comptables des régimes et organismes, de s'assurer de la qualité des comptes et de vérifier que les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC), fondement des tableaux d'équilibre, sont conformes aux comptes annuels.

En dépit d'efforts notables portant sur le contrôle de la cohérence des TCDC avec les comptes de résultat des régimes, des progrès sont encore attendus. Si l'ensemble des écarts entre les TCDC et les comptes est désormais identifié, il convient à présent de les analyser, dans l'objectif de définir précisément des normes de forme et de contenu pour les TCDC. En l'absence de dispositions dans le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS), la Cour recommande d'uniformiser les règles d'établissement des TCDC en diffusant des instructions en ce sens aux régimes, afin que les TCDC soient l'exact reflet des comptes de résultat audités.

A l'issue des vérifications de la Cour pour les données de 2008, il ne reste aucune anomalie majeure dans les tableaux d'équilibre. Pour autant, la situation n'a pas évolué par rapport à l'an passé concernant la correcte ventilation des charges et des produits par branche de certains régimes. Le cas échéant, il pourrait être utilement envisagé d'étendre la mission des commissaires aux comptes des régimes autres que le régime général à la vérification de la conformité des TCDC aux comptes de résultat.

2 – La permanence de retraitements injustifiés des comptes

Plusieurs améliorations, répondant en cela aux demandes de la Cour, ont été apportées à l'élaboration des tableaux d'équilibre de 2008 avec l'abandon des retraitements des produits de gestion courante et de la prise en charge des cotisations famille et maladie des praticiens et auxiliaires médicaux. D'autres améliorations ont également été apportées : font désormais l'objet d'une contraction justifiée les charges et produits relatifs au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), ainsi que les transferts entre la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la CNAMTS. Compte tenu des modifications apportées, une présentation pro forma des tableaux d'équilibre antérieurs⁶ devrait être jointe au PLFSS pour 2010 afin de faciliter les comparaisons entre exercices⁷.

En revanche, les retraitements dits « économiques » (ou en « nets »), que la Cour a critiqués comme injustifiés dans ses précédents rapports, subsistent. Il s'agit notamment de la contraction des pertes sur créances de cotisations avec les produits de cotisations de l'exercice, ou encore de la contraction des reprises de provisions pour prestations et pour dépréciation des créances, avec les dotations correspondantes. Un

6. Tableaux prévisionnels pour cette même année votés dans les LFSS précédentes et tableaux d'équilibre de l'exercice précédent, établis selon la nouvelle méthode.

7. En raison de leur calendrier d'établissement, ces données n'ont pas été revues par la Cour.

nouveau retraitement « en net » a également été pratiqué en 2008 pour les reprises et dotations aux provisions pour autres charges.

La Cour a déjà contesté la justification fournie par la direction de la sécurité sociale concernant ces retraitements « économiques », au motif que la présentation des comptes annuels et des résultats financiers doit se conformer au PCUOSS, seul référentiel comptable applicable selon la LOLFSS.

Par conséquent, les montants affichés des recettes et des dépenses restent minorés sans aucune justification comptable, s'écartant sensiblement de la présentation des produits et des charges qui ressortent des comptes annuels. En 2008, ces retraitements, qui n'affectent pas les soldes, portent sur 11,1 Md€ pour le régime général et 14,3 Md€ pour l'ensemble des régimes⁸.

La Cour estime que les changements de méthode introduits cette année auraient dû être l'occasion d'adopter une approche comptable stricte, d'autant que l'administration dispose de toutes les données nécessaires à l'établissement de tableaux d'équilibre selon les principes comptables.

Dès lors, la Cour ne peut que réitérer sa recommandation relative à l'abandon des retraitements injustifiés au profit d'une approche comptable qui est la seule présentation cohérente avec les comptes sociaux⁹. La certification désormais obligatoire des comptes de tous les régimes renforce cette exigence. L'année où ce changement est effectué devra s'accompagner, dans l'exposé des motifs du PLFSS, d'une présentation pro forma des tableaux d'équilibre antérieurs.

D – La certification des comptes en 2008 : opinions de la Cour et des commissaires aux comptes

Comme évoqué précédemment, les principaux régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement ont vu leurs comptes pour l'exercice 2008 audités¹⁰. Toutes

8. Ces retraitements portent principalement sur les reprises de provisions pour prestations légales (9,2 Md€ pour le régime général).

9. « Les soldes n'en seraient pas affectés, et la comparabilité dans le temps des évolutions des produits et des charges serait assurée par la série tirée des rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale » RALFSS 2008, p. 12.

10. A l'exception du régime de retraite de la Banque de France, non doté de la personnalité morale et inclus dans les comptes de cette dernière, qui n'a pas fait l'objet d'un rapport d'audit spécifique des commissaires aux comptes de la banque (sur les éléments de comptes relatifs au régime de retraite).

les positions des commissaires aux comptes ne sont pas parvenues dans les temps à la Cour malgré l'obligation de transmission de ces documents avant le 1^{er} juin.

En 2008, deux branches du régime général (branches retraite et famille) et quatre autres régimes sur 38¹¹ ont fait l'objet d'un refus de certification : le régime gérant les salariés et exploitants agricoles, le régime social des indépendants (RSI), la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), et la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM). Ils représentent 44,6 % du total des charges et produits de l'ensemble des régimes de base. Par ailleurs, les comptes du FSV et du FFIPSA ont été certifiés sans réserve. Le tableau ci-dessous synthétise les conclusions des missions de certification, le nombre de régimes concernés et leur poids respectif.

La certification des comptes 2008 des régimes et organismes

	Régime général	Autres régimes	% des produits et charges totaux
Refus de certifier	2	4	44,6%
Certification avec réserves	2	6	40,5%
Certification sans réserves	0	12	5,7%
Régimes non significatifs ou autres cas ¹²	-	12	9,2%

Source : Cour des comptes (à partir des TCDC)

Les refus de certifier, ainsi que les réserves apportées à la certification, sont principalement dus aux limites ou à l'ineffectivité du *contrôle interne* et, dans une moindre mesure, aux imperfections des *systèmes d'information*. Les observations et remarques comptables sans incidence sur la certification, adjointes aux rapports des commissaires aux comptes, portent très souvent sur la *comptabilisation des prestations en nature* payées directement aux professionnels de santé.

Il faut par ailleurs souligner qu'afin de pouvoir échanger les informations à leur disposition dans le cadre de leurs missions de certification respectives, la Cour et la compagnie nationale des commissaires aux comptes ont signé le 22 janvier 2009 un protocole d'accord qui

11. Données établies à partir de la liste annexée au PLFSS 2009. Le régime général compte pour quatre. Le RSI et les régimes des salariés et exploitants agricoles comptent chacun pour un.

12. Le régime des agents de l'Etat, qui représente environ 42 Md€ de charges, ne fait pas l'objet d'une mission spécifique de certification, mais est examiné dans le cadre de la certification des comptes de l'Etat.

s'applique pour l'exercice 2008 aux principaux régimes entretenant des relations financières avec le régime général¹³.

Le processus de certification constitue une avancée vers une vision globale de la qualité des comptes sociaux. Concourant à une meilleure identification des risques, il permettra à terme de fiabiliser et de mieux structurer le dispositif de contrôle interne. C'est enfin une assurance sur laquelle s'appuie l'avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre.

E – L'avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre

En application de l'article I-VIII-2 de la LOLFSS, la Cour des comptes a procédé à des vérifications sur les tableaux d'équilibre par branche, établis sous la responsabilité du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils seront présentés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et soumis à l'approbation du Parlement. Sur la base des vérifications effectuées, la Cour exprime l'avis suivant :

Les opinions de certification de l'ensemble des régimes sont prises en compte dans le présent avis : pour les comptes de l'exercice 2008, elles mettent au jour l'ampleur des progrès à réaliser pour disposer d'une information comptable fiable, particulièrement en termes de contrôle interne et de systèmes d'information.

Même si les vérifications effectuées par la Cour ont montré de nouveaux progrès dans l'élaboration des tableaux d'équilibre, le contrôle des données comptables en amont demeure insuffisant. En outre, les tableaux d'équilibre maintiennent par ailleurs des retraitements en « net » sans justification comptable.

En conséquence, la Cour ne peut apporter qu'une **assurance limitée sur la cohérence entre les comptes des régimes et organismes et ces tableaux d'équilibre.**

RECOMMANDATIONS

1. Définir les règles d'établissement des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) afin qu'ils soient cohérents avec les comptes audités et étendre la mission des commissaires aux comptes à leur vérification pour les régimes autres que le régime général.

2. Mettre fin à la pratique de présentation des résultats intégrant des retraitements sans justification comptable.

13. Voir rapport de certification page 21.

II - L'évolution des comptes sociaux en 2008

A – L'architecture des comptes sociaux

L'architecture des régimes et des comptes sociaux est complexe, notamment parce que le régime général prend en charge le financement d'autres régimes (que l'on dit alors intégrés au régime général). Par exemple, les déficits d'assurance maladie et vieillesse des salariés agricoles sont financés par le régime général et non par la mutualité sociale agricole. Le schéma suivant présente l'architecture de la sécurité sociale pour les régimes les plus significatifs, ainsi que l'étendue des risques en charge par ces différents régimes et organismes.

Organisation des principaux régimes de base en 2008

Régimes	Population couverte (effectifs)	Branche ¹⁴		
		Maladie	AT-MP	Vieillesse
Régime général	Travailleurs salariés	X	X	X
Agents de l'Etat	Fonctionnaires civils, militaires, y compris La Poste et France Télécom		X	X
CNMSS	Fonctionnaires militaires	X		
FSPOEIE	Ouvriers de l'Etat			X
CNRA	Agents des collectivités locales et hospitalières			X
MSA (exploitants)	Exploitants agricoles	X	X	X
MSA (salariés)	Salariés agricoles	X (1)	X	X (1)
RSI	Professions artisanales, industrielles et commerciales, et libérales	X	-	X
CANSSM	Travailleurs des mines et ardoisières	X	X	X
CNIEG	Personnel des industries électriques et gazières		X	X
SNCF	Agents de la SNCF	X	X	X
RATP	Agents de la RATP	X	X	X
ENIM	Marins professionnels du commerce, de la pêche maritime et de la plaisance	X (1)	X (1)	X
CRPCEN	Clercs et employés de notaires	X		X
CNAVPL	Professions libérales			X
Banque de France	Personnel titulaire de la Banque de France		X	X
CAVIMAC	Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses	X (1)	-	X (1)
CNBF	Avocats			X

(1) régime intégré financièrement au régime général

	Risque pris en charge par un autre régime
	Risque pris en charge par le régime général

Source : Cour des comptes

14. La branche famille, universelle, n'est pas reprise dans ce tableau.

L'échelle des populations couvertes et des prestations versées est très vaste : le régime général a plus de 17 millions d'actifs cotisants, et représente en 2008 environ 50% des dépenses de retraite et 80% des dépenses de maladie des régimes de base, tandis que les plus petits régimes n'ont que quelques centaines d'assurés.

Le périmètre retenu dans l'annexe au PLFSS pour 2009 listant les régimes obligatoires de base exclut notamment, sans raison apparente, les régimes de retraite de l'Assemblée nationale et du Sénat, la caisse de Mayotte ainsi que la caisse d'assurance maladie des industries électrique et gazière (CAMIEG).

B – Les résultats d'ensemble

1 – Evolution des résultats depuis 2003

Le déficit d'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des fonds est resté constamment supérieur à 10 Md€ depuis 2003, en dépit des mesures prises pour limiter les dépenses et de la hausse des ressources.

Evolution des résultats des régimes sociaux

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Régime général	-11,5	-13,2	-11,6	-8,7	-9,5	-10,2
Autres régimes	-0,2	0,4	0,0	0,9	0,4	0,5
Fonds de financement (FSV/ FFIPSA)	-0,9	-1,4	-3,4	-2,6	-2,1	-1,8**
Total*	-12,6	-14,1	-14,4	-10,2	-11,0	-11,9

Source : Cour des comptes.

*Le total tient compte de la déduction des résultats du régime des exploitants agricoles, traduits à la fois dans les résultats du régime et dans ceux du FFIPSA.

** Le résultat du FFIPSA présenté ici exclut le produit exceptionnel constaté au titre de la reprise de ses dettes par l'Etat. En intégrant ce montant (de 8,0 Md€), son résultat comptable s'établit à +5,3 Md€ (voir infra, p.30).

2 – Les résultats du régime général en 2008

a) Vue d'ensemble

Le déficit du régime général, audité par la Cour, s'est établi à -10,2 Md€ en 2008, soit un ordre de grandeur comparable à celui de 2007. Sans remettre en cause l'exactitude de son montant, l'analyse de la formation de ce résultat met en évidence l'existence d'un certain nombre

d'éléments non récurrents dont l'impact, globalement positif, s'élève à plus de 3 Md€.

En effet, le supplément de produits résultant d'opérations non reductibles de diverses natures s'élève à 3,5 Md€, tandis que les charges ponctuelles au titre de corrections comptables représentent un montant global de -0,4 Md€ (voir infra). Ce montant tient en particulier compte de l'incidence favorable sur les comptes des modifications d'échéanciers de paiement des cotisations des travailleurs indépendants¹⁵, ainsi que du changement de mode de prélèvement de la CSG sur les revenus de placement (voir infra).

A titre de comparaison, le déficit comptable pour l'exercice 2007 était de -9,5 Md€, mais s'élevait en réalité selon la Cour à -10,5 Md€ en raison de l'effet des corrections demandées mais non prises en compte, dans le cadre de la certification des comptes 2007¹⁶.

Si l'on écarte les opérations qui affectent la comparabilité des comptes, il apparaît que le déficit du régime général enregistre dès la fin de l'année 2008 les effets de la crise économique et en particulier le tassement des recettes de cotisations sociales¹⁷.

b) Situation des branches

Dans le tableau qui suit, une double comparaison est effectuée :

- en premier lieu entre les réalisations de 2008 et celles de l'année précédente ;
- en second lieu entre les réalisations et les prévisions (dans la mesure où elles ont fait l'objet d'un vote plus récent du Parlement en LFSS 2009, ce sont ces prévisions rectifiées qui ont été retenues comme point de comparaison avec les comptes de 2008).

15. Voir le rapport de certification 2008, page 14. En raison de règles comptables s'écarter du principe des droits constatés, ces modifications ont en effet notamment conduit à enregistrer cinq trimestres de produits de CSG et de cotisations famille dans les comptes de l'exercice 2008 au titre de certains travailleurs indépendants. Ces produits s'élèvent à 11 Md€ en 2008, soit +1,7 Md€ par rapport à 2007 (+18 %).

16. Le montant des ajustements demandés s'élevait à -1 Md€. Voir rapport de certification 2007, p. 46.

17. La croissance de la masse salariale du secteur privé s'est élevée à 3,60 % en 2008 contre 4,25 % en 2008.

Résultats du régime général*En M€*

	Tableaux d'équilibre			
	Résultats 2007	Prévisions initiales (en LFSS 2008)	Prévisions rectifiées (en LFSS 2009)	Résultats 2008
Maladie	-4 629	-4 185	-4 202	-4 449
AT-MP	-455	256	349	241
Famille	156	263	321	-342
Retraite	-4 572	-5 172	-5 768	-5 636
Régime général	-9 500	-8 839	-9 299	-10 186

Source : Comptes combinés des branches (exécution), LFSS (prévisions)

On constate ainsi que le déficit du régime général est plus dégradé que dans les prévisions initiales de la loi de financement pour 2008 (-8,8 Md€), lesquelles avaient ensuite fait l'objet d'une révision dans la LFSS pour 2009 (-9,3 Md€) destinée à traduire l'effet de la dégradation de la conjoncture sur les recettes.

L'évolution des résultats par rapport à 2007 traduit des situations contrastées selon les branches : si le déficit de la branche maladie se réduit légèrement et le résultat de la branche AT-MP enregistre un net redressement, le résultat de la branche famille, ponctuellement excédentaire en 2007, redevient déficitaire et le déficit de la branche retraite connaît à nouveau une forte aggravation.

Les résultats des branches sont relativement proches des prévisions révisées de la LFSS pour 2009, à l'exception de la branche famille en raison à la fois d'une révision à la baisse des recettes (-0,2 Md€) et d'une révision à la hausse des dépenses de 0,4 Md€ au titre des aides au logement et des prestations de garde d'enfants. La baisse des recettes de cotisations en fin d'année, nettement plus forte que prévu a été pour partie compensée par certaines opérations non récurrentes, sans lesquelles l'écart avec les prévisions aurait été plus marqué.

C – L'évolution des résultats du régime général**1 – Les faits marquants de l'exercice en matière de recettes***a) Les éléments non récurrents affectant les comptes*

Le tableau ci-dessous présente les principaux éléments exceptionnels qui ont un effet sur le niveau du déficit d'ensemble du régime général pour 2008.

Impact des opérations non récurrentes sur le résultat 2008

En Md€

Opérations non récurrentes ayant un effet positif (A) :	+3,5
Effet de la mise en place en 2008 du prélèvement à la source de la CSG sur les dividendes	+1,4
Modification des échéanciers de versement des travailleurs indépendants	+0,9
Affectation de fonds de réserve au régime général	+0,3
Erreurs d'estimation comptable (impôts et taxes affectés)	+0,4
Excédent de financement des allègements Fillon	+0,2
Reprise de provision excédentaire au titre des dotations aux hôpitaux	+0,2
Correction comptable suite écart de solde CNAMTS / CNMSS	+0,1
Opérations non récurrentes ayant un effet négatif (B)	-0,4
Impact net des ajustements comptables	-0,4
Effet net sur le déficit des opérations non récurrentes	+3,1

Source : Cour des comptes

Parmi les éléments ponctuels ayant conduit à limiter le montant du déficit du régime général en 2008, trois d'entre eux, qui constituent des recettes exceptionnelles, doivent être particulièrement soulignés¹⁸.

Incidence des évolutions législatives relatives aux contributions sociales sur les revenus du capital

A compter de 2008, les contributions sociales assises sur les dividendes (CSG, prélèvement social de 2 %, CRDS) sont prélevées à la source et non plus par voie de rôle¹⁹. Ce changement, qui conduit à avancer d'un an la perception des contributions, a eu pour effet de constater en 2008 l'équivalent de deux années de recettes (afférentes aux dividendes de 2007 et de 2008), pour un supplément de produit, non reductible en 2009, estimé à 1,4 Md€.

On relève que ces contributions ont fait l'objet d'évolutions législatives fréquentes dont l'effet n'est souvent que ponctuel dans la mesure où il a conduit simplement à anticiper leur recouvrement. Ainsi, en 2006, a été mis en place un prélèvement anticipé sur les intérêts des PEL de plus de dix ans avec un impact non récurrent estimé à 1,8 Md€, tandis qu'en 2007, la généralisation du prélèvement à la source au titre de certains produits d'épargne a généré un surplus de produits de 0,7 Md€.

18. S'agissant de l'effet sur les comptes de la modification des échéanciers de versements des cotisations des travailleurs indépendants, voir rapport de certification 2008, page 14, et note n° 15 supra.

19. Article 10 de la loi de finances pour 2008.

Equilibre du financement des allègements généraux « Fillon »

Depuis 2007, les allègements de cotisations sur les bas salaires ne font plus l'objet d'une compensation à l'euro près par l'Etat²⁰. Si en 2007 les recettes fiscales affectées équilibraient globalement le coût du dispositif, un excédent de 0,2 Md€ a été constaté en 2008. Il représente moins de 1 % du montant des allègements (21,7 Md€) mais atténue cependant le niveau du déficit²¹.

Affectation de fonds de réserve

L'intégration de divers régimes au sein du régime général, réalisée en 1994, avait laissé à la disposition de l'ACOSS les réserves correspondantes (pour 322 M€), dont l'attribution définitive au régime général restait subordonnée à une décision réglementaire. Suite à un arrêté pris en février 2009, ces fonds de réserve ont été attribués au régime général, donnant lieu à l'inscription d'un produit exceptionnel au moment de l'arrêté des comptes de 2008.

b) Les effets en année pleine des exonérations « TEPA »

Le dispositif d'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires issu de la loi TEPA, entré en vigueur au 1^{er} octobre 2007, a produit ses effets en année pleine en 2008. Evalué à 4 Md€ dans la LFSS pour 2008, son coût a finalement atteint 3,1 Md€. Cet écart s'explique par les aléas qui s'attachaient à la prévision initiale, liés notamment à l'absence de mesure statistique fine du recours aux heures supplémentaires par les entreprises de moins de dix salariés avant l'entrée en vigueur de la loi.

Le montant des impôts et taxes affectés au financement de ce dispositif en loi de finances pour 2008 a été révisé ainsi à la baisse d'1 Md€ dans la loi de finances rectificative pour 2008 (LFR) pour tenir compte des dernières prévisions. Les ressources ainsi dégagées ont été affectées au remboursement de dettes anciennes de l'Etat à l'égard de certains régimes de sécurité sociale (voir infra). En outre, la LFR a introduit une disposition visant à assurer une exacte compensation du coût des exonérations dans les comptes, qui s'écarte du principe des

20. A la différence des exonérations sur les heures supplémentaires issues de la loi TEPA (voir infra).

21. Ce type d'excédent risque de se reproduire au cours des prochaines années. En principe, en cas d'écart entre les ITAF et le coût des allègements de cotisations, supérieur à 2 %, une commission peut réexaminer les mécanismes d'affectation. Mais des mesures inscrites en LFR peuvent également ajuster ces montants.

droits constatés comme l'a souligné la Cour dans le rapport de certification des comptes 2008 du régime général²². De ce fait, le coût des exonérations a été exactement équilibré par les produits d'impôts et taxes comptabilisés.

2 – La branche maladie

Comme on l'a vu, trois modifications sont intervenues dans la confection du tableau d'équilibre pour 2008 : les opérations de transfert avec la CNSA font désormais l'objet d'une neutralisation en charges et en produits (11,0 Md€ en 2008) et les prises en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux ne font plus l'objet d'une neutralisation (1,1 Md€ en 2007), de même que les charges et produits de gestion courante (3,3 Md€ en 2007).

Le tableau ci-dessous rapproche les données du tableau d'équilibre 2008, établies selon la nouvelle méthode décrite précédemment, avec celles des tableaux d'équilibre réalisés pour 2007 et prévisionnels pour 2008 tels qu'ils figuraient dans les précédentes LFSS. En l'absence, à la date du rapport de la Cour, des données historiques pro forma qui devraient être produites en annexe au PLFSS (voir supra), celles-ci ne sont pas directement comparables.

22. Voir page 11.

Données issues des tableaux d'équilibre*En M€*

	Tableaux d'équilibre réalisés		Variation 2007/2008		Tableau d'équilibre prévisionnel 2008 (LFSS 2009)	Ecart réalisation / prévision
	2007	2008	en valeur	en %		
CHARGES NETTES	149 049	145 175	-3 874	-2,6%	154 967	-9 792
Prestations	128 130	132 817	4 688	3,7%	132 888	-71
Transferts entre organismes	14 096	4 791	-9 305	-66,0%	15 124	-10 333
Charges financières	255	367	112	44%	383	-16
Charges de gestion courante	4 984	5 776	792	15,9%	4 989	787
Autres charges	1 585	1 422	-163	-10,3%	1 582	-160
PRODUITS NETS	144 420	140 726	-3 694	-2,6%	150 766	-10 040
Cotisations effectives	64 606	66 033	1 427	2,2%	66 830	-797
Cotisations prises en charge par l'État	1 611	1 776	165	10,2%	1 717	60
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	160	1 383	1 223	ns	136	1 247
CSG	49 793	52 208	2 415	4,8%	52 097	111
ITAF	13 359	14 608	1 248	9,3%	14 612	-5
Contributions publiques	398	373	-25	-6,2%	398	-25
Transferts entre organismes	11 930	1 677	-10 253	-85,9%	12 725	-11 047
Produits financiers	10	7	-3	-26,4%	0	7
Autres produits	2 553	2 661	107	4,2%	2 251	410
SOLDE	-4 629	-4 449	181	-3,9%	-4 202	-247

Source : Cour des comptes, à partir des données de la DSS

Le déficit de la branche s'est légèrement réduit en 2008 (-0,2 Md€) à 4,4 Md€, compte tenu d'une progression des produits légèrement plus forte que celle des charges. Il est cependant plus dégradé que les prévisions, en raison d'une érosion plus marquée que prévue des recettes en fin d'année, même révisées. En outre, il tient compte des effets positifs non reductibles évoqués précédemment, en particulier le surcroît de CSG résultant de l'extension du prélèvement à la source aux contributions sociales sur les dividendes.

L'évolution des dépenses des régimes maladie est commentée dans le chapitre II consacré à l'ONDAM.

3 – La branche AT-MP

Données issues des tableaux d'équilibre

En M€

	Tableaux d'équilibre réalisés		Variation 2007/2008		Tableau d'équilibre prévisionnel 2008 (LFSS 2009)	Ecart réalisation / prévision
	2007	2008	en valeur	en %		
Charges nettes	10 630	10 530	-100	-0,9%	10 593	-63
Produits nets	10 175	10 770	596	5,9%	10 942	-172
SOLDE	-455	241	696	ns	349	-108

Source : LFSS et DSS

Le résultat de la branche s'améliore de 0,7 Md€ en 2008 et devient excédentaire pour la première fois depuis 2001. Cette situation résulte, pour environ 0,2 Md€, de la non reconduction de certaines opérations de 2007, en particulier du provisionnement des créances sur le FCAATA. En outre, la suppression de la quasi-totalité des exonérations de cotisations AT-MP au 1^{er} janvier 2008 a eu un impact net positif estimé à 0,1 Md€, qui correspond aux exonérations qui n'étaient pas compensées par l'Etat.

Les prestations légales servies par la branche sont globalement stables (+0,2 % contre + 7 % en 2007). En effet, si les prestations d'incapacité permanente (rentes), soit 54 % des prestations, restent contenues (+1,9 %), les prestations d'incapacité temporaire (indemnités journalières et soins), qui représentent 46 % des prestations, diminuent de 1,7 %.

Cette baisse importante est essentiellement due aux prestations en établissements (hôpitaux, cliniques, établissements médico-sociaux), qui diminuent de 27,9 % en raison de la réduction par rapport à 2007 de la part des séjours déclarés par les hôpitaux au titre des accidents du travail, en dépit des redressements techniques effectués par la CNAMTS pour limiter l'effet des sous déclarations²³. Par ailleurs, on constate une forte progression (+5 %) des indemnités journalières, qui représentent près d'un tiers des charges de prestations de la branche.

23. La Cour a exprimé une réserve sur ce point dans le rapport de certification 2008.

4 – La branche retraite

Données issues des tableaux d'équilibre

En M€

	Tableaux d'équilibre réalisés		Variation 2007/2008		Tableau d'équilibre prévisionnel (LFSS 2009)	Ecart réalisation / prévision ²⁴
	2007	2008	en valeur	en %		
CHARGES NETTES	90 302	95 105	4 803	5,3%	95 559	-454
Prestations	82 613	87 180	4 567	5,5%	87 393	-213
Transferts entre organismes	5 956	5 929	-27	-0,5%	6 170	-240
Charges financières	492	650	158	32,1%	729	-79
Charges de gestion courante	937	1 298	360	38,4%	964	334
Autres charges	303	48	-256	-84,3%	304	-256
PRODUITS NETS	85 730	89 468	3 739	4,4%	89 791	-322
Cotisations effectives	60 200	60 716	516	0,9%	61 003	-287
Cotisations prises en charge par l'État	1 290	1 443	153	11,8%	1 415	28
ITAF	7 296	9 593	2 297	31,5%	9 748	-155
Contributions publiques	139	14	-125	-89,7%	152	-137
Transferts entre organismes	16 628	17 390	762	4,6%	17 098	293
Produits financiers	3	4	1	42,5%	0	4
Autres produits	174	308	134	77,2%	376	-68
SOLDE	-4 572	-5 636	-1 064	23,3%	-5 768	132

Source : Cour des comptes, à partir des données de la DSS

Le déficit de la branche s'élève à -5,6 Md€ en 2008, contre -4,6 Md€ en 2007 (-1,9 Md€ en 2006). Il est légèrement moins élevé que dans les prévisions de la LFSS pour 2009, les éléments imprévus se compensant globalement²⁵.

La forte dégradation du résultat traduit le dynamisme toujours soutenu des charges de prestations légales (+5,6 % après +6,1 % en 2007). Le léger ralentissement constaté résulte essentiellement d'une moindre revalorisation des pensions en 2008, l'incidence de celle-ci s'étant établie à 1,4 % contre 1,8 % en 2007. Le nombre moyen de retraités a quant à lui progressé de 3,6 % contre 3,5 % en 2007. Le nombre total de titulaires d'une pension (de droit propre et/ou de droit dérivé) servie par le régime général s'établit ainsi à 12,2 millions à fin 2008, contre 11,9 millions à fin 2007.

24. Le principal élément affectant la comparabilité des TE porte sur les charges et produits de gestion courante, qui ne sont plus neutralisés en 2008 (1 Md€ en 2007).

25. La moindre progression des prestations par rapport aux prévisions est en effet compensée par des recettes plus faibles ainsi que par l'impact de la réévaluation des provisions pour rappels de prestations.

Cette évolution résulte des effets conjugués de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du « baby boom » et de l'absence de ralentissement des demandes de départ anticipé en retraite, dont le coût a été évalué à 2,4 Md€ en 2008 après 2,1 Md€ en 2007. Fin 2008, près de 560 000 retraités ont bénéficié de cette mesure, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2004.

Du côté des recettes, la structure des produits de la branche retraite évolue de manière importante en raison de la pleine application en 2008 des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires. Le tassement des recettes de cotisations (+0,9 %) est cependant en partie compensé par la forte progression des impôts et taxes affectés au financement des exonérations (voir supra).

Enfin, les produits au titre des transferts entre régimes ou branches progressent fortement (+4,6 %), en raison principalement de l'augmentation de la prise en charge par la CNAF des cotisations au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

5 – La branche famille

En dépit de la croissance des produits, qui résulte notamment des effets non récurrents constatés sur la CSG évoqués précédemment, le résultat de la branche famille redevient déficitaire en 2008 sous l'effet de la forte progression des prestations. L'inversion de tendance par rapport aux prévisions de décembre 2008, qui indiquaient un résultat excédentaire de 0,3 Md€, résulte à la fois de la progression plus forte qu'attendue des prestations et d'une contraction plus importante que prévue des recettes.

Données issues des tableaux d'équilibre*En M€*

	Tableaux d'équilibre réalisés		Variation 2007/2008		Tableau d'équilibre prévisionnel (LFSS 2009)	Ecart réalisation / prévision ²⁶
	2007	2008	en valeur	en %		
CHARGES NETTES	54 461	57 512	3 051	5,6%	56 427	1 085
Prestations	42 231	44 224	1 993	4,7%	43 471	753
<i>dont prestations légales</i>	38 574	39 923	1 349	3,5%	39 396	527
<i>dont prestations extra-légales</i>	3 495	3 636	141	4,0%	3 811	-175
Transferts entre organismes	6 815	7 062	247	3,6%	7 252	-191
Charges financières	8	2	-6	-72,9%	1	1
Charges nettes de gestion courante	1 589	2 093	505	31,8%	1 692	401
Autres charges	3 817	4 131	313	8,2%	4 011	120
PRODUITS NETS	54 617	57 170	2 553	4,7%	56 748	421
Cotisations effectives	31 090	32 048	958	3,1%	32 384	-336
Cotisations prises en charge par l'État	707	775	68	9,6%	712	63
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	257	342	86	33,5%	274	68
CSG	11 657	12 171	514	4,4%	12 203	-32
ITAF	3 945	4 224	278	7,1%	4 211	13
Contributions publiques	6 582	6 799	217	3,3%	6 560	239
Transferts entre organismes	19	21	2	11,8%	20	1
Produits financiers	64	123	59	92,8%	121	2
Autres produits	296	666	371	125,5%	262	404
SOLDE	156	-342	-498	ns	321	-664

Source : Cour des comptes, à partir des données de la DSS

L'évolution d'ensemble des prestations légales (+3,5 %) recouvre des tendances contrastées en fonction des prestations. Elle doit s'apprécier au regard de l'évolution du nombre de bénéficiaires de prestations (+1 %, après +0,5 % en 2007²⁷) et de la revalorisation moyenne des prestations (effet prix) estimée à +1,5 %, la base mensuelle de calcul des allocations familiales ayant évolué de +1 %.

26. Voir note n° 24.

27. Selon les analyses de la CNAF, la croissance des effectifs d'allocataires résulte essentiellement du report de l'examen des conditions de ressources du 1^{er} juillet 2008 au 1^{er} janvier 2009, qui n'a pas permis de réviser la situation de certains assurés.

Evolution des prestations légales

En M€

	Tableau d'équilibre 2007	Tableau d'équilibre 2008	Variation 2007/2008		Tableau d'équilibre prévisionnel (LFSS 2009)	Ecart réalisation /prévision
			en valeur	en %		
Prestations légales	38 574	39 923	1 349	3,5%	39 396	527
Allocations en faveur de la famille	16 196	16 177	-21	-0,1%	16 223	-46
Aides pour la garde des jeunes enfants	10 911	11 575	666	6,1%	11 356	219
Allocation de rentrée scolaire	1 381	1 487	106	7,7%	1 440	47
Allocations de logement familial	3 672	3 951	279	7,6%	3 890	61
Allocations en faveur des handicapés	6 113	6 428	315	5,2%	6 177	251
Autres	301	305	4	1,3%	310	-5

Source : Tableaux de centralisation des données comptables (CNAF)

Les allocations en faveur de la famille²⁸ diminuent légèrement (0,1 %) en raison de la réduction tendancielle de la taille des familles, qui fait plus que compenser l'effet inverse de la hausse de la natalité. L'allocation de parent isolé (API), prise en charge par l'Etat, reste stable quant à elle à 1,1 Md€, le nombre de bénéficiaires continuant à diminuer (-2,8 % après -5,5 % en 2007).

En revanche, les prestations en faveur de la petite enfance enregistrent une croissance de 6,1 % (+4,5 % en 2007) en raison de la poursuite de la montée en charge de la PAJE, dont le nombre de bénéficiaires a augmenté de 5 %. Le volet « complément du mode de garde » est encore particulièrement dynamique en 2008 (+15 % soit +0,6 Md€) tandis que l'extinction des dispositifs antérieurs se poursuit.

L'allocation aux adultes handicapés²⁹, prise en charge par l'Etat, reste en forte croissance (+5,2 % après +5,4 % en 2007), du fait d'une revalorisation de son montant de 3,9 % au 1^{er} septembre 2008, suite aux engagements pris par le gouvernement d'augmenter son montant de 25 % d'ici à 2012³⁰ et à la croissance du nombre de bénéficiaires de 4,6 %.

Enfin, l'augmentation globale de 4 % du montant des prestations extralégales, telle que constatée dans les comptes se décompose entre une augmentation de 7,1 % des prestations de service ordinaires (finance-

28. Ce poste comptable comprend principalement les allocations familiales, le complément familial, l'allocation de soutien familial et l'API.

29. L'AAH n'est pas une prestation familiale au sens de l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale (CSS).

30. Deux autres revalorisations de 2,2 % doivent à ce titre intervenir en 2009.

ments de base servis à tous les gestionnaires d'équipement) et une quasi stabilité des prestations de service contractuelles versées aux collectivités ayant accepté de souscrire un contrat de développement de l'offre d'accueil en matière d'enfance et de temps libre (+ 0,5 %).

D – Les résultats des autres régimes de base

Les résultats de la plupart des autres régimes de base sont équilibrés par des financements extérieurs ou par un mécanisme de cotisations d'équilibre des employeurs. Leurs résultats sont donc globalement proches de l'équilibre³¹.

Les mécanismes d'équilibrage sont divers et, dans certains cas, plusieurs mécanismes coexistent pour un même régime en fonction des risques qu'il gère. Ils se distinguent des compensations entre régimes, dont les finalités sont différentes. Parmi les principaux dispositifs d'équilibrage, on distingue :

- l'intégration financière au régime général, c'est-à-dire la prise en charge du déficit par ce dernier ; ce mécanisme, qui représente un coût d'1,2 Md€ pour la CNAMTS et 0,5 Md€ pour la CNAVTS, concerne les branches maladie et retraite du régime des salariés agricoles et de la caisse qui gère les avantages des ministres des cultes, la branche maladie du régime des militaires et les branches maladie et AT-MP du régime des marins ; son coût a progressé de 0,4 Md€ en 2008 ;
- les subventions d'équilibre de l'Etat, versées à certains régimes de retraite, principalement ceux de la SNCF, des marins et des ouvriers de l'Etat ; elles s'élèvent à 5,3 Md€ en 2008, en hausse d'1,5 Md€ ;
- les cotisations d'équilibre des employeurs, qui concernent les régimes d'employeurs non dotés d'une personnalité juridique distincte de ces derniers, notamment l'Etat. Dans le tableau d'équilibre de 2008, elles représentent 37,3 Md€.

En outre, le régime des exploitants agricoles fait, jusqu'en 2008, l'objet d'un équilibrage par le FFIPSA (voir infra). Les déficits de la couverture de base du régime social des indépendants sont, quant à eux, couverts par l'attribution, à due proportion, de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (2,5 Md€ en 2008)³².

Enfin, le financement du régime de retraite des IEG a été partiellement adossé à la CNAVTS au 1^{er} janvier 2005, dans la limite

31. A l'exception notable du régime des agents des collectivités locales (CNRACL), excédentaire en raison d'un rapport démographique favorable.

32. Le reliquat de cet impôt a été versé au FSV pour 0,8 Md€ (voir infra).

d'un montant correspondant à des prestations équivalentes à celles du régime général. Son coût annuel est d'environ 0,2 Md€ pour la CNAVTS, compte non tenu de la fraction de la soulte versée par les entreprises des industries électrique et gazière au fonds de réserve pour les retraites (FRR) qui en assurera la gestion jusqu'en 2020. Les conditions de son futur reversement à la CNAVTS, qui doivent être fixées par une convention, ne sont pas arrêtées à ce jour.

E – La situation des fonds de financement

1 – Le fonds de solidarité vieillesse

Créé en 1993, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) finance des avantages de retraite à caractère non contributif servis par certains régimes. Ainsi, il prend en charge les majorations de pensions pour enfants et conjoints à charge (pour 4,0 Md€ en 2008), les allocations du minimum vieillesse (pour 2,5 Md€), ainsi que certaines cotisations, essentiellement au titre de la validation des périodes de chômage (pour 7,6 Md€). A elle seule, la branche retraite du régime général bénéficie de près de 90 % des concours du FSV, qui représentent environ 15 % de ses produits techniques.

Pour la deuxième année consécutive, le résultat du FSV est excédentaire en 2008 (de 0,8 Md€, après 0,2 Md€ en 2007) en raison d'une progression beaucoup plus rapide des produits (+6,4 %) que des charges (+1,9 %).

Comptes annuels du fonds de solidarité vieillesse

En Md€

	2004	2005	2006	2007	2008
Produits :	13,4	12,7	13,6	14,5	15,4
CSG, prélèvement social de 2%	10,0	10,3	11,1	11,6	12,1
Contribution CNAF ³³	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4
C3S	1,3	0,2	0,2	0,5	0,8
Autres	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Charges :	14,0	14,7	14,8	14,3	14,6
Prises en charge de prestations	5,9	6,2	6,4	6,6	6,8
Prises en charge de cotisations	7,9	8,4	8,2	7,6	7,6
Autres	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Résultat	-0,6	-2,0	-1,3	0,2	0,8

Source : FSV

33. Prise en charge de 60% des majorations de pensions pour enfants.

L'excédent constaté en 2008 n'a pas un caractère pérenne : selon la commission des comptes³⁴, le déficit pour 2009 excéderait 2 Md€. Le résultat du FSV est en effet très sensible à la conjoncture. La dégradation de l'emploi a une incidence à la fois sur ses dépenses au titre de la prise en charge des cotisations des chômeurs et sur le rendement de la CSG qui lui est affectée.

En outre, certaines dispositions de la LFSS pour 2009 modifient sensiblement les modalités de financement de ce fonds, avec un effet négatif sur ses recettes. En particulier, la reprise des déficits par la CADES s'est accompagnée d'un transfert de 0,2 point de CSG du FSV à la CADES, privant le FSV d'une partie de ses ressources.

Par ailleurs, si la part de la prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfants, qui constitue un produit pour le FSV, est portée de 60 % à 70 % en 2009 (et à 100 % d'ici à 2011), les ressources que cela procure au fonds sont transférées à la CNAVTS au moyen d'une modification de la clé de répartition du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital³⁵. Par conséquent, ces évolutions n'apportent pas de nouvelles ressources au FSV, mais ont simplement pour effet de transférer du déficit entre la CNAF et la CNAVTS : les charges supplémentaires que cela induit pour la CNAF auront pour contrepartie une augmentation symétrique des produits de la CNAVTS.

Les déficits cumulés du FSV ont été repris en totalité par la CADES début 2009 (pour 4 Md€). Pour autant, se pose à nouveau la question de l'équilibre financier de ce fonds. Or, sans nouvelles ressources et en l'absence de capacité d'emprunter, c'est in fine le régime général qui devra mobiliser la trésorerie correspondant aux déficits non financés et supporter son coût³⁶.

2 – Le FFIPSA

Le fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles a été créé par la loi de finances pour 2004 pour assurer le financement du régime des exploitants agricoles. Conformément à la loi, il retrace dans ses comptes les charges et produits du régime.

34. Rapport CCSS juin 2009.

35. La part affectée au FSV passe de 20 % à 5 % en 2009, celle affectée à la CNAVTS de 15 % à 30 %. La part affectée au FRR (65 %) est inchangée.

36. L'insuffisance de financement du FSV se traduit dans les dettes qu'il a à l'égard de la CNAVTS, qui pèsent d'autant sur la trésorerie du régime général.

Résultats du FFIPSA

En M€

Branches		2008	2007	Variation
Maladie	Produits	6 774,3	6 395,2	379,1
	Charges	-8 305,0	-7 592,2	-712,8
	Résultat	-1 530,7	-1 197,0	-333,7
Vieillesse	Produits	7 520,8	7 510,9	9,9
	Charges	-8 700,8	-8 543,4	-157,4
	Résultat	-1 180,0	-1 032,5	-147,5
Famille	Résultat	40,0	0,0	40,0
Fonctionnement	Résultat	1,8	-0,8	2,6
Total	Résultat courant	-2 668,9	-2 230,3	-438,6
	+ Produit exceptionnel au titre de la reprise de dette	7 968,5	-	-
<i>dont</i>	<i>maladie</i>	4 193,5	-	-
	<i>vieillesse</i>	3 775,0	-	-
Résultat net de l'exercice		5 299,6	-2 230,3	+7 529,9

Source : FFIPSA

Comme le préconisait la Cour dans ses précédents rapports, le FFIPSA a été supprimé par la LFSS pour 2009, ses droits et obligations étant transférés à la CCMSA. L'Etat a en outre repris la dette financière du fonds au 31 décembre 2008 (voir infra). Un produit exceptionnel de 8 Md€ a été comptabilisé à ce titre dans les comptes de 2008. Hors cette opération, le déficit du FFIPSA pour 2008 s'élève à -2,7 Md€ dont -0,3 Md€ de charges financières.

Parallèlement à la suppression du FFIPSA, la branche maladie du régime des exploitants agricoles est intégrée financièrement au régime général au 1^{er} janvier 2009. En contrepartie, la LFSS a affecté à la CNAMTS une fraction des droits sur les boissons et alcools (antérieurement affectés au financement des allègements de cotisations sur les bas salaires), une partie des droits de consommation sur les tabacs précédemment versés au FFIPSA et la totalité du produit de la taxe sur les véhicules de société (utilisée pour partie en 2008 pour solder des dettes de l'Etat). Cependant, la neutralité financière de cette opération pour le régime général n'est pas assurée en raison de la décorrélation entre le rendement des recettes fiscales affectées et la dynamique des prestations sociales maladie. Le régime général en supportera donc le cas échéant les déficits à compter de 2009³⁷.

37. L'article 17 de la LFSS pour 2009 dispose que « le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non salariés agricoles est assuré par [diverses recettes dont des ITAF, et] une dotation de la CNAMTS destinée à assurer l'équilibre financier de la branche ».

La branche vieillesse du régime des exploitants agricoles sera financée par la CCMSA. Elle bénéficie également du solde des droits sur les alcools et boissons, en substitution des droits sur les tabacs affectés antérieurement au FFIPSA. Cependant, ces ressources ne sont pas suffisantes pour assurer son équilibre.

Si la suppression du FFIPSA contribue à clarifier la situation financière du régime des exploitants agricoles, aucune solution pérenne n'a été pour autant apportée à son financement. En effet, l'intégration financière de sa branche maladie au régime général des salariés prévue à partir de 2009, risque de conduire à transférer d'éventuels déficits futurs à ce dernier, tandis que les ressources de sa branche vieillesse demeurent nettement insuffisantes pour couvrir les dépenses.

III - Le financement de la dette sociale

En l'absence de mesures visant à assurer leur équilibre financier, le régime général et le régime agricole sont confrontés depuis plusieurs années à des déficits cumulatifs, qui sont finalement financés par l'emprunt, en dépit du principe d'équilibre inscrit dans les textes de 1967. L'aggravation des déficits induite par la crise économique souligne le caractère inadapté des dispositifs de financement actuels.

A – Des plafonds d'avances inadaptés à un déséquilibre structurel

1 – Un recours à l'emprunt fortement encadré

Le dispositif juridique qui sous-tend le financement de la sécurité sociale reflète la « règle d'or » qui veut que les dépenses de prestations et de fonctionnement soient couvertes par des recettes permanentes, cotisations sociales ou contributions diverses. Ce principe d'équilibre, posé par les ordonnances de 1967, est repris à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale (CSS), qui prévoit que « l'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de le gérer ».

Conséquence logique de cet équilibre supposé des recettes et des dépenses, le recours à l'emprunt n'est envisagé que de manière très restrictive. Reprenant les dispositions de la loi organique du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, la loi organique du 2 août 2005 dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « 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 ressources»³⁸. La mention des besoins de trésorerie montre que seule est visée la couverture par des emprunts à court terme des décalages temporaires entre décaissements et encaissements, et ce dans des limites fixées annuellement par le législateur.

Plafonds d'avances fixés en LFSS

En Md€

	LFSS 2006	LFSS 2007	LFSS 2008	LFSS 2009
Régime général	18,5	28	36	18,9 ³⁹
Régime des exploitants agricoles (BAPSA jusqu'en 2004, FFIPSA de 2005 à 2008, MSA en 2009)	7,1	7,1	8,4	3,2
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	0,55	0,35	0,25	0
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE)	0,15	0,15	0,15	0,1
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	0,3	0,3	0,4	0,7
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	0,475	0,5	0,55	0,6
Caisse de retraite de la RATP (CRRATP)	0,05	0,05	0,05	0,05
Caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF (CPR-SNCF)			1,7	2,1

Source : LFSS

2 – Des déficits récurrents

La récurrence des déficits est venue contredire cette règle d'équilibre. Depuis 1996, date d'adoption de la première loi organique sur le financement de la sécurité sociale, les lois de financement successives ont dans la majorité des cas (sauf pour la période 1998-2001) fait apparaître un déficit du régime général et des autres régimes obligatoires de base. Les fonds présentés comme « concourant au financement de ces régimes » (FSV et FFIPSA) ont le plus souvent aggravé ces déséquilibres.

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

38. En cas d'urgence, le plafond d'avances peut être relevé en cours d'année par décret pris en conseil des ministres après avis du conseil d'Etat. La ratification de ce décret est demandée au Parlement dans la plus prochaine loi de financement.

39. Le plafond est relevé à 35 Md€ du 1^{er} janvier 2009 au 31 mars 2009.

années suivantes, un tableau des objectifs de dépenses et des prévisions de recettes de chacune des branches des régimes et des fonds concourant à leur financement. Ces tableaux font apparaître tant pour le régime général que pour les autres régimes de base une situation financière constamment déficitaire, et ce jusqu'en 2012, horizon le plus éloigné figurant dans la LFSS pour 2009.

3 – Le déficit de trésorerie et les plafonds d'avances

Les plafonds d'avances, supposés couvrir le besoin de trésorerie infra-annuel, constituent de fait un mode de financement des déficits prévisionnels. L'examen des derniers exercices fait en effet ressortir une correspondance étroite entre les plafonds d'avances à court terme et les besoins de financement prévisionnels du régime général.

Dans le tableau présenté ci-dessous, le plafond d'avances de l'année peut être calculé à partir du plafond d'avances de l'année précédente, minoré des éventuelles reprises de dette et majoré du déficit prévisionnel du régime, qu'il sert à financer.

Prévisions de résultats et plafonds d'avances du régime général

En Md€

	PLFSS 2006	PLFSS 2007	PLFSS 2008	PLFSS 2009
Prévision de résultat pour N	-8,9	-8	-8,8	-10,5
Plafond de ressources non permanentes pour N	-18,5	-28	-36	-18,9
Dette transférée		0	0	+ 27
Plafond N - 1 + prévision de résultat N - transfert de dette		-26,5	-36,8	-19,5

Source : LFSS et Cour

4 – Le cantonnement de la dette sociale

Face à l'accumulation des déficits constatés au début des années 1990, l'ordonnance du 24 janvier 1996 a créé une structure dédiée à leur refinancement et à leur amortissement sur quatorze ans, grâce à l'affectation d'une ressource fiscale, la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS). Le cantonnement de la dette sociale dans une structure financée par l'impôt était supposé refléter son caractère exceptionnel, faciliter son extinction et responsabiliser les usagers. La persistance des déficits sociaux a conduit à renouveler les reprises de dettes en 1996, 1998, 2004, et finalement fin 2008.

Pour appréhender la dette issue des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des fonds concourant à leur financement, il est donc nécessaire d'ajouter la dette de la CADES aux ressources non permanentes mobilisées par l'ACOSS et le FFIPSA ainsi que la dette du BAPSA et du FFIPSA reprise par l'Etat. La dette sociale⁴⁰ peut ainsi être calculée à partir de la situation nette en fin d'exercice de ces organismes⁴¹.

Dette issue des régimes de base

En Md€

	31 décembre 2006	31 décembre 2007	31 décembre 2008
CADES	76,9	74,4	81,0
ACOSS	12,7	20,1	17,3
FFIPSA	3,1	4,7	
Total	92,7	99,2	98,3
Etat (reprise de la dette BAPSA et déficit cumulé du FFIPSA)	3,2	3,2	10,8
Total général	95,9	102,4	109,1
Progression N/N-1		7%	7%

Source : Cour

La dette issue des régimes obligatoires de base atteignait 109,1 Md€ à la fin 2008, en progression de 14 % depuis la fin 2006.

B – Le financement de la dette sociale en 2008

1 – L'ACOSS

En vertu de l'ordonnance de 1967, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime général. Elle effectue également un certain nombre d'opérations pour compte de tiers, dont le recouvrement de la CSG pour le compte de différents organismes,

40. La définition de la dette sociale retenue ici est plus étroite que celle utilisée dans le rapport sur les finances publiques. La dette sociale au sens du RSFP résulte de la somme de la dette brute portée par la CADES et celle des régimes obligatoires de base auxquelles on ajoute les dettes du régime d'indemnisation du chômage, des régimes complémentaires d'assurance vieillesse des salariés (ARRCO, AGIRC), ainsi que celle des hôpitaux. Elle atteignait 129,9 Md€ à la fin 2008.

41. Les régimes spéciaux ne sont pas mentionnés dans ce tableau en raison des mécanismes spécifiques d'équilibrage de leurs résultats (voir supra).

ou la gestion de la trésorerie relative aux prestations versées pour le compte de l'Etat (AME, AAH, API) ou des départements (RMI).

Au 31 décembre 2008, le solde de trésorerie de l'ACOSS était négatif de -17,3 Md€ (contre -20,1 Md€ au 31 décembre 2007), en amélioration de 2,8 Md€ suite à un premier versement de 10 Md€ de la CADES intervenu le 23 décembre. En revanche, le solde moyen réalisé en 2008 a été plus important qu'en 2007 : -21,2 Md€, contre -15,8 Md€.

a) Relations avec la caisse des dépôts et consignations

Les rapports entre l'ACOSS et la caisse des dépôts, partenaire financier historique du régime général, sont actuellement régis par la convention pluriannuelle 2006-2010, signée le 21 septembre 2006. En contrepartie d'une plus grande prévisibilité des tirages, celle-ci offre à l'ACOSS une palette de financements plus complète que ne le faisait la convention précédente, aux conditions tarifaires suivantes :

Convention CDC-ACOSS de septembre 2006

Avances prédéterminées à 30 j. et plus	EONIA ⁴² + 5 points de base
Avances prédéterminées de 14 à 29 j.	EONIA + 10 points de base
Avances prédéterminées de 7 à 13 j.	EONIA + 11,5 points de base
Avances à 24 h	EONIA + 15 points de base
Avances exceptionnelles en J pour J	EONIA + 40 points de base

Source : ACOSS

En 2004, la caisse des dépôts avait déjà manifesté ses réticences à couvrir la totalité des besoins de financement correspondant au plafond d'avances voté par le Parlement. La reprise de la croissance des encours, après le transfert de dette décidé en 2004, ainsi que les perturbations provoquées sur les marchés par la crise des crédits hypothécaires américains, ont ravivé ces tensions à la fin 2007, pour déboucher fin 2008 sur une menace de dénonciation par la caisse de la convention de financement l'unissant à l'ACOSS.

La CDC a ainsi averti l'ACOSS, par une lettre du 20 décembre 2007, qu'elle ne s'engagerait à financer les avances aux taux indiqués ci-dessus qu'à hauteur de 25 Md€ en 2008 sur les 31 Md€ demandés. Pour

42. EONIA (Euro Overnight Index Average) désigne la moyenne arithmétique des taux constatés pour des opérations de prêts interbancaires au jour le jour consenties par certaines banques de référence, cette moyenne étant pondérée par le volume respectif des transactions considérées. Ce taux est calculé par la Banque Centrale Européenne.

les 6 Md€ restants, la CDC a indiqué qu'elle appliquerait le taux EURIBOR⁴³ deux mois (équivalent au mois d'août 2008 à EONIA + 45 points de base). Pour éviter un tel surcoût, l'ACOSS s'est efforcée tout au long de l'exercice 2008 de ne pas franchir les limites au-delà desquelles les concours de la CDC sont majorés. Pour ce faire, elle a sollicité directement les marchés à travers des émissions de billets de trésorerie et a fait appel en octobre et novembre 2008 aux concours de l'Etat (cf. infra).

Par une lettre du 24 décembre 2008, le directeur général de la caisse des dépôts a par ailleurs annoncé à l'ACOSS que tant le plafond des avances pour 2009, limité par la CDC à 16,9 Md€ au-delà du 1^{er} trimestre, que l'engagement de la CDC au titre de la convention 2006-2010, étaient « subordonnés à un rééquilibrage » de la relation entre la caisse et l'agence centrale. La CDC met en avant les circonstances de marché exceptionnelles liées à la crise financière, entraînant des pertes dans la réalisation des avances faites à l'ACOSS évaluées contradictoirement à 25 M€. Les arguments avancés par la caisse portent pour l'essentiel sur le surcoût représenté depuis le début de la crise par l'écart inhabituel entre les taux au jour le jour (EONIA), base de la tarification prévue par la convention ACOSS-CDC, et les taux à deux et trois mois (EURIBOR), que doit payer la caisse si elle ne veut pas risquer de se trouver en manque de liquidités.

Un avenant a été signé entre la CDC et l'ACOSS applicable jusqu'à la date d'expiration de la convention de 2006-2010. Il renvoie à une négociation ultérieure, d'ici au 22 septembre 2009, les conditions de financement des concours compris entre 25 et 31 Md€.

b) Les émissions de billets de trésorerie

Le contingentement par la caisse des avances demandées par l'ACOSS a conduit cette dernière à diversifier ses sources de financement et à se positionner sur le marché des billets de trésorerie, où elle espérait également trouver des financements plus compétitifs que les avances effectuées par la caisse des dépôts.

En 2008, l'ACOSS a dû s'adapter à des conditions de marché difficiles en utilisant autant que possible les avances prédéterminées de la CDC à 30 jours et plus, dont le prix est limité à EONIA + 5 points de base. Les possibilités d'émission de billets de trésorerie dans des conditions non pénalisantes étant limitées par la taille de ce marché,

43. EURIBOR (Euro Interbank Offered Rate) désigne la moyenne arithmétique des taux offerts par un panel de banques de référence pour des dépôts en euros sur une période déterminée. Il est calculé pour des durées généralement supérieures à un mois.

l'ACOSS s'est tournée au second semestre 2008 vers l'Etat, qui a acheté pour des périodes d'une dizaine de jours environ 3 Md€ de billets de trésorerie émis par elle en octobre et novembre 2008⁴⁴. En décembre 2008, l'ACOSS a émis 10 Md€ de billets de trésorerie souscrits par le Trésor⁴⁵ dans le cadre d'une opération « d'optimisation » de la trésorerie de l'Etat (dans une perspective maastrichtienne)⁴⁶.

Après dix-huit mois de hausse des taux, de janvier 2006 à l'été 2007, l'année 2008 a connu une baisse des taux courts d'une ampleur et d'une rapidité inédites, à la suite des mesures prises par la Banque centrale européenne pour contrer les effets de la crise financière. Les coûts de financement de l'ACOSS ont de ce fait évolué de la manière suivante au cours des cinq dernières années :

Coût de financement de la trésorerie de l'ACOSS

	2004	2005	2006	2007	2008
EONIA moyen	1,96%	2,09%	2,84%	3,86%	3,86%
Coût moyen du financement ACOSS	EONIA + 8,1 pb	EONIA + 13 pb	EONIA + 7,8 pb	EONIA + 6,5pb	EONIA + 6,2 pb
Volume moyen des avances	12,9 Md€	0,132 Md€	8,75 Md€	15,8 Md€	21,2 Md€
Coût annuel	280 M€	7,9 M€	271 M€	648 M€	834 M€

Source : ACOSS (taux EONIA pondéré par les montants empruntés)

En raison de la baisse spectaculaire des taux d'intérêt à court terme⁴⁷, les charges d'intérêt pesant sur l'ACOSS devraient diminuer en 2009 (cf. infra).

2 – Le FFIPSA

a) Le financement du déficit du régime agricole

Lors des premières années d'existence du FFIPSA, les négociations avec la place bancaire pour la couverture du déficit du régime agricole ont été assurées par la CCMSA. Le premier appel direct

44. 2 Md€ du 9 octobre au 20 octobre à taux variable, Eonia + 4 points de base ; 3 Md€ du 10 novembre au 19 novembre à taux variable, Eonia + 2 points de base.

45. 5 Md€ du 22 décembre 2008 au 5 janvier 2009 à EONIA +1 point de base, 5 Md€ du 29 décembre 2008 au 8 janvier 2009 à EONIA + 2 points de base.

46. Cf. le rapport de juin 2009 sur la situation et les perspectives des finances publiques, page 9.

47. En janvier 2009, l'EONIA a retrouvé un niveau inférieur à 2,3 %, pour s'établir à moins de 1 % en avril 2009, alors qu'il atteignait 4,10 % le 1^{er} octobre 2008.

au marché par le fonds s'est déroulé fin 2007 et début 2008, sans permettre de rassembler dès le début d'année le financement de 8,4 Md€ correspondant au plafond inscrit dans la LFSS. Le montant de la ligne consentie par le syndicat bancaire a donc été ramené à 7 Md€, répartis entre une tranche de 6 Md€ (conçue sous forme de tirages prédéterminés en montants et en durées) et une tranche de 1 Md€ assortie de plafonds d'utilisation quotidiens. Reflétant les conditions de marché, les conditions financières dont le crédit bancaire était assorti étaient nettement moins favorables que celles de la convention CDC-ACOSS : le FFIPSA devait en particulier supporter l'écart entre l'EONIA et l'EURIBOR, qui a atteint des montants très élevés (de 40 à 80 points de base) en 2008.

Au total, le coût de ces financements bancaires a été transféré à l'Etat dans le cadre de la reprise par ce dernier des déficits cumulés au 31 décembre 2007. L'absence de versement au FFIPSA d'une subvention équivalente à celle dont bénéficiait le BAPSA a ainsi contraint l'Etat à supporter un surcoût que l'on peut évaluer en 2008 à 104 M€⁴⁸.

Coût du portage financier du déficit du régime agricole

En M€

	Encours moyen	Taux d'intérêt moyen	Charges financières	Surcoût par rapport à un financement à taux EONIA
2005	3 585	2,08%	78,3	3,4
2006	2 904	2,96%	86,0	0,6
2007	4 625	4,03%	186,3	7,8
2008	6 159	4,75%	282,6	44,9

Source : Cour

Pour l'année 2009, la CCMSA, désignée par la LFSS comme successeur du FFIPSA dans sa fonction de gestion de la trésorerie et de financement du régime des exploitants agricoles, a négocié avec le syndicat bancaire une ouverture de crédit à court terme de 2,5 Md€, dont les conditions apparaissent encore moins favorables que l'emprunt 2008. Négociées à l'automne 2008, dans un marché fortement perturbé, elles sont le reflet des difficultés rencontrées par les établissements bancaires dans leur recherche de liquidité.

48. Différence entre un refinancement au taux d'intérêt moyen consenti par le syndicat bancaire et un refinancement sur la base de l'EONIA moyen.

b) Reprise de la dette par l'Etat et adossement partiel au régime général

Suivant en cela une recommandation de la Cour, le gouvernement a décidé de supprimer le FFIPSA et de faire reprendre par l'Etat la dette accumulée au cours des quatre années d'existence de l'établissement public. Le dispositif mis en place par la loi de finances et la LFSS pour 2009 ne résout cependant pas le problème posé par le déficit structurel de la branche retraite des exploitants agricoles. Le déficit prévisionnel de cette branche explique l'attribution pour 2009 de l'autorisation d'emprunt de 2,5 Md€ donnée à la MSA.

La reprise de la dette par l'Etat s'est effectuée sur la base d'un montant de 7 972 M€ au 31 décembre 2008 qui s'est révélé ensuite supérieur de 371 M€ à la dette créée au cours des années d'existence du FFIPSA.

Cet écart, qui a gonflé en début d'année la trésorerie de la MSA, aurait été évité si la dette avait été transférée une fois les comptes 2008 arrêtés par le service de liquidation du FFIPSA. Le ministère a opté pour une solution moins rigoureuse en matière comptable afin de limiter la durée de portage de la dette du FFIPSA et les coûts qui lui sont associés. La Cour sera attentive aux modalités de régularisation de cet écart.

3 – Les régimes spéciaux

Comme pour le régime général et pour le régime agricole, mais dans une proportion moindre, les soldes négatifs des régimes spéciaux recouvrent souvent, non seulement un besoin de trésorerie stricto sensu, lié au décalage entre les versements et les encaissements, mais aussi un besoin de financement qui devrait selon les règles de l'orthodoxie financière être couvert par des ressources définitives, de manière à ramener le solde moyen de trésorerie à un niveau proche de zéro.

Une part de ces découverts est liée aux retards de paiement de l'Etat ou à l'insuffisance des subventions d'équilibre votées dans le cadre des lois de finances. Ces retards entraînent des frais d'autant plus élevés que les financements évoluent vers des financements de marché.

Le cas de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPR-SNCF), créée en mai 2007, est à cet égard éclairant. La LFSS pour 2008 a fixé un plafond d'emprunt pour cette caisse, porté à 2,1 Md€ pour 2009, en augmentation de 400 M€ par rapport à 2008. Cette augmentation était justifiée par l'incertitude des charges et cotisations dans le contexte particulier de la réforme des retraites et par les

conditions de financement rendues plus difficiles depuis le déclenchement de la crise financière à l'été 2007.

L'alourdissement des frais de financement plaiderait plutôt pour une distinction entre d'une part, ce qui relève des décalages de trésorerie stricto sensu, et d'autre part les arriérés de contribution d'équilibre. L'apurement, à hauteur de 238,6 M€, des dettes de l'Etat à l'égard de la CPR-SNCF, prévu dans le cadre de la loi de finances rectificative du 30 décembre 2008, devrait limiter à l'avenir les frais financiers pesant sur ce régime.

Plus généralement, le tableau suivant fait ressortir les conditions financières des conventions signées par le régime général, le régime agricole, les régimes spéciaux et la CADES pour le financement de leurs avances de trésorerie ou d'emprunt à court terme.

Conditions octroyées dans les conventions de financement court terme*

Organisme	Financier	Conditions financières
ACOSS (régime général)	Caisse des dépôts	EONIA + 5 pb à 40 pb (hors pénalités pour sortie du tunnel d'engagement)
FFIPSA	Syndicat bancaire	EURIBOR + 8 à 35 pb (5 pb pour un montant de 400 M€)
CANSSM	Caisse des dépôts	EONIA + 50 pb jusqu'à 75 M€. Au delà de 75 M€, EONIA + 100 pb
CNIEG	Dexia CLF Banque	EONIA + 3,5 pb (découvert en compte courant) EURIBOR 1, 2, 3 ou 6 mois + 1,5 pb (crédit trésorerie)
CPRSNCF	Snf (jusqu'en février 2009) Syndicat bancaire (après février 2009)	EONIA « sec » jusqu'en février 2009 600 M€ à EURIBOR + 5 pb et 900 M€ à EURIBOR + 20 pb

Source : Cour

Note :(*) hors conditions obtenues pour les émissions de billets de trésorerie.

La juxtaposition de régimes déficitaires et de régimes bénéficiaires est par ailleurs synonyme de coûts d'opportunité pour l'ensemble du système, comme le montre l'exemple de la CNRACL : les disponibilités de la caisse de retraite des collectivités locales, qui atteignaient près de 1,3 Md€ à la fin 2008, ont un rendement légèrement inférieur à EONIA, alors que le régime général est contraint de payer une marge par rapport au taux au jour le jour pour couvrir son besoin de financement.

L'article 33 de la LFSS pour 2009, complété par un décret du 21 juillet 2009, a toutefois introduit la possibilité que les régimes

obligatoires de base autres que le régime général et divers organismes fassent gérer leurs disponibilités par l'ACOSS.

4 – La caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

a) Caractéristiques de la dette portée par la CADES

Une nouvelle opération de transfert de dette, impliquant tout à la fois la CADES et l'Etat, est intervenue dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale et de la loi de finances initiale pour 2009. Elle prévoit⁴⁹ la reprise par la CADES des déficits cumulés au 31 décembre 2008 des branches maladie et retraite ainsi que du fonds de solidarité vieillesse (FSV), dans la limite de 27 Md€ (dont 3,9 Md€ pour le FSV).

La loi organique du 2 août 2005 contient une disposition prévoyant que « tout nouveau transfert de dette à la CADES » serait désormais « accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale ». La reprise de dette intervenue en 2008 s'est accompagnée d'un transfert de 0,2 points de CSG du FSV à la CADES. Toutefois, dès le vote de la LFSS pour 2009, il était probable que ce transfert mettrait à nouveau ce fonds dans une situation déficitaire (le déficit prévisionnel du FSV inscrit en LFSS était de -1 Md€), aggravant ainsi le déficit de trésorerie du régime général. L'attribution d'une part des recettes de CSG à la CADES, via l'effet sur le FSV⁵⁰, ne pouvait donc qu'accroître le risque d'une nouvelle reprise de dette.

Au 31 mars 2009, la CADES avait repris au total un montant de dette de 134,5 Md€ et son endettement net s'élevait à 96,9 Md€. Elle avait amorti 37,5 Md€ de dette à la fin 2008, grâce aux ressources fiscales qui lui sont affectées.

A la suite de la reprise de dette de 26,9 Md€ opérée à la fin 2008 et au début 2009, l'encours de la CADES était pour plus d'un tiers composé d'emprunts à court terme (1/3 à moins d'un an, 1/3 d'une maturité comprise entre un et cinq ans, 1/3 supérieur à cinq ans).

Ce profil caractéristique des périodes postérieures aux reprises de dette devrait évoluer dans l'année, au fur et à mesure d'un programme

49. Ainsi que la reprise par l'Etat de la dette du FFIPSA, avant la suppression de cet établissement et le transfert de ses droits et obligations à la MSA.

50. L'insuffisance du financement du FSV se traduit dans les dettes qu'il a à l'égard de la CNAVTS, qui pèsent d'autant sur la trésorerie du régime général.

d'émission prévisionnel de 33,1 Md€, d'un volume très supérieur aux émissions réalisées les années précédentes (8,6 Md€ en 2008, recouvrant pour 7 Md€ des émissions à moyen et long terme, et pour 1,6 Md€ un encours de papiers commerciaux à court terme). En fonction des conditions de marché, la CADES prévoit de conserver entre 20 % (6,3 Md€) et 50% (18,3 Md€) de son programme de financement 2009 en emprunts à court terme.

b) Charges financières et amortissement de la dette

Sur les trois derniers exercices, les ressources affectées à la CADES se sont partagées entre le paiement des intérêts de la dette (les charges financières) et son amortissement (présenté dans les comptes comme le résultat de la CADES) :

Résultats 2006-2008 de la CADES

	<i>En M€</i>		
	2006	2007	2008
Produit de la CRDS	5 479	5 681	5 980
Charges financières	-2 661	-3 101	-3 093
Résultat (amortissement)	2 815	2 578	2 885

Source : CADES

L'objectif d'amortissement de la dette inscrit dans la LFSS pour 2009 est de 4 Md€. D'après les simulations effectuées par la CADES début 2009, la dette (incluant la reprise de 26,9 Md€) avait un horizon médian de remboursement de 12 ans. Les simulations effectuées par la CADES reposaient encore en mars 2009 sur une prévision de croissance pour l'année de +0,5 %, loin des -3 % annoncés trois mois plus tard par le gouvernement.

Dans le contexte actuel, les perspectives d'amortissement à long terme de la CADES devraient donc être réexaminées.

c) Performance financière

Si la CADES dispose d'une excellente notation, ses conditions d'émission se sont néanmoins détériorées depuis la survenance de la crise financière. Alors que pendant de nombreuses années, la CADES a pu émettre à des taux n'excédant pas d'une dizaine de points de base ceux des OAT, les écarts (ou spreads) se sont établis au 1^{er} semestre 2009 à des niveaux compris entre 30 et 60 points de base. La présence sur les marchés de plusieurs émetteurs bénéficiant de la garantie explicite de

l'Etat rend par ailleurs plus complexe le démarchage des investisseurs à la recherche d'emprunteurs publics ou semi-publics.

Sur la base du programme annoncé par la CADES pour 2009, soit 33 Md€, une augmentation de l'écart de l'ordre de 30 points de base représenterait, en année pleine, un coût additionnel de l'ordre de 100 M€.

Toutefois, l'impact de l'élargissement des spreads sur les charges financières devrait être en partie compensé par la baisse du taux global de refinancement de la dette de la CADES, qui atteignait 3,11 % en mars, contre 3,83 % en janvier 2009⁵¹. En tout état de cause, cet écart n'est pas de nature à remettre en cause le cantonnement de la dette sociale dans la CADES.

C – Coûts et risques inhérents au dispositif actuel

1 – Le coût de portage de la dette sociale

Indépendamment de tout amortissement, il est désormais nécessaire de consacrer plus de 4 Md€ de prélèvements sociaux et fiscaux au paiement des intérêts de la dette du régime général et du régime agricole.

En 2008, la somme des charges nettes d'intérêts et de l'amortissement de la dette sociale a dépassé 7 Md€. Ce montant a connu une forte progression au cours des derniers exercices : il a crû de 30,4 % en 2007, et de 7,5 % en 2008. En 2009, la diminution des coûts autorisée par la baisse des taux d'intérêt sera en partie compensée par un effet volume, lié au creusement prévisible des déficits du régime général et du FSV.

51. La rapidité de cette diminution, conséquence de la baisse des taux d'intérêt, s'explique par l'importance des financements à court terme mis en place à la suite des dernières reprises de dette.

**Evolution des amortissements et des charges d'intérêt sur la période
2006-2008**

En M€

	2006	2007	2008
Intérêts (charge nette)			
ACOSS	271	648	834
FFIPSA	86	186	283
CADES	2 661	3 101	3 093
Total	3 018	3 935	4 210
Amortissement de la dette CADES	2 815	2 578	2 885
Amortissements + intérêts	5 833	6 513	7 095

Source : Cour des comptes d'après les données des organismes

2 – L'exposition au risque de taux

Les avances de la caisse des dépôts au régime général et les billets de trésorerie émis par l'ACOSS sont tarifés sur la base de l'EONIA, répercutant l'évolution des taux de la Banque Centrale Européenne. La référence à l'EURIBOR retenue dans les conventions de financement du FFIPSA puis de la MSA rendent ces dispositifs dépendants de l'évolution des taux de deux mois à un an.

Une part significative de la dette portée par la CADES est également sensible à l'évolution des taux de marché. Avant le transfert décidé dans le cadre de la LFSS pour 2009, la part de la dette à taux variable sur le total de l'endettement s'élevait à 10,9 %. Au 6 mars 2009, elle atteignait 32 % (soit 32 Md€), en raison de l'importance des refinancements à court terme mis en place pour permettre la dernière reprise de dette.

La baisse des taux rend relativement indolore la hausse des déficits refinancés à court terme. Une remontée des taux courts aurait à l'inverse un impact lourd sur les comptes sociaux.

En outre, la séparation entre la gestion de la trésorerie centralisée par l'ACOSS, qui ne peut s'effectuer sur un horizon supérieur à un an, et la dette transférée à la CADES, qui peut faire l'objet d'un refinancement à moyen et long terme, interdit aux gestionnaires de saisir toutes les opportunités d'arbitrage offertes par l'évolution des taux d'intérêt.

3 – Les problèmes posés par la croissance des volumes refinancés

La prévision d'un déficit 2009 supérieur à 20 Md€, sans précédent dans l'histoire de la sécurité sociale, rend nécessaire le relèvement du plafond de 18,9 Md€ fixé par la LFSS pour la deuxième partie de l'année. En juin dernier, devant la commission des comptes de la sécurité sociale, le ministre des comptes publics a annoncé le relèvement de ce plafond d'au moins 10 Md€. En outre, les sommes à mobiliser pour permettre à l'ACOSS de s'acquitter de ses obligations en 2010 devraient dépasser très largement ce montant, puisqu'elles devront également inclure le déficit du régime général de l'année

Les limites fixées par la CDC à ses avances au régime général semblent davantage traduire un problème de coût (différence entre une tarification établie sur une base au jour le jour et le coût des disponibilités empruntées par la CDC à plus longue échéance) qu'un véritable problème de liquidité. Si la caisse des dépôts a, au cours des derniers mois, tiré bénéfice d'un contexte marqué par une « fuite vers la qualité » des prêteurs, ce mouvement ne sera que transitoire et la durée réelle des besoins de financement de l'ACOSS oblige la CDC à rechercher des financements plus longs qui sont à la fois plus rares et plus coûteux.

L'ACOSS en tire également profit dans ses émissions de billets de trésorerie, qui bénéficient de la garantie implicite de l'Etat. Toutefois, l'apparition de tensions sur le marché des financements à court terme ne peut être exclue en cas de forte augmentation des demandes des organismes de sécurité sociale. D'ores et déjà, l'ACOSS et la CADES détenaient en mars 2009 18 % de l'encours total des émetteurs résidents de billets de trésorerie, qui s'élevait à 45,2 Md€⁵². Si l'ACOSS devait augmenter de 10 Md€ à 20 Md€ ses émissions, cela aurait nécessairement des conséquences sur l'équilibre de ce marché et sur les taux obtenus. Un achat par l'Etat des titres émis par l'ACOSS, sur le modèle des opérations de gré à gré effectuées en octobre et novembre 2008, serait moins perturbateur. Il aurait néanmoins l'inconvénient d'augmenter, toutes choses égales par ailleurs, le besoin de financement de l'Etat.

La diversification des solutions pour couvrir les besoins de trésorerie de l'ACOSS ne peut cependant suffire à masquer la question de principe sous-jacente : au moyen de ressources de trésorerie, l'ACOSS porte en réalité un endettement qui traduit l'accumulation des résultats déficitaires. Par son ampleur, cet expédient conduit à vider de son sens la règle posée par la loi organique, qui prévoit que toute nouvelle reprise de

52. 61,7 Md€ en tenant compte des émetteurs non résidents et des billets de trésorerie adossés à des actifs.

dette par la CADES doit être assortie des ressources affectées, permettant de ne pas reporter l'horizon de remboursement.

Il conviendrait donc que la part de l'endettement de l'ACOSS qui dépasse l'horizon de l'année soit transférée à la CADES (avec l'affectation des ressources nécessaires à cet effet). Dans un premier temps, il conviendrait également que soit clairement explicitée, dans une annexe au PLFSS, la distinction entre les avances infra-annuelles de trésorerie et les avances correspondant au « portage » de résultats déficitaires ainsi que la manière dont pourraient être amorties dans les exercices ultérieurs, les avances dépassant le cadre annuel.

RECOMMANDATIONS

3. *Etendre à l'ensemble des régimes obligatoires de base l'objectif d'optimisation de la gestion financière de court terme.*

4. *Distinguer dans une annexe au PLFSS entre besoin de trésorerie (auquel doit être réservée l'utilisation des plafonds d'avance) et résultat déficitaire, en indiquant les modalités d'apurement prévisionnel de ce dernier.*

5. *Transférer à la CADES (en la dotant de ressources adaptées) la part du besoin de trésorerie de l'ACOSS qui excède les décalages infra-annuels.*

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

A – Les dettes de l'Etat à l'égard des régimes de base de sécurité sociale

Plusieurs opérations d'apurement ou de réduction des dettes de l'Etat sont intervenues en 2007 et 2008, pour un montant global proche de 6,5 Md€ :

- en 2007, l'Etat a procédé à l'apurement de 5,1 Md€ de dettes anciennes à l'égard du régime général au moyen de recettes de privatisations et d'un montage transparent au plan budgétaire⁵³. La dette du FFIPSA héritée du BAPSA a en outre fait l'objet d'une reprise par l'Etat pour 0,6 Md€ ;

53. En ce qui concerne le traitement budgétaire de cette opération, voir le rapport sur les résultats et la gestion budgétaire de l'Etat (RRGB), exercice 2008, page 9.

- en fin d'année 2008, il est apparu que le produit des impôts et taxes affectés en loi de finances initiale au financement des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires (4 Md€) était largement supérieur au coût effectif du dispositif (3 Md€) (voir supra). Cet excédent a donc été pour partie utilisé pour solder des dettes anciennes à l'égard de certains régimes autres que le régime général (0,8 Md€)⁵⁴.

En dépit de ces opérations, les dettes de l'Etat se sont reconstituées rapidement sous l'effet de l'insuffisance récurrente des crédits ouverts en lois de finances, comme l'a souligné la Cour dans son rapport sur les résultats et la gestion budgétaire (RRGB) pour 2008⁵⁵.

Dans la comptabilité de l'Etat au 31 décembre 2008, les dettes à l'égard de la sécurité sociale s'élèvent à 7,4 Md€. Leur montant est ramené à 5,9 Md€ après déduction des versements intervenus début janvier 2009 à hauteur d'1,5 Md€⁵⁶ en application de la loi de finances rectificative pour 2008.

Selon l'« état semestriel des sommes restant dues par l'Etat » remis au Parlement en application de l'article 17 de la LOLFSS, les dettes exigibles au 31 décembre, qui correspondent aux insuffisances cumulées de crédits budgétaires, s'élèvent à 3,6 Md€.

La Cour soulignait dans ses précédents rapports les limites de cet état semestriel, en particulier son caractère restrictif par rapport aux dettes traduites en comptabilité. Si ces limites demeurent, l'information financière relative aux dettes de l'Etat a été nettement améliorée par l'administration dans le cadre de la certification des comptes de l'Etat.

En effet, l'annexe au compte général de l'Etat comporte désormais une note complète sur les dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale, qui décrit notamment le passage des dettes en comptabilité à celles figurant dans l'état semestriel⁵⁷. La Cour recommande que cette information figure également dans les documents accompagnant l'état semestriel remis au Parlement, ainsi que dans le rapport de la commission des comptes qui le commente habituellement.

54. Voir RRGB, exercice 2008, page 12.

55. Voir notamment page 81.

56. Dont les 0,8 Md€ d'impôts et taxes affectés déjà signalés.

57. Voir annexe au compte général de l'Etat (CGE) 2008, pages 111 à 113. Cette note indique notamment que « l'état semestriel donne (...) directement le montant des insuffisances de crédits alloués en loi de finances (...) » et que « le passage du bilan de l'Etat à l'état semestriel correspond très exactement au passage d'une comptabilité en droits constatés à une comptabilité de caisse ».

Evolution des dettes de l'Etat à l'égard des régimes de base de sécurité sociale

En M€

	31/12/2006	31/12/2007	31/12/2008	Variation 2007/2008
Régime général (A)				
Dettes nettes en comptabilité après prise en compte des versements en période complémentaire	6 683	3 865	5 196	+1 331
<i>dont dettes exigibles en fin d'exercice</i>	5 074	1 740	2 991	+1 251
Autres régimes de base de sécurité sociale (B)				
Dettes nettes en comptabilité après prise en compte des versements en période complémentaire	1 882	1 404	721	-683
<i>dont dettes exigibles en fin d'exercice</i>	1 922	1 297	643	-654
Ensemble des régimes de base (A) + (B)				
Dettes nettes en comptabilité après prise en compte des versements en période complémentaire	8 565	5 269	5 918	+648
<i>dont dettes exigibles en fin d'exercice</i>	6 996	3 036	3 634	+597

Source : Comptabilité générale de l'Etat et état semestriel des sommes restant dues par l'Etat au 31 décembre 2008

Si la progression des dettes d'ensemble (+0,6 Md€) a été limitée en 2008 par l'effet de l'apurement partiel de dettes anciennes à l'égard de certains régimes spéciaux et de non salariés, à hauteur de 0,8 Md€, celles qui concernent le régime général ont augmenté de 1,3 Md€.

Ainsi, moins de deux ans après le remboursement de 5,1 Md€ de dettes anciennes, les dettes de l'Etat à l'égard du régime général -exigibles ou non- se sont largement reconstituées, atteignant 5,2 Md€ au 31 décembre 2008 (après prise en compte des crédits de la loi de finances rectificative pour 2008).

Pour le régime général, les seules dettes exigibles⁵⁸, constituées des insuffisances de crédits budgétaires cumulées des années 2007 et 2008, s'élèvent à 3,0 Md€. Elles concernent principalement les exonérations de cotisations sociales ciblées (2,4 Md€) et, dans une moindre mesure, les aides au logement (0,3 Md€) et l'aide médicale d'Etat (0,3 Md€). Pour les exonérations ciblées, cinq dispositifs concentrent près de 90% des dettes : organismes en zone de revitalisation

58. Les dettes non encore exigibles en fin d'exercice (2,2 Md€) correspondent principalement aux charges à payer au titre des prestations sociales gérées par la CNAF pour le compte de l'Etat, rattachées comptablement à 2008 et dont le décaissement intervient début 2009 (1,3 Md€), ainsi qu'à l'estimation des exonérations de la fin de l'exercice 2008, dont le montant n'est connu définitivement qu'en février 2009 (0,5 Md€). Ces dettes sont donc pour l'essentiel devenues exigibles début 2009.

rurale (0,6 Md€), contrats d'apprentissage (0,5 Md€) et de professionnalisation (0,3 Md€), entreprises implantées dans les départements d'outre-mer (0,4 Md€), aide à domicile (0,3 Md€).

Evolution des dettes exigibles à l'égard du régime général

En M€

	2007	2008	Variation
Exonérations de cotisation sociales :	1 480	2 329	849
Contrats d'apprentissage	349	543	194
Zones de revitalisation rurale	369	601	232
Contrats de professionnalisation	134	301	167
Entreprises implantées dans les DOM	326	385	58
Aide à domicile	158	261	102
Autres	144	239	95
Prestations santé – solidarité :	336	356	20
Aide médicale d'Etat	264	279	14
Autres	72	78	6
Prestations logement (1)	-84,6	250	335
Autres dispositifs	8,4	56	48
Dettes exigibles en fin d'exercice	1 740	2 991	1 251

(1) excédent de versement de l'Etat en 2007

Source : Etat semestriel des sommes restant dues par l'Etat au 31 décembre

Les dettes à l'égard des régimes et organismes autres que le régime général ont fortement diminué au cours des deux dernières années en raison de la reprise par l'Etat de la dette du FFIPSA héritée du BAPSA en 2007 (0,6 Md€) et, en 2008, de l'opération d'apurement partiel des dettes précédemment évoquée (0,8 Md€). Si les insuffisances de crédit de 2008 sont limitées (0,1 Md€), il demeure cependant 0,4 Md€ de dettes anciennes au titre des exonérations de cotisations liquidées par le régime des salariés agricoles.

B – Des procédures budgétaires encore insuffisantes

Au cours des années passées, l'insuffisance de crédits était due d'une part à une exécution budgétaire défailante, d'autre part à une prévision budgétaire caractérisée par une forte sous-évaluation du coût des dispositifs.

Des progrès ont été réalisés dans l'exécution budgétaire, suite à la circulaire du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique du 17 décembre 2007. Celle-ci a plafonné le taux de mise en réserve sur les crédits destinés à la sécurité sociale. Elle a en outre encadré le calendrier des versements.

En 2008, au-delà du respect des prescriptions de cette circulaire, les crédits mis en réserve sur les dispositifs en cause ont été systématiquement débloqués. Ainsi, les crédits ouverts pour s'acquitter des montants dus aux organismes de sécurité sociale ont été effectivement utilisés à cette fin, ce qui n'était pas toujours le cas lors des exercices précédents.

En ce qui concerne les *prévisions*, les progrès sont beaucoup plus limités, même si, en termes de méthode, les prévisions de l'ACOSS en matière d'exonérations ciblées ont été reprises lors de l'élaboration du PLF, ce qui a permis de limiter l'insuffisance de crédits.

Ainsi, l'exercice de prévision continue de comporter une marge d'incertitude plus ou moins importante selon les dispositifs, ce qui conduit dans nombre de cas à une budgétisation insuffisante.

En 2008, l'insuffisance de crédits au titre de la LFI a diminué de 34 % pour les exonérations ciblées (passant de 1 788 M€ à 1 182 M€) et de 53 % pour les prestations de solidarité (passant de 882 M€ à 416 M€). En revanche, pour les prestations logement, le montant prévu en LFI pour 2007 était supérieur de 87 M€ au coût du dispositif alors qu'en 2008 était constatée une insuffisance de 353 M€.

Malgré des progrès, l'insuffisance budgétaire représente 5,1 % du coût des prestations de solidarité (contre 11,2 % en 2007), 4,5 % du coût des prestations de logement (contre un excédent de 1,2 % en 2007) et 27,1 % du coût des exonérations ciblées (contre 43,1 % en 2007).

La résorption de ces écarts n'a pas encore trouvé de solution. En effet, d'une part, les crédits ouverts en LFR n'ont couvert qu'une faible part (environ un tiers) de l'insuffisance budgétaire en 2008 (tout comme en 2007) ; d'autre part, les crédits ouverts dans la LFI de 2009 ont été insuffisants pour couvrir à la fois les sommes dues au titre de l'exercice budgétaire et les dettes de(s) l'année(s) précédente(s).

Il est donc nécessaire d'améliorer les prévisions budgétaires et d'ouvrir des crédits en loi de finances pour couvrir les sommes dues, tant au titre de l'exercice en cause que pour les dettes accumulées au cours des années passées.

Chapitre II

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

PRESENTATION

La LFSS pour 2008 a fixé l'ONDAM à 152 Md€, soit une augmentation de 2,8 % appliquée à une base de référence alors évaluée à 147,9 Md€.

Au vu des comptes arrêtés en mars 2009, apparaît un dépassement de cet objectif de près de 900 M€. Attribuable en grande partie aux dépenses de soins de ville, le dépassement est moins important que ceux de 2007 ou de 2006 mais demeure néanmoins significatif alors que l'objectif retenu se voulait plus réaliste que ceux des années précédentes. L'analyse d'ensemble, puis plus détaillée pour les principaux sous-objectifs, permet d'explicitier les causes de ce dépassement.

I - L'ONDAM : vue d'ensemble

Institué en 1997, l'ONDAM a pour objet de réguler les dépenses d'assurance maladie. Pour autant, cet agrégat comporte encore des dépenses non sujettes à cette régulation, pour un montant de l'ordre de 759 M€⁵⁹.

A – Le périmètre de l'ONDAM et de ses composantes

L'ONDAM se décompose en sous-objectifs dont la liste et le montant, conformément aux dispositions de la LOLFSS, sont également votés par le Parlement. La *nomenclature* de ces sous-objectifs est restée la même qu'en 2006 et 2007⁶⁰.

En 2008, le *périmètre* de l'ONDAM a été étendu pour couvrir des dépenses de formation professionnelle des professions médicales et paramédicales conventionnées, financées par l'assurance maladie dans le cadre du fonds d'actions conventionnelles (FAC) institué par la LFSS pour 2007. Les dépenses ainsi intégrées dans l'ONDAM s'élèvent à 123 M€.

Par ailleurs, des *transferts entre sous-objectifs* ont été effectués pour des montants limités. Il s'agit surtout d'un transfert de 165 M€ des soins de ville vers le sous-objectif médico-social relatif aux personnes âgées, suite à l'intégration des dépenses relatives aux dispositifs

59. Ces dépenses se rapportent principalement à des hospitalisations effectuées en France par des patients relevant de régimes sociaux étrangers (cf. infra).

60. La définition précise de ces sous-objectifs est rappelée dans le RALFSS de 2008.

médicaux dans les tarifs des EHPAD, opération qui n'a été que peu explicitée, dans l'annexe 7 au PLFSS (qui présente les changements de périmètre au sein de l'ONDAM).

B – La construction de l'ONDAM

Comme chaque année, la détermination de l'ONDAM pour 2008 a consisté à appliquer à une base de référence un taux d'évolution prévisionnel. Ce taux d'évolution synthétise les effets de l'augmentation tendancielle des dépenses et des économies attendues.

1 – La base

Pour chaque sous-objectif, la base de référence est en principe fixée en fonction des réalisations prévues pour l'année en cours. Le fait de s'appuyer sur des prévisions expose nécessairement au risque d'une divergence entre la base prise en compte et le montant des réalisations, qui n'est connu que postérieurement à l'adoption de la LFSS.

C'est le cas de manière récurrente pour les soins de ville, pour lesquels l'objectif fixé depuis 2006 est calculé en fonction d'une base inférieure aux dépenses constatées. En 2008, le manque en base pour les soins de ville, a été de l'ordre de 300 M€, ce qui prédisposait à un dépassement de l'objectif fixé.

En sens inverse, l'ONDAM hospitalier a été calculé à partir d'une base de référence surévaluée du fait des provisions liées aux versements aux hôpitaux. La raison en a été l'incertitude quant au montant de dépenses à rattacher à l'année 2007 au titre de ces prestations⁶¹. La surévaluation de la base a porté sur un montant encore incertain, même à fin 2008, mais vraisemblablement de l'ordre de 200 M€. Cet état de fait ne pouvait que rendre plus aisé le respect de l'objectif.

La détermination de la base procède également du choix des pouvoirs publics de prendre en compte en tout ou partie le dépassement

61. Cette difficulté a été relevée par la Cour dans ses rapports publics de certification des comptes du régime général de 2007 et 2008 et dans le RALFSS de 2008.

prévu de l'ONDAM de l'année qui se termine. De fait, ces dernières années, la totalité du dépassement prévisionnel a été intégrée.

Ce progrès est notamment dû à l'intervention désormais prévue du comité d'alerte, qui chaque année, procède à une évaluation du dépassement prévisionnel. Ce montant est ensuite actualisé dans le rapport (de septembre) de la commission des comptes de la sécurité sociale.

2 – Les taux

Le taux de progression en valeur de l'ONDAM induit par le vote de la LFSS pour 2008 a été de 2,8 % par rapport à la base alors considérée. Le tableau ci-après rappelle les bases et taux retenus pour les différents sous-objectifs.

Le taux d'évolution correspondant à l'ONDAM voté a ainsi été supérieur à celui retenu en 2007 (+2,5 %), la différence étant la plus marquée pour les soins de ville (+1,9 % en 2008 contre +0,9 % en 2007). Il était également supérieur à l'inflation alors attendue⁶². Ce cadrage correspondait au souhait des pouvoirs publics de fixer un niveau d'objectif plus réaliste que les années précédentes.

ONDAM : base, taux d'évolution et montants votés

En Md€

	Base	Taux d'évolution	Montants votés
Dépenses de soins de ville	69,3	+ 1,9 %	70,6
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	47,4	+ 3,2 %	48,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,2	+ 2,9 %	18,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,0	+ 8,1 %	5,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0	+ 5,3 %	7,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,9	+ 2,0 %	0,9
ONDAM	147,9	+ 2,8 %	152,0

Source : Direction de la sécurité sociale

62. Le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2008 prévoyait une augmentation de 1,6 % de l'indice des prix à la consommation. Selon les données de l'INSEE, le taux constaté finalement a atteint 2,8%.

3 – Les économies prévisionnelles

Le respect de l'ONDAM était conditionné à la réalisation d'économies par rapport à l'évolution spontanée, pour un montant de l'ordre de 3,3 Md€, dont 2,9 Md€ au titre des soins de ville et 0,4 Md€ au titre des hôpitaux et cliniques.

Les économies attendues sur les soins de ville comprennent l'effet report de mesures antérieures, les résultats de la maîtrise médicalisée mise en œuvre par la CNAMTS, les franchises instituées par la LFSS pour 2008⁶³ ainsi qu'un ensemble d'autres mesures.

C – La mise en œuvre

1 – Les réalisations de 2008 : vue générale

Selon les données issues des comptes des régimes, les réalisations au titre de l'ONDAM ont été de 152,9 Md€, soit un dépassement de l'objectif de l'ordre de 0,9 Md€. Ce dépassement concerne les soins de ville (0,8 Md€), mais aussi les établissements de santé (0,1 Md€), malgré l'effet déjà signalé lié à une base surévaluée.

ONDAM 2008– Réalisations

En Md€

Sous-objectifs	Réalisations	Taux d'évolution constatés ⁶⁴	Ecart par rapport à l'objectif
Dépenses de soins de ville	71,4	2,5 %	0,8
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	67,7	3,8 %	0,1
Autres dépenses relatives aux établissements de santé			
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,5	8,0 %	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4	5,3 %	0,0
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,9	3,4 %	0,0
ONDAM	152,9	3,4 %	0,9

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2009

63. Franchise de 50 centimes par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaire médical et de 2 € par acte de transport.

64. Les taux d'évolution sont ici rapportés aux réalisations de 2007.

Les dépenses ainsi constatées sont en augmentation de 3,4 % par rapport à 2007, soit une hausse supérieure de 0,5 point au PIB (+2,9 %).

**Taux d'évolution annuel constaté des dépenses du champ de l'ONDAM
et dépassement annuel de l'ONDAM**

En Md€ courants

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ⁶⁵
ONDAM voté	112,8	123,5	129,7	134,9	140,7	144,8	152,0
Evolution des dépenses constatées	+7,1 %	+6,4 %	+4,9 %	+4,0 %	+3,2 %	+4,0 %	+3,4 %
Dépassement annuel de l'ONDAM	3,9	0,6	0,5	0,2	1,4	2,8	0,9

Source : Direction de la sécurité sociale

D – Perspectives pour l'ONDAM de 2009

L'ONDAM pour 2009 a été fixé par la LFSS à 157,6 Md€, ce qui correspond à un taux d'évolution de +3,3 %, compte tenu d'économies à réaliser pour un montant de 2,3 Md€.

Le cadrage ainsi retenu par la LFSS pour 2009 vise à reconduire l'évolution constatée en 2008. Le taux de croissance prévisionnel est ainsi supérieur à celui des années précédentes, le niveau d'économies attendues étant, quant à lui, moindre.

II - Les soins de ville

En dépit d'un contexte relativement plus favorable que les années précédentes⁶⁶, un dépassement du sous-objectif soins de ville est encore constaté en 2008. Ce dépassement trouve sa source, outre le manque de 300 M€ en base, dans le caractère partiel de la réalisation des économies attendues.

Selon les estimations du ministère de la santé, les économies liées aux franchises sont estimées à 890 M€ et correspondent donc bien aux objectifs initiaux.

65. Les données sur les dépenses constatées pour 2008 sont provisoires car s'appuyant sur les provisions et non sur les charges sur exercice antérieur, qui ne seront connues qu'avec les comptes de l'exercice 2009.

66 . Sont notables en particulier la diminution des dépenses de médicaments remboursés en 2008, ainsi que le report des revalorisations tarifaires décidées pour les consultations médicales.

En revanche, le degré de réalisation des économies n'est que partiel sur d'autres postes, notamment sur la maîtrise médicalisée.

ONDAM 2008– Economies réalisées sur les soins de ville

Mesures	Montants attendus	Réalisations 2008
Effet report des années précédentes	945	791
- dont mesures du plan d'alerte 2007	715	550
- dont déremboursements des médicaments à 15%	80	91
- dont politique du générique	150	150
Franchise médicale	850	890
- dont médicaments	628	
- dont actes paramédicaux	177	nd*
- dont transports sanitaires	45	
Maîtrise médicalisée	635	255
- dont produits de santé	390	174
- dont professionnels de santé et autres	105	22
- dont indemnités journalières	103	0
- dont transport	37	59
Autres mesures	490	199
- dont mesures structurelles	100	0
- dont baisse de prix génériques	90	55
Total	2920	2 135

Source : Direction de la sécurité sociale.* nd : non disponible à la date de l'enquête

Les estimations de la CNAMTS portent, quant à elles, sur des montants supérieurs s'agissant de la maîtrise médicalisée (483 M€), en particulier en ce qui concerne les produits de santé (328 M€).

III - L'ONDAM hospitalier

L'ONDAM hospitalier désigne l'ensemble que forment les deuxième et troisième sous-objectifs de l'ONDAM et retrace ainsi les dépenses d'assurance maladie correspondant aux versements aux hôpitaux⁶⁷ et aux cliniques privées.

L'ONDAM hospitalier pour 2008 découlant du vote de la LFSS était de 67,7 Md€, soit une augmentation de 3,1 % par rapport à une base de 65,6 Md€.

67. Hôpitaux publics et établissements privés participant au service public hospitalier.

A – Les composantes de l'ONDAM hospitalier

L'ONDAM hospitalier est structuré en objectifs⁶⁸ qui, eux-mêmes, se déclinent en lignes correspondant aux différentes composantes du financement des établissements⁶⁹. Ce sont ces objectifs qui servent en pratique de cadre à la régulation des dépenses.

L'ONDAM hospitalier inclut également les financements alloués aux établissements de santé par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

B – La construction de l'ONDAM hospitalier

L'ONDAM hospitalier est déterminé par application d'un taux d'évolution à une base de référence. Il se distingue des soins de ville par l'existence de deux cadrages successifs.

1 – Deux cadrages successifs

L'ONDAM hospitalier soumis au vote du Parlement est déterminé, comme l'ensemble de l'ONDAM, lors de la préparation du PLFSS. Le montant ainsi voté en LFSS a été de 67,7 Md€.

Mais le montant sur lequel porte concrètement l'encadrement des dépenses d'assurance maladie ainsi que la répartition des moyens entre les établissements est inférieur : 66,8 Md€, soit une différence de 868 M€. Cette différence, qui concerne également la base de référence, tient, d'une part, aux opérations dites de fongibilité pratiquées chaque année par l'administration (soit 109 M€)⁷⁰ et, d'autre part, à la présence au sein de l'ONDAM hospitalier de dépenses n'étant pas soumises à régulation (759 M€).

68. Il s'agit de l'ODMCO (objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique) et des MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation), communs aux hôpitaux et cliniques ainsi que de l'ODAM (objectif de dépenses d'assurance maladie), propre aux hôpitaux et de l'OQN (objectif quantifié national) afférent aux cliniques. Les dépenses d'honoraires des médecins des cliniques restent rattachées aux soins de ville.

69. Voir chapitre VII - La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours, p. 171.

70. L'objet de ces opérations est de tenir compte de la transformation de structures sanitaires en structures médico-sociales.

Les dépenses non régulées au sein de l'ONDAM hospitalier

L'ONDAM hospitalier comporte des dépenses non régulées, dont les montants ont été relativement constants ces dernières années.

ONDAM hospitalier – dépenses non régulées prévues

En M€

	2005	2006	2007	2008
Hôpitaux	507	517	525	525
Cliniques	270	237	240	234
Total	777	754	765	759

Source : Direction de la sécurité sociale

Ces dépenses non régulées portent principalement sur la rémunération des hôpitaux et cliniques privées au titre des séjours effectués par les patients relevant de régimes de protection sociale étrangers, dans le cadre de conventions internationales passées entre la France et les états concernés (508 M€ constatés en 2008 pour le régime général).

Il est également d'usage d'y assimiler différentes catégories de prestations : remboursements a posteriori aux assurés sociaux de séjours hospitaliers pour lesquels aucune ouverture de droit à prise en charge n'est justifiée (106 M€), règlements à des cliniques situées à Monaco (57 M€), unités de soins de longue durée relevant de cliniques privées (8 M€). Est également concerné un reliquat de dépenses des cliniques privées posant des difficultés de rattachement comptable (49 M€).

Ces difficultés de rattachement portent sur des montants très limités (moins de 0,2 % de l'ONDAM hospitalier). Pourtant, en l'état actuel, elles suffisent à constituer un point d'achoppement faisant obstacle au constat du niveau de réalisation de l'OQN ou de la partie privée de l'ODMCO. Il en résulte que les données comptables retraçant les réalisations de l'ONDAM ne permettent pas de préciser le degré de réalisation des deuxième et troisième sous-objectifs de l'ONDAM.

C'est ainsi que le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale mentionne un chiffre global s'agissant des établissements de santé, à défaut de données sur les sous-objectifs.

La disproportion entre le caractère circonscrit des difficultés de rattachement et le caractère global des restitutions de l'ONDAM hospitalier apparaît d'autant plus frappante que ces restitutions sont traditionnellement présentées arrondies à la centaine de M€ près⁷¹.

Le maintien de ces dépenses non régulées au sein de l'ONDAM hospitalier apparaît peu justifié, à moins qu'elles ne soient soumises à

71. Au total, ces résultats ne peuvent qu'être approchés par des estimations fondées sur les données extracomptables (PMSI [programme de médicalisation des systèmes d'information] et SNIIRAM [système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie]).

régulation. En l'état, ce maintien paraît peu cohérent et affecte la lecture des réalisations de l'ONDAM (cf. infra).

2 – La base

Comme indiqué plus haut, la base prise en compte pour l'élaboration de l'ONDAM hospitalier s'est avérée surévaluée, pour un montant encore incertain, mais vraisemblablement de l'ordre de 200 M€. Ce phénomène a en fait concerné la partie publique de l'ODMCO.

3 – Le taux d'évolution

Le tableau ci-dessous détaille par catégories les dépenses régulées, en faisant apparaître les taux d'évolution correspondants.

ONDAM hospitalier 2008 – dépenses régulées

	En M€		
	Base de référence	Objectif arrêté	Taux d'évolution
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité :	47 310	48 835	3,2 %
- dont ODMCO	41 083	42 226	2,8 %
- dont MIGAC	6 227	6 609	6,1 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé :	17 070	17 681	3,6 %
- dont ODAM	15 153	15 679	3,5 %
- dont OQN	1 917	2 002	4,5 %
FMESPP	376	300	- 20 %
ONDAM hospitalier champ régulé	64 756	66 816	3,2 %

Source : Cour des comptes

Le taux d'évolution retenu prend en compte principalement les prévisions des dépenses des hôpitaux et cliniques privées et des économies prévisionnelles (404 M€).

Economies attendues - ONDAM hospitalier 2008

En M€

Objectifs	Montants attendus
ODMCO	292
- dont hôpitaux	166
- dont molécules onéreuses	109
- dont cliniques	17
MIGAC	36
ODAM	67
OQN	9
Total	404

Source : DSS et DHOS

Les économies ainsi retenues sur l'ODMCO consistent en une régulation sur le prix des médicaments onéreux financés en sus de la T2A (109 M€)⁷², le reste correspondant principalement à des économies de gestion attendues des établissements (dont 150 M€ au titre de la réorientation de l'activité de l'hospitalisation complète vers la chirurgie ambulatoire).

C – Les réalisations

1 – Les incertitudes affectant les réalisations

Dans la mesure où les réalisations de l'ONDAM sont appréhendées au moyen des comptes des régimes d'assurance maladie, elles comportent les provisions au titre des versements aux hôpitaux destinées à permettre le rattachement à l'année 2008 des sommes correspondant aux dernières semaines d'activité de l'année 2008 mais payées en 2009. Ces provisions sont calculées directement par les services du ministère de la santé.

La Cour, dans ses missions de certification des comptes du régime général, a cependant été conduite à émettre une réserve sur ces charges calculées (5,3 Md€ pour la branche maladie), en raison de la difficulté d'auditer le montant ainsi retenu⁷³.

En outre, comme on l'a vu déjà, la distinction des dépenses liées aux cliniques entre ce qui relève des objectifs régulés et le champ des dépenses non régulées s'avère à nouveau impossible en 2008, en dépit de

72. Il n'était en revanche pas prévu d'économie sur les dispositifs médicaux.

73. Cf. rapport public de certification des comptes du régime général de 2008.

l'actualisation du plan de comptes. Les montants en cause sont cependant limités.

Par ailleurs, le degré de réalisation des économies prévisionnelles (404 M€) n'est, pour l'essentiel, pas connu.

2 – Le dépassement de l'ONDAM hospitalier

Deux éléments devaient contribuer au respect de l'ONDAM hospitalier : la surévaluation de la base, mais également un gel pratiqué sur une partie des dépenses du FMESPP à hauteur de 100 M€.

Pour autant, l'ONDAM hospitalier pour 2008 a fait l'objet d'un dépassement à hauteur de 130 M€. Mais il ressort des données du PMSI⁷⁴ que le dépassement, dans le champ régulé est en fait de l'ordre de 226 M€, dont 170 M€ s'agissant de l'ODMCO et 67 M€ sur l'OQN. L'ODAM et les MIGAC connaissent en revanche des sous-réalisations limitées (-6 M€ et -5 M€).

ONDAM hospitalier 2008 – Réalisations

En M€

	Montants des objectifs	Réalisations	Ecart par rapport à l'objectif
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité :	48 835	48 999	164
- dont ODMCO	42 226	42 396	170
- dont MIGAC	6 609	6 603	- 6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé :	17 681	17 743	62
- dont ODAM	15 678	15 673	- 5
- dont OQN	2 002	2 070	67
ONDAM hospitalier champ régulé	66 516	66 742	226

Source : Cour des comptes, d'après données ATIH

La part du dépassement attribuable aux cliniques (111 M€, pour un montant total de prestations de 11,5 Md€) est, elle, quasiment égale à celle des hôpitaux (122 M€, pour un montant total de prestations de 55,2 Md€).

74. Ces données, établies par l'ATIH ne couvrent ni les dépenses non régulées, ni les dépenses du FMESPP.

D – Des sources potentielles d'économies

Les séjours et les soins, avec ou sans hébergement, dispensés par les hôpitaux et cliniques sont pris en charge sur le fondement du tarif du groupe homogène de séjour (GHS) applicable. Il en va notamment ainsi des hospitalisations de très courte durée correspondant à une activité de chirurgie ambulatoire.

En revanche, toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville, soit dans le cadre des consultations ou actes externes ne peut donner lieu à facturation d'un GHS, mais est rémunérée en application de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Le niveau de prise en charge par l'assurance maladie étant plus élevé dans le premier cas que dans le second, des critères ont été définis par un arrêté du 5 mars 2006, dit « arrêté » pour permettre d'apprécier le bien fondé d'une facturation des prises en charge de moins d'une journée. L'identification d'abus éventuels des établissements au regard de ces critères constitue l'un des objets du contrôle externe de la T2A.

En outre, un supplément tarifaire a été institué en 2007⁷⁵ sous la forme d'un forfait « sécurité et environnement » (SE), applicable à une liste d'actes définie par voie réglementaire. Ce supplément tarifaire compense l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier, pour des soins non suivis d'une hospitalisation.

Les mêmes actes sont ainsi susceptibles de donner lieu à trois niveaux de prise en charge différents (honoraires simples, honoraires majorés du forfait SE, rémunération d'un séjour d'hospitalisation⁷⁶), exposant ainsi l'assurance maladie à des facturations excessives.

Afin de réduire le risque de facturation induite, il conviendrait de définir précisément, sur la base d'un consensus médical à rechercher par la Haute autorité de santé (HAS), les seuls cas dans lesquels la prise en

75. Arrêté du 27 février 2007.

76. A titre d'exemple, le tarif du GHS concernant les endoscopies digestives diagnostiques sans anesthésie est de 241 € dans le secteur public et de 226 € dans le secteur privé (honoraires inclus). Le niveau de supplément SE applicable à ce type d'acte en 2008 est de 75,38 €.

charge de ces actes au titre d'un séjour ou de suppléments tarifaires est justifiée⁷⁷.

IV - La composante médico-sociale de l'ONDAM

Les deux sous-objectifs médico-sociaux (personnes âgées et handicapées) étant constitués des contributions des aux régimes d'assurance maladie aux dépenses encadrées par l'objectif global de dépenses (OGD⁷⁸), les réalisations en la matière sont nécessairement égales aux montants prévus⁷⁹.

C'est au regard de cet OGD que se manifestent des écarts par rapport aux montants programmés.

Objectif global de dépenses – prévisions et réalisations 2008

En Md€

	Personnes handicapées			Personnes âgées			Total		
	Prévu	Réalisé	Ecart	Prévu	Réalisé	Ecart	Prévu	Réalisé	Ecart
OGD	7,654	7,684	0,03	6,612	6,073	-0,539	14,266	13,757	-0,509
ONDAM médico-social	7,376	7,376		5,523	5,523	0	12,899	12,899	0
Apport financier CNSA	0,278	0,308	0,03	1,089	0,550	-0,539	1,367	0,858	-0,509

Source : CNSA

Il apparaît ainsi une sous-consommation globale de l'ordre de 509 M€, attribuable au secteur des personnes âgées, induisant un apport financier de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) moindre que prévu. Cette sous-consommation se concentre sur le secteur des personnes âgées (539 M€, soit plus de 8 % de l'objectif retenu).

Ce phénomène de sous-consommation n'est en soi pas nouveau et apparaît résulter de deux facteurs différents. Il s'agit, en premier lieu, du caractère tardif de l'utilisation des moyens prévus pour financer, notamment, les créations de places en établissement. De surcroît, en raison

77. Selon la DSS, des premiers travaux ont été engagés en ce sens.

78. L'OGD a pour objet d'encadrer les prestations d'assurance maladie versées aux établissements et services médico-sociaux au titre de la prise en charge des soins qui y sont délivrés. Le financement de ces dépenses se partage entre l'ONDAM médico-social et l'apport financier de la CNSA.

79. Voir RALFSS de 2008, pages 73 et suivantes.

de la déconnexion entre la base de référence⁸⁰ et les réalisations de l'exercice précédent, la sous-consommation affectant un exercice donné n'est pas prise en compte lors de la détermination de l'OGD pour l'année suivante.

De la sous-consommation de l'OGD, il découle la formation de réserves au sein de la CNSA, nées de la différence entre les produits qu'elle perçoit et le montant effectif d'apport financier lui incombant.

Il est à relever qu'en 2008, cette sous-consommation s'accroît, à nouveau, par rapport aux années précédentes : les sous-consommations constatées portaient sur 487,7 M€ en 2007, 289,7 M€ en 2006 et 142,7 M€ en 2005.

Cette situation contraste avec l'augmentation importante qu'a connue l'ONDAM médico-social ces dernières années : entre 2005 et 2008, alors que l'ONDAM voté dans son ensemble a augmenté de 12,7 %, cette augmentation a été de 17,4 % pour l'ONDAM médico-social.

Une réflexion sur ces sous-consommations et sur l'usage qui est fait des réserves de la CNSA est donc nécessaire.

Les ministères concernés ont demandé en ce sens un rapport conjoint à l'IGF et à l'IGAS. Il y aura lieu d'en tirer les conséquences sur le montant de l'ONDAM médico-social.

CONCLUSION

L'ONDAM pour 2008 a été fixé à un niveau qui se voulait plus réaliste que les années précédentes. Et, de fait, si cet objectif a été à nouveau dépassé, l'importance de ce dépassement a été moindre qu'en 2006 ou en 2007.

Le non respect de l'ONDAM demeure, pour l'essentiel, attribuable aux dépenses de soins de ville. S'il tient en partie à un effet de base, il s'explique encore par des économies attendues dont le chiffrage demeure trop volontariste.

L'ONDAM hospitalier a également été affecté par un léger dépassement, auquel le secteur des cliniques contribue, en valeur absolue, presque autant que celui des hôpitaux.

Une des singularités de l'ONDAM hospitalier tient au maintien en son sein de dépenses non régulées, ce qui apparaît contradictoire avec l'objet même de l'ONDAM.

80. Tout comme l'ONDAM, l'OGD est déterminé par application d'un taux d'évolution à une base de référence.

L'ONDAM médico-social consistant désormais en une contribution forfaitaire aux versements destinés aux établissements, les réalisations en la matière sont en soi peu significatives. Dans les faits, il reste un phénomène de sous-consommation qui va en s'accroissant s'agissant du secteur des personnes âgées, qui contraste avec l'augmentation des dépenses médico-sociales répondant à la montée de la dépendance. La persistance de ce phénomène devrait conduire à ajuster le montant de l'ONDAM médico-social aux besoins constatés.

RECOMMANDATIONS

6. Mieux expliciter, dans l'annexe sept au PLFSS, les opérations affectant le périmètre de l'ONDAM ou de ses composantes.

7. Extraire du champ de l'ONDAM les dépenses n'ayant pas vocation à être régulées.

8. Demander à la Haute autorité de santé (HAS) d'établir un référentiel définissant les cas dans lesquels la réalisation d'actes peu invasifs peut relever d'un séjour hospitalier ou justifier des suppléments tarifaires.

9. Procéder à une analyse approfondie des causes de la sous-consommation récurrente concernant le secteur des personnes âgées et ajuster en conséquence le montant de l'ONDAM médico-social.

Chapitre III

Les contrôles effectués sur l'Etat employeur

PRESENTATION

L'Etat employeur a versé en 2008 au régime général 5 331 M€ de cotisations maladie (auxquels s'ajoutent 699 M€ versés à la caisse nationale militaire de sécurité sociale), 15 M€ de cotisations invalidité, 2 925 M€ de cotisations famille et 507 M€ de cotisations vieillesse.

L'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit que la Cour des comptes contrôle les paiements des contributions sociales dont sont redevables les administrations centrales de l'Etat, les services déconcentrés étant contrôlés par les URSSAF et les CGSS et qu'il en est rendu compte dans le présent rapport.

Ainsi, après des contrôles transversaux portant sur les collaborateurs occasionnels de l'Etat et sur les avantages en nature, puis des contrôles visant le ministère de la justice et le ministère de l'agriculture et de la pêche, la Cour des comptes a examiné les prélèvements sociaux opérés par les ministères chargés de l'intérieur, des affaires étrangères, de la défense, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, de la santé, de l'équipement, du budget et de l'économie. La présente insertion rend compte de ces travaux, ainsi que de ceux des URSSAF.

I - Les contrôles effectués par les URSSAF sur les services déconcentrés

A – Les suites des contrôles menés par les URSSAF en 2007

L'essentiel des redressements prononcés en 2007 portaient sur les cotisations dues pour des vacataires, notamment membres de jurys de concours, gérants de tutelle et de curatelle ou membres de comités médicaux. Dans certains services, en particulier des DRASS et des DDASS, le régime de cotisations des fonctionnaires titulaires, plus favorable, était systématiquement appliqué aux non-titulaires.

Suite aux observations des URSSAF, le ministère chargé de la santé a pris des mesures pour régulariser la situation. Grâce à l'intégration des vacataires dans la procédure automatisée de paiement sans ordonnancement préalable par le Trésor public et à la diffusion d'instructions rappelant les règles applicables, les prélèvements sociaux devraient être correctement liquidés à partir du 1^{er} janvier 2009. En outre, le ministère chargé de la santé a versé en décembre 2008 une somme

représentant les cotisations restant dues pour 2008 au titre des vacataires employés par les services déconcentrés.

Les *indemnités pour frais de changement de résidence* avaient également donné lieu à des redressements en 2007. Le ministère chargé de la santé a engagé le dialogue avec l'ACOSS pour préciser les pièces justificatives exigibles. La Cour considère sur ce point que s'il se vérifie que les enjeux de redressement sont faibles, un dispositif allégé est admissible.

Enfin, en matière d'*avantages en nature*, les ministères chargés de la santé, du budget et de la fonction publique ont rappelé par une circulaire du 1^{er} juin 2007 les règles applicables. Il existait cependant un désaccord entre les URSSAF et les services de l'Etat sur les conditions dans lesquelles un logement de fonction pouvait être considéré comme attribué par nécessité absolue de service et bénéficier à ce titre d'un abattement pour le calcul des prélèvements sociaux. Par une lettre du 28 janvier 2009 adressée à l'ACOSS, le ministère chargé de la santé a clarifié les règles applicables. Ne peuvent bénéficier de l'abattement que les logements de fonction pour lesquels la nécessité absolue de service a été validée par le service des domaines. Cette règle n'est cependant applicable que pour les logements attribués à compter du 1^{er} janvier 2009.

B – Les contrôles menés par les URSSAF en 2008

Les URSSAF ont poursuivi et amplifié en 2008 le contrôle des services déconcentrés de l'Etat. 175 services déconcentrés (directions des affaires sanitaires et sociales, directions du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, directions de la jeunesse et des sports, centres régionaux d'éducation populaire et de sport, trésoreries générales, directions des services fiscaux) contre 80 en 2007 ont ainsi été examinés, mobilisant 590 « jours-inspecteurs. »

Le montant des redressements atteint est resté très faible au regard du nombre de services contrôlés (1,3 M€). Les règles relatives aux prélèvements sociaux sont donc globalement bien appliquées par les services déconcentrés de l'Etat.

Comme l'année précédente, une part importante des redressements (50 %) concerne l'application à des *personnels non titulaires* des taux de cotisation plus favorables des fonctionnaires titulaires. Dans 80 % des cas, ce motif de redressement s'est appliqué aux directions des affaires sanitaires et sociales. Il s'agit donc d'un problème résiduel, puisque ces services ont régularisé leur situation en fin 2008 et se sont organisés pour respecter la réglementation à partir du début 2009.

Une part plus modeste (19 % du total des redressements) concerne les *indemnités forfaitaires de déplacement* départemental, que l'administration a considérées comme représentatives de frais professionnels et exclues de l'assiette sociale à ce titre. Les URSSAF ont estimé que les pièces justificatives ne permettaient pas de vérifier que les conditions d'exonération étaient respectées. En particulier, aucun document n'établissait le nombre de déplacements réellement effectués. Les URSSAF ont réintégré dans l'assiette sociale la part des indemnités versées pendant les congés des agents bénéficiaires.

Les *avantages en nature* et les *dépenses d'action sociale* représentent des montants de redressement plus faibles (respectivement 5 % et 6 % du total).

II - Les contrôles menés par la Cour des comptes

Dans les ministères nouvellement contrôlés, la Cour des comptes a examiné les versements opérés pour les agents gérés par les administrations centrales, ce qui englobe la quasi-totalité des agents de services centraux mais aussi une part des agents affectés à l'étranger et certains agents affectés en services déconcentrés (comme les marins du commerce) ainsi que la totalité des militaires, soit environ 400 000 agents (titulaires ou non, permanents ou vacataires), dont 90 % relèvent du ministère de la défense.

A – Une réglementation globalement bien respectée

Globalement, l'administration respecte la réglementation relative aux prélèvements sociaux de manière satisfaisante. Les anomalies décelées représentent pour la plupart des ministères des montants limités, voire très limités lorsqu'elles sont rapportées au montant total des cotisations et contributions sociales versées par l'Etat. Toutefois, un petit nombre d'anomalies peuvent atteindre des montants significatifs.

Au total, les anomalies qui ont pu être chiffrées lors des contrôles réalisés en 2008-2009 représentent un montant annuel de 4,83 M€ de cotisations ou contributions sociales dues et non versées (calcul réalisé pour l'année 2007). Il est à noter cependant que certaines anomalies relevées, qui n'ont pu être chiffrées, pourraient représenter des enjeux plus importants, de l'ordre de plusieurs millions.

B – Les principaux types d'anomalies

1 – Eléments généraux

L'essentiel des anomalies correspond à un petit nombre de problèmes ponctuels. Parmi celles qui ont pu être chiffrées, les quatre anomalies principales (indemnités journalières d'absence temporaire des gendarmes, cotisations maladie des réservistes, indemnités d'établissement des agents affectés à l'étranger, indemnités de vivres des marins du commerce) représentent plus de 94 % du montant total.

Ces anomalies peuvent être classées en cinq catégories (voir tableau ci-dessous), selon que l'erreur concerne :

- la détermination des règles applicables à une catégorie d'agents ;
- les règles appliquées aux vacataires ;
- l'application des règles sur les indemnités représentatives de frais professionnels ;
- la non-prise en compte des avantages en nature ;
- l'application des règles sur les prestations d'action sociale.

Typologie des anomalies et montant des cotisations et contributions dues et non payées relevées lors des contrôles de la Cour des comptes (2007)

En K€

	Erreur sur régime applicable	Vacataires	Exonérations pour frais professionnels	Avantages en nature	Action sociale	Total	Pourcentage
Intérieur	0	Non chiffré	Non chiffré	Non chiffré	0	0	0,00%
Finances	ND	ND	342	58	ND	91	1,9%
Affaires étrangères	0	0,3	359	77	Non chiffré	436	9%
Défense	919	0	3 164	Non chiffré	0	4 083	84,6%
Education nationale enseignement supérieur recherche	0	0,7	7	Non chiffré	2	10	0,2%
Santé	0	46	5	Non chiffré	0,5	52	1,1%
Equipement	0	0	157	Non chiffré	0	157	3,2%
Total	919	47	4 034	135	3	5 138	100,00%
Pourcentage	18%	1%	78,5%	2,6%	0,1%		

Source : Cour des comptes

NB : La mention non chiffré signifie que des anomalies ont été relevées mais que leur montant n'a pu être évalué ; ND signifie non disponible.

2 – Anomalies dans la détermination des règles applicables à certaines catégories d'agents

Si l'administration emploie essentiellement des fonctionnaires titulaires, civils ou militaires, pour lesquels le régime de cotisation applicable est bien connu et maîtrisé, il existe des catégories d'agents dont le régime social est spécifique et pour lesquelles le risque d'anomalie est plus important.

Ainsi, aucune cotisation maladie n'est payée pour les *réservistes de l'armée de l'air*, alors même que les autres armées versent une cotisation patronale maladie de 9,7 %.

Le ministère de la défense s'est engagé à mettre en cohérence la pratique de l'ensemble des armées. A ce stade, il envisage d'étendre à tous les réservistes les règles appliquées aux réservistes de l'armée de l'air. Pourtant, aucune disposition législative ne prévoit l'exonération des cotisations patronales maladie. Au contraire, les travaux parlementaires relatifs au projet de loi sur la réserve militaire⁸¹ indiquent expressément que la solde des réservistes « *subit toutes les retenues appliquées à celle des militaires d'active* »⁸². Pour 2007, les cotisations dues à ce titre et non versées représentent 0,9 M€, soit 19 % du montant des anomalies chiffrées par la Cour des comptes.

3 – Anomalies dans les règles appliquées aux vacataires

Lorsque des *vacations* (par exemple, jurys de concours, formation ou participation à des commissions) sont effectuées par des fonctionnaires titulaires, la rémunération qui y est associée n'est pas assujettie aux cotisations sociales. En effet, seul le traitement des fonctionnaires est assujetti aux cotisations. Lorsque ces mêmes vacations sont effectuées par des non-titulaires, leur rémunération doit être soumise aux cotisations sociales selon les règles de droit commun. Le risque existe que l'administration applique à tort le régime propre aux fonctionnaires à des agents non-titulaires. Au niveau déconcentré, des redressements de l'ordre de 1 M€ en 2007 ont ainsi été réalisés pour ce motif.

Cependant, les administrations centrales contrôlées semblent bien maîtriser cette règle. Ce type d'anomalie n'a représenté pour l'année 2007

81. Projet qui a abouti à la loi n°99-894 du 22 octobre 1999 modifiée portant organisation de la réserve militaire et du service de la défense.

82. Rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le projet de loi portant organisation de la réserve militaire et du service de la défense.

que 47 000 €, soit 1 % du montant total des anomalies chiffrées par la Cour des comptes.

Outre les anomalies déjà signalées au ministère chargé de la santé (en cours de régularisation), les erreurs constatées dans d'autres ministères portent sur des cas marginaux avec un enjeu financier négligeable.

4 – Anomalies dans l'application de la réglementation sur les indemnités représentatives de frais professionnels

Les *indemnités représentatives de frais professionnels* constituent la principale exception au principe d'assujettissement des rémunérations aux prélèvements sociaux au sein de l'administration. Cependant, pour bénéficier de l'exonération, les charges indemnisées doivent présenter un caractère spécial inhérent à la fonction ou à l'emploi⁸³. En outre, ce type d'indemnité ne peut être exonéré qu'à hauteur des frais réels pouvant être justifiés (à moins qu'un texte ne déclare que cette indemnité est utilisée conformément à son objet).

Dans un certain nombre de cas, l'administration exonère de prélèvements des indemnités sans lien direct avec les frais réels justifiés par l'agent. Les contrôles menés par la Cour ont mis au jour des anomalies de ce type pour un montant total de 3,726 M€, soit 77 % du montant total des anomalies chiffrées.

La principale de ces anomalies concerne les gendarmes mobiles qui bénéficient, lorsqu'ils sont en déplacement sur réquisition, d'*indemnités journalières d'absence temporaire* (IJAT). Aucune retenue pour cotisation ou contribution sociale n'est appliquée sur ces indemnités. La justification de cette exonération n'a pas été apportée. En particulier, elle ne peut être fondée sur l'assimilation à une indemnité pour frais professionnels au titre du logement ou de la nourriture, dans la mesure où ceux-ci sont la plupart du temps fournis gratuitement aux gendarmes lors des périodes pour lesquelles ils perçoivent des IJAT. Ces indemnités s'élèvent à plus de 40 M€ par an. Elles devraient donner lieu au paiement de CSG et de CRDS pour plus de 3 M€.

83. Les règles relatives aux indemnités représentatives de frais professionnels sont précisées par l'arrêté du 20 décembre 2002 relatif aux frais professionnels déductibles pour le calcul des cotisations de sécurité sociale. L'article 1^{er} précise que « Les frais professionnels s'entendent des charges de caractère spécial inhérentes à la fonction ou à l'emploi du travailleur salarié ou assimilé que celui-ci supporte au titre de l'accomplissement de ses missions. »

Il est à noter que le ministère de l'intérieur verse également des IJAT sans appliquer de contributions sociales. Cette exonération n'a pas de fondement juridique. Toutefois, le montant des IJAT versées et le montant des contributions sociales dues et non versées n'a pu être évalué.

Les *indemnités d'établissement à l'étranger* correspondent à la compensation des frais engagés par les agents qui sont affectés à l'étranger au moment de leur installation. Toutefois, ces frais sont déjà couverts par d'autres dispositifs : ainsi, en vertu du décret n°86-416 du 12 mars 1986, ils perçoivent une indemnité compensant les frais de transport et de déménagement. Il n'y a donc pas de fondement réglementaire établi à l'exonération de CSG et CRDS appliquée sur les indemnités d'établissement. Un montant de 389 000 € est dû à ce titre pour 2007⁸⁴. L'application de paye à l'étranger doit être modifiée pour rectifier cette anomalie.

Les *indemnités de vivres en mer* versées aux marins du commerce employés par le ministère chargé de l'équipement sont exonérées d'impôts sur le revenu à hauteur de 60 % de leur montant. L'usage a été d'appliquer le même traitement pour les cotisations et contributions sociales pour l'ensemble des marins du commerce, y compris ceux qui relèvent du secteur privé. Pourtant, aucun texte ne fonde cette exonération des prélèvements sociaux. Si ces indemnités correspondent en partie à des frais professionnels, aucun justificatif n'est produit pour s'en assurer. Faute d'apporter ces justificatifs, les prélèvements sociaux doivent être appliqués. Environ 100 000 € auraient ainsi dû être versés en 2007 pour les marins du commerce gérés par l'administration centrale au titre de la CSG, de la CRDS, des cotisations famille et du FNAL.

Les *indemnités pour charges militaires* sont versées à l'ensemble des militaires, quel que soit leur ministère de rattachement. Or, si ces indemnités sont assujetties aux contributions sociales au ministère de la défense, elles ne le sont pas pour certains personnels militaires affectés au ministère chargé de l'équipement, sans qu'aucune différence de traitement ne vienne le justifier. Le montant de contributions sociales dues à ce titre et non versées en 2007 atteint environ 44 000 €. Le ministère chargé de l'équipement s'est engagé à résoudre cette anomalie.

Les ministères contrôlés versent par ailleurs une multitude d'*indemnités diverses* considérées comme représentatives de frais professionnels et exonérées à ce titre, pour des montants très modestes. Le ministère chargé de l'équipement a versé ainsi en 2007 une indemnité

84. Le ministère des affaires étrangères et européennes est principalement concerné, à hauteur de près de 346 000 €. D'autres ministères versent de telles indemnités pour des montants plus limités, notamment le ministère des finances.

d'habillement et de chaussures, une indemnité d'entretien de bicyclette et une indemnité pour uniforme. Aucune justification de l'exonération n'a été apportée mais le montant de contributions sociales en jeu est négligeable (de l'ordre de 100 €). Le ministère de la défense verse pour sa part, sans leur appliquer de prélèvements sociaux, de très nombreuses indemnités⁸⁵, dont le lien direct avec les frais exposés par l'agent n'a pas toujours pu être établi. Enfin, les membres du gouvernement perçoivent des indemnités de fonction, qui, jusqu'à présent, étaient exclues à tort de l'assiette sociale. Cependant, le Premier ministre a donné, le 26 mai 2009, instruction d'assujettir ces indemnités, mettant ainsi fin à l'anomalie.

5 – Non prise en compte des avantages en nature

Le montant des avantages en nature soustraits à l'assiette sociale relevé par la Cour des comptes à l'occasion des contrôles menés en 2008 et 2009 n'atteindrait que 135 000 €, soit moins de 3 % des anomalies chiffrées. Il s'agit d'un chiffre partiel car les administrations contrôlées ont exclu de l'assiette sociale de nombreux avantages en nature qu'il a été impossible de chiffrer.

Ainsi, la *réduction SNCF* dont bénéficient les militaires a représenté en 2008 un coût de plus de 192 M€ pour le ministère de la défense. Ce montant recouvre à la fois des trajets professionnels, qui correspondent à des frais professionnels non assujettis aux prélèvements sociaux, et des trajets privés, pour lesquels la réduction financée par l'Etat constitue un avantage en nature qui aurait dû donner lieu à paiement de contributions sociales. Le ministère de la défense ne possède aucune donnée sur la répartition de la réduction SNCF entre trajets professionnels et trajets privés. Il est donc impossible de déterminer le montant qui aurait dû être payé aux URSSAF par les bénéficiaires, sinon qu'il est compris entre 0 et 14,9 M€.

Par ailleurs, l'application de paye utilisée pour rémunérer les gendarmes et l'armée de terre, soit plus de 200 000 personnes, ne permet pas d'appliquer la CSG et la CRDS aux avantages en nature, alors même que l'ensemble de ces agents bénéficient de tels avantages (réduction SNCF des militaires, logements de fonction des gendarmes⁸⁶).

85. Elles sont notamment liées à l'achat d'équipements ou de vêtements : indemnité d'habillement, indemnité d'achats de sous-vêtements (personnel féminin), indemnité de changement d'uniforme, etc.

86. Un contrôle réalisé par la Cour des comptes en 2006 avait évalué à 2 M€ par an le montant de CSG et de CRDS dû au titre des logements de fonction des gendarmes.

Les *avantages en nature à l'étranger* ne sont pas intégrés non plus dans l'assiette sociale. Les sommes dues à ce titre concernent principalement les agents du ministère des affaires étrangères et européennes. Ce ministère a évalué à 77 000 € environ le montant de CSG et de CRDS dû au titre des logements de fonction attribués dans une dizaine de pays. Ce chiffre ne prend cependant pas en compte les résidences des ambassadeurs. Le montant réellement dû est donc plus élevé mais n'a pas encore été évalué. Certains agents des missions économiques du ministère chargé de l'économie bénéficient également de logements de fonction et sont pour leur part redevables de 58 000 € à ce titre pour l'année 2007, selon le ministère chargé de l'économie.

Concernant les administrations centrales proprement dites, aucun ministère ne prend en compte les *logements de fonction* des ministres dans l'assiette sociale⁸⁷. Par ailleurs, le ministère des affaires étrangères et européennes, le ministère de la défense, le ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire (MEEDDAT), le ministère chargé de la santé attribuent des logements de fonction à certains agents d'administration centrale, sans les intégrer dans l'assiette sociale. Le MEEDDAT et le ministère chargé de la santé ont cependant manifesté l'intention de régulariser cette situation.

6 – Anomalies dans l'application de la réglementation sur les prestations d'action sociale

Aucun des ministères contrôlés ne verse de cotisations ni de contributions sociales sur les *prestations d'action sociale*, en vertu d'une circulaire n° 1931 du 15 juin 1998 qui prévoit que « les prestations d'action sociale sont affranchies des cotisations sociales, notamment des cotisations versées aux URSSAF, de la contribution sociale généralisée et de la contribution exceptionnelle de solidarité ».

Cependant, au-delà de cette circulaire, cette exonération générale n'a pas de fondement réglementaire. Elle n'est pas conforme aux règles appliquées dans le secteur privé, au sein duquel seules certaines prestations d'action sociale, comme les dépenses de secours, sont exonérées. La direction de la sécurité sociale s'est cependant engagée à revoir les règles appliquées au sein de l'Etat.

87. En revanche, on l'a vu, leurs indemnités représentatives de frais devraient être prochainement soumises à cotisations.

III - Les actions à mener

L'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale ne donne aucun pouvoir à la Cour des comptes en matière de redressements alors que les URSSAF, pour leur part, n'ont pas compétence pour contrôler les administrations centrales. Il en résulte qu'aucun redressement ne peut être prononcé lorsque la Cour des comptes décèle des anomalies dans l'application des prélèvements sociaux au niveau central.

Toutefois, les administrations centrales se sont engagées à corriger certaines anomalies pour l'avenir. Les travaux menés au sein des différents ministères, notamment celui de la défense, feront l'objet d'un examen vigilant de la part de la Cour, que ce soit dans le cadre de la certification des comptes de l'Etat ou dans celui des contrôles qu'elle réalisera sur les administrations centrales. La Cour des comptes continuera en outre de rendre compte des contrôles réalisés au niveau déconcentré par les URSSAF, afin de vérifier la bonne application des orientations nationales et le bon avancement des actions utiles.

A – Le renforcement de l'automatisation de la paye serait de nature à améliorer le respect des règles

En proportion des montants versés, les rémunérations gérées de façon semi-automatisée par les applications de paye du Trésor public (PAY et ETR) comportent moins d'anomalies et sont plus faciles à contrôler que les rémunérations gérées manuellement. Ce mode de paiement couvre déjà de l'ordre de 95 % des rémunérations civiles. L'administration mène de nombreux projets pour étendre encore ce périmètre comme l'intégration dans PAY des vacances et indemnités de jury ou d'enseignement aux ministères chargés de la santé, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Cette extension est positive du point de vue du respect des règles sociales.

Cependant, il existe des risques résiduels pour les rémunérations versées au moyen de ces applications. Deux risques peuvent être réduits : la liste des indemnités auxquelles aucune contribution n'est appliquée doit être réexaminée (travail que l'administration a engagé dans le cadre de la mise en place d'un opérateur national de paye) ; la rémunération des vacataires doit faire l'objet de contrôles semi-automatiques pour s'assurer que le régime de cotisation des titulaires ne leur est pas appliqué. En revanche la maîtrise du risque de non-prise en compte des avantages en nature continue de reposer sur les gestionnaires.

B – D’importants travaux restent à faire par le ministère de la défense

La Cour estime que des actions spécifiques doivent être engagées au ministère de la défense, dont les principales sont les suivantes.

Une vingtaine d’indemnités versées aux militaires sont considérées comme représentatives de frais et sont exclues de l’assiette des prélèvements sociaux à ce titre. Leur montant ne résulte pas, le plus souvent, d’une appréciation rigoureuse de la réalité des frais exposés par l’agent. C’est notamment le cas pour la réduction SNCF financée par l’Etat, qui s’étend aussi aux trajets privés. Le fondement de ces exonérations devrait donc être systématiquement réexaminé en lien avec les ministères chargés de la santé, du budget et de la fonction publique. Les administrations concernées ont fait part de leur volonté de mettre en œuvre cette recommandation.

Les logements de fonction des gendarmes doivent être intégrés dans l’assiette sociale. Ce problème concerne le ministère de l’intérieur, auquel les gendarmes sont désormais rattachés, comme le ministère de la défense, qui est prestataire pour le paiement de leurs rémunérations.

Les dispositifs de rémunération de l’armée de terre doivent permettre d’intégrer les avantages en nature à l’assiette sociale et de délivrer des informations exploitables sur les cotisations patronales.

A terme, l’intégration des militaires dans l’opérateur national de paye (ONP) permettrait de résoudre les anomalies évoquées ci-dessus et de faciliter le contrôle.

—SYNTHESE—

Si les contrôles de la Cour des comptes et des URSSAF permettent de penser que l’Etat applique globalement la réglementation en matière de prélèvements sociaux de façon correcte, des lacunes significatives subsistent, au ministère de la défense. Les risques afférents à l’assiette et au recouvrement des prélèvements sociaux sont limités. Pour la grande majorité des cas, les irrégularités constatées trouvent leur origine non pas dans une défaillance des systèmes de contrôle interne, mais dans l’interprétation de la réglementation donnée par l’administration, dont le contrôle relève de la Cour.

RECOMMANDATION

10. Assujettir les indemnités qui échappent à tort aux prélèvements sociaux, en particulier les indemnités journalières d'absence temporaire (IJAT) et les indemnités d'établissement à l'étranger.

Chapitre IV

Le réseau d'alerte

PRESENTATION

En application de l'article LO 132-3 du code des juridictions financières, la Cour présente chaque année, dans le présent rapport, une synthèse des contrôles des organismes de sécurité sociale. Depuis 2008, ceux-ci sont réalisés dans un cadre rénové suite à la suppression des comités régionaux d'examen des comptes (COREC) et grâce à la montée en charge du réseau d'alerte.

Avec l'assistance des caisses nationales et des administrations de tutelle, la Cour a mis en place une procédure de traitement d'une dizaine d'indicateurs par branche qui rendent compte de la diversité des domaines de gestion des organismes et permettent de cibler les contrôles sur les situations les plus problématiques.

Dans le cadre du réseau d'alerte, les efforts ont été concentrés en 2008 sur les branches maladie, recouvrement et famille du régime général ainsi que sur les caisses de la mutualité sociale agricole qui connaissent ou vont connaître d'importantes restructurations. Avec l'appui des auditeurs de la direction générale des finances publiques, de la direction de la sécurité sociale et des services de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole, la Cour a ainsi contrôlé cinq CPAM, quatre CAF, quatre URSSAF et cinq caisses ou fédérations de MSA, soit 18 organismes. Il est rendu compte ci-après de ces différents travaux ainsi que d'une analyse de la situation des CGSS⁸⁸, sous l'angle de leur pilotage par les caisses nationales.

I - Les contrôles dans le cadre du réseau d'alerte

A – L'évolution des réseaux

1 – L'évolution quantitative

Il y avait fin 2008 733 organismes de sécurité sociale contre 1 077 en 1998. La diminution tient essentiellement à la refonte des régimes des mines et des industries électriques et gazières, à la mise en place du régime social des indépendants et à l'engagement de la refonte du régime agricole. Le tableau de la page suivante retrace les évolutions quantitatives qui ont affecté l'ensemble des organismes de sécurité sociale entre 2007 et 2008.

88. Caisses générales de sécurité sociale.

Les organismes de sécurité sociale en 2009

		Organismes de sécurité sociale		Organismes de regroupement		Organismes conventionnés	
		Fin 2007	Fin 2008	Fin 2007	Fin 2008	Fin 2007	Fin 2008
Régime général	UCANSS	1	1				
	Têtes de réseau	4	4				
	CRAM et CRAV	18	18				
	CPAM	128	128				
	CAF	123	123				
	URSSAF	101	98				
	Unions et fédérations			98	98		
	CGSS et assimilées	6	6				
	SLI-SLM-Mutuelles					37	37
	Sous-total	381	378	98	98	37	37
Autres réseaux	Têtes de réseau	3	3				
	Organismes MSA	50	38	41	41	1	1
	Caisses du RSI	30	30			118	58
	Caisses des mines	7	7				
	URCAM			22	22		
	Sous-total	90	78	63	63	119	59
Autres	CAMIEG	1	1				
	CNIEG	1	1				
	Autres régimes spéciaux	18	18				
Total général		Fin 2007 : 808		Fin 2008 : 733			

Source : DSS, CNAMTS, CNAF, CNAVTS, ACOSS, retraitement Cour.

Hormis le réseau MSA, qui évolue désormais rapidement et, dans une moindre mesure, celui des URSSAF, le tableau semble montrer un certain immobilisme. En réalité, d'importantes évolutions sont, selon les cas, en œuvre, en cours de mise en œuvre ou en préparation dans les autres branches du régime général.

On ne saurait, pour ce dernier, sous-estimer la difficulté de l'opération, qui doit s'inscrire dans les dispositions du protocole d'accord de septembre 2006, lequel prévoit qu'une mobilité liée à la réorganisation structurelle de plusieurs organismes pouvant conduire à la création d'une nouvelle entité juridique, ne peut se faire que sur la base du volontariat (éventuellement aidé financièrement). Il s'ensuit que la réorganisation impliquant la fermeture de sites ne peut être que progressive.

a) Les URSSAF

Si les premières fusions d'URSSAF datent déjà de quelques années, l'ACOSS a depuis quatre ans comme objectif d'arriver fin 2009 à une union par département, sauf là où d'ores et déjà existent des unions supra-départementales. Une série d'arrêtés pris tout au long de l'année 2008 a organisé la fusion de neuf unions pour n'en former plus que quatre au 1^{er} janvier 2009⁸⁹. Au 1^{er} juin 2010, le réseau des URSSAF ne comptera plus effectivement que 89 organismes⁹⁰.

b) Les CPAM

Tardivement, mais avec vigueur, l'assurance maladie s'est engagée dans le regroupement de ses caisses. L'objectif est une départementalisation, sous réserve de trois exceptions⁹¹. Le nombre d'organismes métropolitains passerait ainsi de 128 à 102.

Seules quelques décisions ont été publiées en 2008, mais la mise en œuvre de l'ensemble des fusions a été fixée au 1^{er} janvier 2010, ce qui coïncidera avec la fin de l'actuelle convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche maladie et des mandats des représentants aux conseils des organismes locaux.

c) Les CAF

Le réseau des CAF n'a encore connu aucune modification. L'objectif de la caisse nationale est de parvenir à une CAF par département au 31 décembre 2011, afin que le réseau dispose dans chaque département d'un interlocuteur unique face au conseil général, responsable des politiques d'action sociale.

L'opération, qui va concerner 14 départements et devrait réduire le nombre d'organismes à 101, DOM compris, fera de la CAF du Nord la plus importante de France.

La principale difficulté matérielle est la fusion des fichiers. Afin de favoriser les rapprochements entre organismes, des instances de coordination ont été mises en place dans 12 départements sur 14. Par ailleurs, le réseau développe déjà, mais de façon inégale, des actions de

89. Il faut ajouter la fusion de l'URSSAF de Lozère au sein de la caisse commune de sécurité sociale de la Lozère (observation qui vaut aussi pour la CPAM et la CAF).

90. Auxquels il faut ajouter la caisse maritime d'allocations familiales (CMAF) qui, malgré son nom, perçoit aussi des cotisations.

91. Les départements du Nord, du Pas-de-Calais et de la Seine-Maritime.

mutualisation dans des domaines variés : fonction contrôle, achats, gestion de la paie, gestion électronique des documents...

d) Les caisses de MSA

Engagée depuis la décision de principe de l'assemblée générale de la MSA de juillet 2001, la réorganisation du réseau des caisses de MSA se poursuit depuis 2002, non sans à-coups et difficultés.

La CCMSA a imaginé un processus de fusion lente, consistant à créer en premier lieu des associations de caisses ou, cas plus fréquent, des fédérations, qui reviennent en pratique à avoir une direction commune, cependant que les caisses constitutives continuent d'exister. L'étape suivante est l'intégration, où la fédération devient l'employeur unique et gère un fichier unique des bénéficiaires et cotisants. L'étape ultime est la fusion, par fusion-absorption des caisses constitutives par la fédération qui, de ce fait, devient caisse pluri-départementale.

Sur les six caisses départementales, quatre sont appelées à fusionner avant le 1^{er} avril 2010. Il ne restera alors que 35 organismes contre 88 en 2001. Au 1^{er} janvier 2009, la situation était la suivante :

L'organisation du réseau agricole au 1^{er} janvier 2009

	Nombre d'organismes	Nombre de départements
Associations simples	2	4
Fédérations non intégrées	2	4
Fédérations intégrées	17	44
Caisses pluri-départementales	10	28
Caisses départementales	6	6
Caisses régionales anciennes*	2	10
Total organismes	39	96

Source : CCMSA et DSS, retraitement Cour

*Il s'agit en fait de caisses qui n'ont jamais été départementales, à savoir la Corse et l'Ile de France

Dans les quatre réseaux, les regroupements d'organismes infra-départementaux (ou d'organismes départementaux dans le cas du réseau MSA) sont la démarche préalable indispensable à une amélioration de la productivité et de la qualité des travaux. Mais en eux-mêmes, ils ne sauraient suffire. En effet, du point de vue de la production, l'important réside dans la spécialisation des sites, éventuellement leur diminution, de façon à atteindre le niveau de qualité approprié au moindre coût.

En tout état de cause, les regroupements d'organismes infra-départementaux ne résolvent en rien les difficultés, partout constatées, des

organismes départementaux ou même pluri-départementaux (à la MSA) trop petits pour être performants.

2 – L'évolution des performances globales des réseaux

Les travaux réalisés en 2008 s'appuient sur le traitement des données 2006 qui font l'objet d'une actualisation lors des contrôles sur place, afin d'éviter un trop grand décalage entre les constats initiaux et la réalité de la situation des organismes.

Ces dernières années, ce décalage permettait d'observer certaines améliorations, parfois même un redressement sensible des résultats des organismes. Ce constat est demeuré globalement exact en 2008 pour les réseaux maladie et agricole. Il doit être plus nuancé, pour des raisons conjoncturelles, pour le recouvrement et, plus encore, la famille.

Le tableau de la page suivante permet, pour une série d'indicateurs, non pas identiques, mais d'inspiration proche, de constater les évolutions intervenues dans les années récentes.

Pour mieux comprendre le tableau

Le titre de la plupart des indicateurs se suffit à lui-même. Toutefois, il faut préciser :

- pour toutes les branches et régimes, que l'absentéisme maladie est calculé sans prise en compte de la maternité et que les coûts unitaires (bénéficiaire actif pondéré des CPAM, coût global pondéré des CAF, etc.) sont exprimés en euros courants et correspondent à la division de l'ensemble des charges administratives par le nombre total des bénéficiaires ou cotisants, lui-même pondéré pour tenir compte des différences de structures entre caisses ;

- pour la branche maladie, le taux de réussite globale du CPG est un indicateur comparant une série de résultats avec les différents objectifs contenus dans le contrat pluriannuel de gestion. La productivité du pôle production (c'est-à-dire hors services administratifs généraux) est exprimée en nombre de décomptes effectués en une année par un agent affecté à la production.

- pour la branche famille, l'indice de qualité de service est un indicateur mixte qui mêle les délais de traitement des dossiers, d'attente au téléphone et d'attente à l'accueil. Le taux de couverture du référentiel de maîtrise des risques est le pourcentage de procédures à risques couvert par des processus formalisés.

- pour la branche recouvrement, le coefficient de performance locale est de même nature que le taux de réussite globale de la branche maladie. La conformité de la répartition est expliquée plus loin.

Les principaux indicateurs d'alerte

CPAM	Taux réussite global CPG	Taux de rejet des dossiers à rembourser	Productivité du pôle production	Coût du bénéficiaire actif pondéré	Absentéisme maladie	Part des génériques remboursés
2004	78,9%	2,4%		64,75 €	6,16%	61,7%
2005	77,4%	2,8%	33 652	67,43 €	6,17%	58,%
2006	76,2%	3%	35 162	64,22 €	6,44%	70%
2007	73,6%	2,9%	37 733	63,04 €	6,32%	81,8%

CAF	Indice qualité de service	Tx couverture référentiel maîtrise des risques	Solde de pièces à traiter (j de prod°)	Coût global pondéré	Absentéisme maladie	Taux d'indus/ prestations versées
2004	93,8	-	3,0 jrs	-	-	2,8 %
2005	93,6	86,7%	3,2 jrs	97,28 €	4,90%	3,2%
2006	92,7	90,1%	3,2 jrs	98,02 €	4,68%	3,1%
2007	90,8	94,1%	4,0 jrs	98,09 €	4,71%	3,8%

URSSAF	Coefficient performance locale	Taux de couverture dispositif de contrôle int.	Taux de restes à recouvrer à 15 mois	Coût unit. compte actif	Absentéisme maladie	Conformité répartition
2005	82,2 %			128,58 €	4,53%	
2006	86,2 %	42,9%	0,89 %	126,80 €	4,49%	99,46 %
2007	86,6 %	51,8 %	0,81 %	127,70 €	4,47%	99,73 %

CMSA	Taux d'encaissement prestations indues à recouvrer	Taux de couverture du référentiel Contrôle interne	Taux de restes à recouvrer	Coût net de gestion	Absentéisme maladie	Taux d'erreur sur prestations familiales
2005	74,%	82,7%	4,40%	127,49 €	4,02%	-
2006	76,7%	82,5%	3,36%	129,63 €	3,65%	6,1%
2007	-	91,8%	3,41%	128,71 €	3,54%	7,5%

Source : Caisses nationales, retraitements Cour.

a) Des améliorations nettes, mais fragiles, en matière de productivité et de maîtrise des coûts

L'évolution la plus marquée est l'augmentation de la productivité mesurée par les indicateurs de la COG. Celle des pôles de production de la branche maladie a progressé de 12 % entre 2005 et 2007.

Cette progression s'accompagne d'une meilleure maîtrise des coûts. En effet, depuis 2005, les coûts de gestion unitaires (par allocataire, par bénéficiaire, etc. selon les branches), exprimés en euros courants, stagnent ou diminuent, (6,5 % entre 2005 et 2007 dans la branche maladie), alors même que les salaires augmentent et que le nombre des bénéficiaires évolue peu. Exprimés en euros constants, ces coûts unitaires moyens diminueraient dans toutes les branches.

Les projets de mutualisation et de fusion en cours dans les différents réseaux devraient permettre à terme de nouveaux gains de productivité sur les missions les plus simples et les mieux maîtrisées par les agents.

Cependant, à l'avenir, les marges seront sans doute plus difficiles à trouver. En outre, s'engage une période où, au fort renouvellement des effectifs (départs en retraite des agents nés lors du « baby-boom »), s'ajoutent la réforme des structures, la modernisation voire le renouvellement des dispositifs informatiques et un contexte juridique évolutif. Une gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences s'impose donc (voir infra).

b) Une exigence accrue des caisses nationales en matière de contrôle

Dans certains cas, la légère détérioration des indicateurs n'est en réalité qu'apparente et résulte d'une exigence légitimement accrue de la part des têtes de réseau, en application de la convention d'objectifs et de gestion.

Certes, les indicateurs de couverture des référentiels de contrôle interne, purement déclaratifs, sont en nette amélioration (de 8,4 % à 20 % selon les branches). Mais, dans le même temps, ils s'accompagnent dans les réseaux famille et agricole d'une augmentation de plus de 20 % des taux d'erreurs détectées dans le cadre de la maîtrise des risques. Ces résultats, qui pourraient être perçus comme un défaut de qualité dans la liquidation des dossiers, témoignent également d'un ciblage plus fin des contrôles opérés. Le taux de rejet automatisé des feuilles de soins erronées présentées au remboursement (dit « iris ») de la branche maladie, qui augmente de plus de 18 % entre 2004 et 2007, répond aux mêmes principes, la liste des contrôles bloquants avant paiement qui

aboutit à cet indicateur ayant été fortement étoffée par la caisse nationale, afin d'améliorer la qualité de la liquidation.

c) L'exemple de la gestion du risque dans la branche maladie

Dans le même ordre d'idées, il y a lieu d'interpréter avec prudence la dégradation du taux global de réussite, qui résulte de l'addition d'indicateurs relatifs à la maîtrise des dépenses de santé (ou gestion du risque), à la qualité de service et au pilotage et management et qui sert au calcul de l'intéressement des personnels en fonction du taux de réalisation des objectifs des contrats pluriannuels de gestion. En effet, les exigences en matière de résultats attendus ont évolué dans le temps. A titre d'exemple, la mission gestion du risque était déclinée en neuf indicateurs en 2004 contre douze en 2007. Dans ce domaine, les organismes ont produit d'importants efforts depuis 2004, en partie relayés par des mesures législatives et conventionnelles. En quatre ans, le taux de dispensation des génériques a augmenté de 20 % pour atteindre 81,75 %. La consommation des antibiotiques a été réduite de plus de 10 % sur la même période grâce à l'action sur leur bon usage. Sur d'autres axes en revanche, comme les règles de prescriptions en cas d'ALD, des marges de progrès encore très fortes demeurent.

Les marges de progression de certains indicateurs sont désormais réduites, ce qui pèse sur le calcul de l'intéressement (fondé sur le taux d'évolution des indicateurs) et explique qu'en 2007, seules 2 % des CPAM ont obtenu un score égal ou supérieur à 80 % alors qu'elles sont 92 % à y être parvenues dans les domaines du pilotage et du management.

d) Des difficultés momentanées dans les branches recouvrement et famille

L'activité de recouvrement a été affectée par la mise en place, à compter du 1^{er} janvier 2008, de l'interlocuteur social unique (ISU)⁹² qui gère l'ensemble des cotisations et contributions sociales du nouveau régime social des indépendants (RSI). Les difficultés du projet -et notamment le rapprochement des systèmes d'information qui constituait une condition préalable à la mise en place de l'ISU- avaient à l'évidence été sous-estimées. Des problèmes techniques sont apparus, un grand

92. Décret du 3 mai 2007 relatif à la mise en place d'un interlocuteur social unique pour les indépendants, réformant les modalités de recouvrement de leurs cotisations et contributions sociales et modifiant le code de la sécurité sociale.

nombre d'anomalies⁹³ ont été générées, dont le traitement a nécessité une mobilisation importante des URSSAF en 2008 et 2009 et compliqué les relations avec les cotisants⁹⁴.

Même si la plupart des difficultés ont été résolues, des masses de crédits à affecter encombrant toujours les comptes des URSSAF⁹⁵. Par ailleurs, le coût des heures supplémentaires nécessaires au traitement des difficultés a pesé sur leurs résultats en 2008 et pèsera encore en 2009.

Les difficultés de la branche famille sont tout autres. La branche avait, depuis quelques années, produit des efforts importants pour améliorer la qualité du service rendu aux allocataires en réduisant les délais de traitement des dossiers et les temps d'attente à l'accueil physique et téléphonique. Les contrôles réalisés ont permis d'établir que ces résultats se dégradaient déjà dès l'automne 2007.

En 2008, même si le socle d'engagement a été globalement atteint, les travaux réalisés par la Cour sur l'accueil au sein de la branche famille ⁹⁶ montrent que les résultats restaient fragiles. Il est juste cependant d'observer qu'un important chantier conduisant à la mise en place du répertoire national des bénéficiaires a accru sensiblement la charge de travail.

Ces difficultés semblent se confirmer sur les premiers mois de l'exercice 2009. La conjonction de chantiers administratifs et législatifs ou réglementaires a créé des problèmes dont certains étaient prévisibles, mais avaient peut-être été sous-estimés.

Ces difficultés conjoncturelles ne doivent toutefois pas masquer les efforts produits par les organismes.

B – Les enseignements des contrôles réalisés dans le cadre du réseau d'alerte

Les 18 contrôles effectués en 2008 ont porté sur quatre réseaux : le recouvrement, la maladie, la famille et la mutualité sociale agricole. On

93. Par exemple, des assurés pour lesquels aucune correspondance n'a été trouvée entre le RSI et les URSSAF.

94. Cf. Rapport de certification des comptes du régime général 2008, chapitre I, point III G, p. 40-41.

95. Ibidem, point III M, p. 42-43.

96. Voir chapitre XIII – L'accueil et l'accompagnement des usagers dans la branche famille, p. 361.

trouvera ci-après une synthèse, réseau par réseau, ainsi que des enseignements de portée générale.

La sélection des organismes à contrôler

En liaison avec les administrations de tutelle et les caisses nationales, la Cour choisit dans chaque branche une dizaine d'indicateurs dits « d'alerte » qui couvrent l'ensemble de la gestion des organismes.

Les organismes sont ensuite classés, indicateur par indicateur, en fonction de leur résultat. L'addition des rangs de classement obtenus par chaque organisme permet d'arrêter un classement général. Pour qu'un organisme soit retenu, il faut qu'il figure en queue de classement pour au moins deux indicateurs et/ou qu'il ait un classement général très médiocre.

Les contrôles du réseau d'alerte durent généralement une semaine, et sont effectués par une équipe de deux, parfois trois auditeurs, exceptionnellement plus. Ils ne peuvent donc pas être exhaustifs. La clé d'entrée est constituée par les indicateurs dégradés, dont il faut d'abord vérifier la permanence et ensuite expliquer les causes, notamment si la dégradation se prolonge.

1 – La branche maladie

Le réseau d'alerte a contrôlé, en 2008, quatre caisses infra départementales (Lens, Dunkerque, Boulogne et Thionville) et une caisse départementale (Nîmes), soit cinq organismes.

a) Le « taux de réussite global »

L'indicateur le plus fréquemment défavorable est le « taux de réussite global » du contrat pluriannuel de gestion, déclinaison locale de la convention d'objectifs et de gestion. Ce taux, combinaison de 27 indicateurs, sert au calcul de l'intéressement, qui abonde les rémunérations des agents.

Certains de ces indicateurs sont difficiles à améliorer, ce qui peut conduire à leur manipulation. C'est le cas par exemple du délai de traitement des premières indemnités journalières versées directement aux assurés. Même si les caisses engagent parfois des plans d'actions coûteux en ressources humaines vis-à-vis des employeurs insuffisamment diligents, les résultats en sont rarement améliorés. Certains recourent alors à des mesures de contournement. Par exemple, lors de la réception de l'arrêt maladie, le paiement enregistré ne correspondant pas au montant dû mais à un montant inférieur (dans certains cas d'un euro seulement) ce qui crée bien souvent l'incompréhension de l'assuré et impose ensuite une deuxième liquidation.

Cet exemple témoigne de la nécessité pour les caisses nationales de rester vigilantes sur la composition des indicateurs et leurs éventuels effets pervers. L'objectif d'un premier paiement rapide des IJ est pleinement justifié, mais il est tout aussi évident que les moyens d'atteindre cet objectif sont insuffisants en l'état du droit.

b) L'absentéisme

Un deuxième motif de contrôle a souvent été l'importance relative de l'absentéisme. Si, à la CPAM de Nîmes, il semble résulter d'habitudes bien installées qui n'avaient pourtant pas conduit le précédent directeur à mettre en place une politique de maîtrise de l'absentéisme, il en va tout autrement à la CPAM de Boulogne sur Mer, où le contrôle a mis en évidence des dysfonctionnements inquiétants : déroulements de carrière atypiques, recrutement non-professionnel du personnel, révision à la baisse des missions d'un salarié protégé sans respect des procédures légales, faits de harcèlement moral établis par des décisions de justice... La conjonction de ces éléments a contribué à l'accumulation des absences de longue durée. Heureusement singulière, sans doute unique, cette situation soulève une série d'interrogations signalées plus loin quant à la durée du mandat des directeurs d'organismes et au contrôle de leur activité. Car la question n'est pas tant que ces faits se soient produits, mais qu'ils se soient renouvelés sans que la tête de réseau et la tutelle administrative aient agi ou pu agir pour y mettre fin.

c) Les mutualisations : intérêt et difficultés

Les audits réalisés en 2008 confirment que si les fusions ne sont pas encore actées et rencontrent parfois de fortes oppositions, la mutualisation de certaines activités est en marche et laisse entrevoir des gains réels d'efficacité et d'efficience. Le regroupement de la gestion des rentes d'invalidité, des rentes d'accidents du travail ou du traitement des taux de rejet IRIS a ainsi permis dans certains des organismes audités d'améliorer sensiblement la productivité et les résultats. C'est notamment le cas en Moselle.

Il est vrai que, pratiquée par des caisses infra-départementales destinées à fusionner, cette démarche n'est que la première étape d'une spécialisation des sites au sein d'un organisme unique. Les inconvénients relevés au paragraphe précédent sont donc appelés à disparaître. Mais ils laissent ouverte la question, plus générale, du nombre optimal de sites de production, généralistes ou spécialisés.

2 – La branche famille

Le réseau d'alerte a contrôlé en 2008, dans la branche famille, trois caisses départementales (Aurillac, Cergy, Orléans) et une caisse infra-départementale (Montbéliard), soit en tout quatre organismes. Ils ont été choisis à cause de leurs résultats, mais aussi en raison de leur typologie, puisque ont été contrôlés aussi bien l'une des plus petites caisses de France (Montbéliard) que l'un des organismes les plus importants (et le moins performant) : la CAF de Cergy.

a) La maîtrise des risques et le contrôle interne

L'indicateur qui a les plus mauvais résultats relatifs est le taux de couverture du référentiel de maîtrise des risques, c'est-à-dire l'ensemble des dispositifs censés éviter, ou du moins réduire, les erreurs de toute nature. Il concerne les quatre caisses contrôlées et révèle un paradoxe. En effet, toutes avaient atteint l'objectif assigné par la caisse nationale, mais toutes aussi avaient un résultat notablement inférieur à la moyenne nationale. Ce qui signifie que l'objectif conventionnel n'est pas suffisamment incitatif⁹⁷. Certes, d'un point de vue quantitatif, les objectifs semblent importants et les organismes mobilisent des ressources significatives pour les atteindre, même à minima. En contrepartie, les constats des auditeurs invitent à penser que, au-delà de la correction des erreurs repérées, les travaux de maîtrise des risques ne donnent pas lieu à une exploitation appropriée de nature à en prévenir le renouvellement. Les taux d'indus progressent logiquement avec l'augmentation des taux de contrôles, mais les organismes s'investissent peu, souvent par manque de temps, dans la recherche des causes de ces indus et des actions correctrices.

Le plan de maîtrise des risques de la branche famille, en cours de rénovation, devrait prévoir un temps plus important pour l'analyse détaillée des risques, l'identification des causes d'erreur et leur correction. Il devra également s'intéresser à l'accompagnement des agents qui les ont commises et qui peuvent manquer de formation ou avoir d'autres difficultés à surmonter.

b) Le rapport coût/qualité

Le rapport coût/qualité 2007 montre que les organismes ayant plus de 200 000 allocataires pondérés ont produit d'importants efforts en matière de coût pour se rapprocher de la moyenne nationale, mais que

97. Cf. Rapport de certification, *op. cit.*, chapitre III, point III B, p. 85-86.

cela a été au détriment de la qualité de service. Plus de 50 % de ces organismes ont désormais un indice de qualité de service inférieur, parfois de beaucoup, à cette moyenne.

De cette constatation, la CAF de Cergy est particulièrement représentative puisqu'elle allie au plus mauvais indice de qualité de service un coût global de fonctionnement encore bien supérieur à la moyenne nationale, malgré une diminution de 8 % de son coût global par allocataire entre 2005 et 2007.

La direction doit composer avec un climat social tendu. L'absentéisme reste supérieur à la moyenne et la rotation du personnel est importante. De plus, la politique de management de la direction, qui s'inscrit dans une longue tradition, n'incite guère à une plus grande implication du personnel dans les résultats de l'organisme. La caisse accorde ainsi d'importantes primes et a mis en place un système de reconnaissance de la performance collective non prévu par la convention collective. Ces avantages sont attribués indépendamment des résultats de l'organisme. L'absence de déploiement de la fonction contrôle de gestion, à laquelle la nouvelle convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 se propose de remédier, confirme cette situation.

Pour les petits organismes, la question des coûts de gestion et de l'efficacité est d'une tout autre nature. En 2007, aucun organisme de moins de 50 000 allocataires pondérés ne présente un coût global pondéré inférieur ou égal à la moyenne nationale, quelle que soit par ailleurs la qualité du service rendu. C'est là le résultat de l'effet structure. Si des efforts en matière d'organisation du travail sont manifestement encore possibles, la mutualisation d'une partie des activités reste l'axe de travail le plus prometteur, inscrit dans la nouvelle COG.

Les contrôles confirment pour le moment que la branche famille avance lentement sur ces questions et parfois en ordre dispersé. A Montbéliard, la mutualisation reste une perspective. En revanche, la charte de coordination et de coopération des CAF « de la Marche au Larzac » qui fédère les caisses de l'Aveyron, du Cantal, de Corrèze, de la Creuse et du Lot et regroupe des organismes dont le nombre d'allocataires varie entre 16 500 et 37 000, situés dans trois régions administratives différentes et dépendant de centres informatiques distincts, est une initiative résultant de la volonté locale. Mais l'absence, manifestement délibérée, de tout organisme de quelque importance qui pourrait en être le pivot, laisse quelque doute, en l'état actuel de la question, sur son caractère réellement opérationnel.

3 – Le réseau du recouvrement

Le réseau d'alerte a contrôlé quatre URSSAF en 2008 : Amiens, Caen, Grenoble et Marseille. Sur ces quatre unions, une seule, Grenoble, avait une compétence infra-départementale, puisque existait encore une URSSAF de Vienne aujourd'hui fusionnée avec elle.

Les signalements à l'appui du contrôle peuvent se résumer à trois rubriques : l'absentéisme, les contrôles comptables d'assiette et leurs suites⁹⁸, enfin la qualité du cœur de métier, qui comporte à la fois les crédits à affecter, la conformité de la répartition et le recouvrement des impayés. Mais ces observations ont conduit à une réflexion plus large sur le contrôle interne au sein de la branche.

a) L'absentéisme maladie

L'absentéisme maladie, relativement élevé dans les URSSAF de Grenoble et de Marseille, résulte dans les deux cas de traditions anciennes. Il n'est pas spécialement lié à un type d'emploi ou à un degré de qualification et s'explique en grande partie -outre les affections de longue durée qui frappent généralement les agents les plus âgés- par la longue passivité des directions. Cela ne facilite pas la tâche de ceux qui, comme le nouveau directeur de l'URSSAF de Marseille, souhaitent mettre un terme à certains abus, fondés sur des accords locaux bien plus favorables que la convention collective nationale.

b) Le cœur de métier des URSSAF

La qualité de la répartition, c'est-à-dire l'exactitude de la répartition des produits de la collecte des cotisations entre les branches et autres organismes affectataires, soulève essentiellement un problème de détection précoce des bordereaux de cotisation erronés, et plus généralement des déclarations mal établies. En effet, une fois le bordereau lu automatiquement, les données, même erronées, sont injectées dans le système de traitement automatisé (le SNV2) et ce n'est que la nuit suivante que les anomalies sont détectées. Il faut alors les reprendre une à une, tâche fastidieuse, et les corriger, parfois au moyen d'une intervention sensible modifiant définitivement telle ou telle donnée dans le système, avec une supervision parfois très légère (mais les personnes habilitées sont très peu nombreuses). S'ajoutent à cela les

98. En matière de contrôle des cotisations, les conclusions des auditeurs du réseau d'alerte confirment, quoique sur un autre échantillon, celles du chapitre X du présent rapport, sur les contrôles d'assiette des URSSAF. Il y est donc renvoyé.

atypiques, c'est-à-dire les cas de figure non prévus par le système. C'est donc une question très délicate, que l'URSSAF de Caen a résolu en constituant une équipe LAD⁹⁹ chargée de vérifier les documents avant passage en machine de lecture. L'URSSAF d'Amiens a nommé à cet effet un expert. Dans les deux cas, des efforts importants ont été consacrés, qui étaient, lors des contrôles, trop récents pour permettre une appréciation.

Le recouvrement des impayés est une priorité stratégique pour les URSSAF. L'expérience prouve en effet que, au-delà d'un certain délai, indépendamment des problèmes de prescription, les sommes impayées deviennent difficilement recouvrables, notamment si elles sont importantes. Il faut donc agir vite et fort. Le taux des restes à recouvrer à 15 mois, à cet égard, est un bon indicateur de la qualité des diligences effectuées.

Il est vrai que certains contextes locaux ne facilitent pas la tâche des unions. C'est particulièrement le cas à Marseille, où les entreprises éphémères ou saisonnières sont très nombreuses. Il s'ensuit une accumulation de taxations d'office dont la suite montre qu'elles sont en partie sans objet et souvent vaines. Une fois l'entreprise disparue, il n'y a que très peu de chances de recouvrer les débits qu'elle a laissés. Pour répondre à ces enjeux, la nouvelle direction a entrepris une profonde réorganisation des rapports entre recouvrement amiable et contentieux dont les apports ne sont pas encore évaluables. A Amiens en revanche, après une décrue en 2007, la croissance des restes à recouvrer a repris en 2008. Elle paraît clairement imputable à la diminution des actes de poursuite, que la direction explique par les difficultés liées à la mise en place de l'ISU.

c) Le contrôle interne : une amélioration optique ?

Les auditeurs du réseau d'alerte se sont tout spécialement penchés sur les dispositifs de contrôle interne. On peut en tirer des conclusions nuancées.

En premier lieu, il est clair que les dispositifs de contrôle interne sont de mieux en mieux mis en place dans les URSSAF. En particulier, les circuits « Watt », c'est-à-dire des outils automatisés d'enregistrement et de suivi des dossiers en fonction de cas de figure préétablis, offrent une sécurité très grande, bien qu'ils soient très chronophages.

99. Lecture automatisée des documents.

En revanche, la supervision paraît, malgré des progrès, encore perfectible. Or un contrôle interne sans supervision est privé d'une notable partie de son utilité¹⁰⁰.

En troisième lieu, les auditeurs ont constaté qu'un directeur d'URSSAF, pour « améliorer » son taux de contrôles, avait inscrit 400 vérifications fictives de PME (sans redressement), sur les 1 000 mentionnées dans sa statistique. Il a été mis fin à cette pratique et des procédures ont été engagées. Ce manquement même isolé pose le problème de la connaissance réelle que peut avoir l'ACOSS des pratiques locales et, par-là, celui des moyens dont elle dispose pour fiabiliser les informations qu'elle reçoit.

4 – Le réseau agricole

Dans le cadre du réseau d'alerte ont été contrôlés en 2008, au sein du réseau MSA, une caisse uni-départementale (la Gironde), deux caisses pluri-départementales (Limousin et Marne-Ardenne-Meuse) et deux fédérations (Alpes du Nord et Haute-Normandie), soit en tout cinq organismes.

a) Le taux d'encaissement des prestations indues

L'indicateur de signalement le plus fréquent est le taux d'encaissement des prestations indues à récupérer (PIAR). A cet égard, la possibilité de compensation entre prestations différentes, jusqu'ici interdite par le principe de spécialité, devrait désormais permettre une amélioration. Il n'en demeure pas moins que la rapidité de la récupération est très variable. Pour certains organismes audités, le flux du recouvrement égale celui des émissions d'indus, en sorte que le stock demeure presque inchangé. En revanche, pour d'autres, les délais de récupération sont beaucoup plus longs et ont pour conséquence l'augmentation régulière du solde annuel des PIAR.

b) Les coûts de gestion

La fédération de Haute-Normandie et la caisse Marne-Ardenne-Meuse se singularisent par des coûts de gestion supérieurs à la moyenne. Dans les deux cas, une des raisons est l'inachèvement du processus de rationalisation des organisations. Les fédérations, en effet, représentent des coûts structurels qui s'ajoutent à ceux des caisses qui les composent ;

100. Renvoi au rapport de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale.

le rapprochement des outils informatiques représente des dépenses, tandis que les gains de productivité sont différés¹⁰¹.

Certains organismes sont plus réactifs que d'autres. La fédération de Haute-Normandie a déjà substantiellement réduit son personnel (de 17 % entre 2004 et 2008), mais cette réduction intervient dans un contexte de diminution du nombre de personnes couvertes, ce qui rend très difficiles les gains de productivité. De façon générale, malgré les regroupements, les caisses de MSA sont des organismes ayant à assumer la double difficulté d'être généralistes et de petite taille dans un contexte de diminution de leur clientèle, alors que les réglementations se complexifient.

c) Le contrôle interne

La caisse du Limousin a notamment pour particularité d'avoir mis en œuvre avec retard les bonnes pratiques. Pour des raisons locales justifiées par les conditions de la fusion des caisses de Creuse et de Corrèze avec celle de Haute-Vienne, il y a eu en matière de contrôle interne un décalage de six mois par rapport au calendrier prévu nationalement. Les nouvelles procédures se sont peu à peu mises en place même si, au moment du contrôle, il n'avait pas encore été procédé à un audit de leur mise en œuvre par la caisse centrale.

La Cour des comptes a souligné l'importance de cette étape d'audit, qui permet de juger si le dispositif fonctionne utilement, dans ses travaux sur le contrôle interne dans la MSA en 2008¹⁰².

5 – Quelques remarques de portée générale

Au terme des contrôles 2008, quelques observations de portée générale peuvent être formulées.

La première a trait à la longueur des mandats des responsables d'organisme et au contrôle de leur action. Dans plusieurs des organismes visités qui venaient de changer de directeur ou directrice, le précédent responsable était resté en place plus de dix ans, le record s'établissant à 32. De telles durées ne se rencontrent plus aujourd'hui à ce niveau de responsabilité dans la quasi-totalité des organismes, publics ou privés. Au mieux, il en résulte de la routine, mais ce peut être bien pis. Dans un cas

101. En Haute-Normandie, par exemple, la lecture automatique de documents (LAD) et la gestion électronique de l'information et de la documentation de l'entreprise (GEIDE) en sont au stade de la mise en place.

102. RALFSS 2008 page 149 et suivantes.

au moins, il est apparu que, s'il est nécessaire que les responsables disposent d'une large marge d'autonomie, il n'est pas admissible qu'ils puissent, par exemple, ignorer ouvertement, dans l'indifférence de la tutelle, des décisions de justice devenues définitives ou des éléments fondamentaux du droit du travail.

La seconde observation a trait au recrutement du personnel. Dans certains cas, le recrutement du personnel se faisait trop fréquemment dans la parentèle des agents, en dehors de toutes règles garantissant l'égalité des chances des candidats et la qualité du recrutement. La convention collective UCANSS ne prévoit pour les recrutements et les promotions que des critères et des modalités sommairement décrits, propres aux interprétations les plus diverses et les plus discutables. S'il ne faut pas généraliser des observations ponctuelles, il conviendrait de mieux formaliser la procédure de recrutement.

La troisième enfin a trait à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), où il semble que les organismes ont besoin d'analyses, d'outils et de conseils opérationnels¹⁰³.

*
* *

Au total, les contrôles du réseau d'alerte, en 2008, ont montré à nouveau que des progrès se poursuivent dans la gestion des réseaux, notamment pour ce qui concerne le déploiement des contrôles ou la productivité.

Pour autant des difficultés nouvelles doivent être signalées, notamment pour le réseau du recouvrement avec l'ISU, ou dans le réseau famille avec la mise en place de nouvelles prestations.

Au-delà de ces constats généraux, on continue par ailleurs à relever un nombre trop important de caisses présentant des situations dégradées qui justifient une attention accrue des têtes de réseau.

II - Le pilotage national des CGSS

PRESENTATION

Dans chacun des quatre départements d'outre-mer, un seul et même organisme, la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) assure la gestion de toutes les branches du régime général (maladie, accidents du travail,

103. Voir page 386, Chapitre XIV - Aspects de la gestion des personnels du régime général.

retraite, recouvrement), sauf la branche famille, ainsi que la gestion des régimes agricoles (salariés et exploitants).

Les COREC avaient à plusieurs reprises signalé les difficultés de gestion de certaines des CGSS, en particulier celle de la Guadeloupe, également examinée par la Cour¹⁰⁴. Au-delà de ce cas particulier, le constat de performances qui demeurent dégradées a conduit à examiner dans quelle mesure les outils de pilotage nationaux, progressivement élaborés par les caisses nationales « têtes de réseau », étaient adaptés dans le contexte « multibranches » des CGSS.

A – Les performances relatives des CGSS

1 – Des résultats globaux insuffisants

Les performances relatives des CGSS, par rapport à la moyenne des caisses de métropole, sont parfois insuffisantes, pour certaines branches des CGSS de la Martinique, de la Réunion et de la Guyane, et très insuffisantes, pour la CGSS de la Guadeloupe, comme le montre l'examen des indicateurs les plus pertinents.

Dans la branche maladie, si les résultats de la Martinique sont supérieurs à la moyenne, le « taux de réussite global »¹⁰⁵ associé au contrat pluriannuel de gestion est souvent nettement en retrait de la moyenne pour les autres caisses. Il en est de même en matière de retraite¹⁰⁶, même si là encore le résultat de la Martinique se détache des autres CGSS.

Le tableau qui suit détaille les résultats de ces deux branches pour 2007 et 2008 :

104. Notamment les RALFSS de 2004 pp.140 à 142 et 2005 p. 134.

105. Synthèse des indicateurs des CPG et qui traduit assez fidèlement, dans les branches maladie et retraite, la situation relative des performances de l'organisme.

106. Malgré la « neutralisation », dans la branche retraite, d'une proportion importante d'indicateurs, d'ailleurs variable selon les caisses. Ainsi, pour les deux CGSS de la Guadeloupe et de la Réunion, seuls 44 % des « points » attribués au plan national faisaient l'objet d'une mesure en 2007.

Taux de réussite global maladie et retraite (2007-2008)

En %

Branches CGSS	Retraite		Maladie	
	2007	2008	2007	2008
Réunion	44,3	29,8	71,9	67,9
Guadeloupe	55,1	50,4	39,6	51,0
Martinique	85,0	80,2	76,3	78,0
Guyane	77,8	66,3	55,9	76,0
Moyenne métropole	93,9	90,1	73,6	71,6

Source : Caisses nationales et DSS

Les performances de la branche recouvrement étaient également décevantes, tout particulièrement pour ce qui concerne le recouvrement amiable (dont l'efficacité est reflétée par l'importance du « taux de récupération à 100 jours ») ou celui auprès des indépendants, comme le montre le tableau ci-après.

Indicateurs du recouvrement (2007)

En %

	Taux de reste à recouvrer 2006	Taux de reste à recouvrer 2007	Taux 2007 récupération à 100 jours	Reste à recouvrer ETI ¹⁰⁷ 2007
Guadeloupe	14,3	10,2	34,6	47,4
Martinique	7,1	7,8	35,2	45,7
Guyane	7,7	5,0	43,4	39,0
Réunion	4,2	3,3	43,6	35,0
Moyenne métropole	0,7	0,6	65,6	3,4

Source : ACOSS

Les performances dans la branche agricole ne font l'objet que d'un suivi partiel, encore non contrôlé. Les résultats devraient être encore plus décevants par rapport à ceux du réseau, le seul audit effectué sur cette gestion, relatif à la CGSS de la Guadeloupe, réalisé en 2007, ayant qualifié les résultats « d'alarmants ».

2 – Des faiblesses caractérisées

Comme on le voit, la situation est contrastée, d'une CGSS à l'autre, comme d'une branche à l'autre. Pour autant, on retrouve trois grands domaines d'insuffisances, dans l'ensemble des quatre organismes.

107. Employeurs et travailleurs indépendants.

a) Les comptes et le contrôle interne

Les COREC avaient noté la nécessité d'apurer les nombreuses écritures anciennes en suspens. Des plans d'apurement ont été mis en œuvre par les CGSS de la Guadeloupe et de la Guyane sans assainir durablement la situation. Ainsi, pour l'ensemble des caisses générales, on note encore le caractère confus des opérations réciproques avec la CCMSA d'une part, entre les gestions du régime agricole et du régime général d'autre part, qui se traduit par de nombreuses écritures en suspens à apurer.

De manière générale, la fréquence des refus de validation par les agents comptables des têtes de réseau nationales des comptes des CGSS, à l'exception notable de la caisse de la Réunion, témoigne de difficultés récurrentes dans la tenue et la reddition des comptes¹⁰⁸.

b) L'accueil physique et téléphonique

Les délais d'attente aux guichets sont mal connus, faute d'outils de mesure. Le déploiement des agences de proximité, recherché particulièrement par la branche retraite, est peu avancé. Les performances de l'accueil téléphonique sont très inégales, la CGSS de la Martinique s'étant seule dotée d'une plate-forme multibranches capable de les mesurer. Les projets engagés en 2006 en Guadeloupe et en Guyane n'avaient toujours pas abouti trois ans plus tard. La qualité de l'accueil constitue pourtant une dimension essentielle du service, par exemple pour une meilleure connaissance de droits à retraite. Pour la branche retraite, on note d'ailleurs, en 2008, une forte dégradation de l'indicateur de satisfaction des usagers, pour l'accueil téléphonique.

c) La productivité

Les données relatives à la productivité de la branche maladie (soit près de 56 % des effectifs des CGSS) sont comparables à celles des caisses de métropole (voire légèrement à l'avantage des CGSS, notamment du fait des performances de la caisse de la Réunion). En revanche, elles sont très dégradées dans les autres branches. C'est le cas dans la branche retraite, comme le montre le tableau qui suit. De même, dans la branche recouvrement, le nombre de comptes gérés par équivalent temps plein (ETP) est deux fois inférieur à celui d'une URSSAF comparable, pour les CGSS de la Guyane et de la Martinique.

108. Voir le rapport sur la certification des comptes du régime général, exercice 2008, pages 18, 46.

Productivité des différentes branches (base 100, moyenne métropole, données 2007¹⁰⁹)

CGSS	Retraite	Maladie	Recouvrement	Exploitants agricoles
Guadeloupe	29,8	97,7	43,8	33,3
Martinique	66,0	105,9	35,7	21,3
Guyane	29,4	76,2	33,1	31,2
Réunion	43,5	164,9	88,9	66,6

Source : CNAMTS, CNAVTS, ACOSS, CCMSA

3 – La volatilité des résultats

Ces performances paraissent dans l'ensemble insuffisantes, même s'il convient de distinguer selon les caisses et selon les années. On note en effet de fortes variations des performances, qui traduisent l'incidence des modes de management, comme le montre l'exemple particulièrement éloquent des performances constatées pour la branche retraite, mesurée par le taux (déjà évoqué) de réussite globale CPG : les performances respectives des CGSS de la Guyane et de la Réunion s'inversent, le redressement dans la première coïncidant avec une forte dégradation dans la seconde.

Evolution du taux de réussite CPG pour la branche retraite

En %

	2006	2007	2008
Réunion	60,1	44,3	29,8
Guyane	37,3	77,8	66,3
Martinique	76,0	85,0	80,2
Guadeloupe	53,9	55,1	50,2
Moyenne métropole	94,0	93,9	90,1

Source : CNAVTS

B – L'appui apporté par les caisses nationales

Face à ces résultats décevants, les caisses nationales ont mobilisé des moyens particuliers demeurés cependant insuffisants.

109. Pour la branche maladie, on a mesuré le nombre de cellules actes par ETP ; pour la branche retraite, l'indicateur d'activité composite rapporté au nombre d'ETP ; pour la branche recouvrement, le nombre de comptes gérés par ETP. Seul l'indicateur de la branche agricole intègre des données financières, puisqu'il rapporte le coût de gestion global au total des prestations et des recouvrements de la branche.

1 – Les moyens mobilisés

Les compétences reconnues aux caisses nationales, vis-à-vis des caisses de base, s'appliquent également aux CGSS : pouvoirs de contrôle et de tutelle budgétaire, mais aussi mission d'interface de la politique conventionnelle avec la déclinaison et le suivi des conventions d'objectifs et de gestion (COG) au plan national, en contrats pluriannuels de gestion (CPG). Ces compétences fondent des pratiques de pilotage national voisines dans les quatre réseaux : en pratique, elles reposent en grande partie sur la définition et le suivi des multiples indicateurs d'efficacité et d'efficience, qui fondent ensuite un intéressement collectif des personnels d'une part, et d'autre part un intéressement individualisé, plus substantiel, des agents de direction¹¹⁰.

Dans l'exercice de ces missions, les caisses nationales ont en outre souvent accordé aux CGSS une aide ciblée, destinée par exemple à favoriser le déploiement d'applications nationales (ainsi, récemment, pour la nouvelle application de liquidation des prestations de la branche retraite, OR) ou plus généralement à surmonter les difficultés dans leur gestion.

C'est ainsi que dans la plupart des réseaux, des « *plans d'actions* » sont définis et suivis, en cas de performances durablement et profondément dégradées : sur 20 gestions¹¹¹, en 2008, près de la moitié avait donné lieu à des « plans d'actions », alors qu'il s'agit dans l'ensemble des réseaux d'une démarche fortement ciblée sur les caisses en difficulté.

D'autres formes d'appui ont été également développées : l'institution de « *caisses partenaires* » par le réseau du recouvrement vise à permettre des transferts d'expérience et d'expertise, d'une URSSAF de métropole à une CGSS : l'URSSAF de Lyon est ainsi jumelée depuis 2006 avec celle de la Martinique, celle de Grenoble avec celle de la Guadeloupe. La mutualité sociale agricole entend déployer un système analogue de « caisses marraines » à compter de 2009.

La branche retraite, quant à elle, a privilégié un système mixte avec des « *missions d'appui* », d'une dizaine de techniciens ou cadres expérimentés, déployés dans les quatre CGSS afin de résorber les retards

110. On note cependant que la pratique de pilotage est très récente dans la branche agricole et qu'elle ne se traduit pas par une contribution à la définition de l'intéressement, ni collectif, ni des agents de direction.

111. Pour chacune des quatre CGSS, on distingue cinq branches ou risques : maladie, AT/MP, retraite, recouvrement et exploitants agricoles.

récurrents dans la liquidation de prestations, et des plans d'actions annuels assorti d'un suivi mensuel statistique et semestriel sur place.

Dernière forme d'adaptation des interventions, spécifique aux CGSS, les caisses nationales ont créé, à partir de novembre 2005, une « *mission de coordination* » de leurs interventions vis-à-vis des CGSS. Elle est chargée d'identifier les projets communs ou conjoints et de leur donner une impulsion nouvelle, que ce soit pour la gestion budgétaire, l'accueil téléphonique, la comptabilité analytique.

Même si les progrès ainsi obtenus se sont révélés jusqu'ici très décevants, ces chantiers confirment une prise de conscience des caisses nationales quant à l'incidence des fonctions dites transversales, ou à la nécessité d'une approche plus coordonnée des difficultés concentrées par les CGSS, dont les progrès sont inévitablement lents.

2 – Des adaptations indispensables

Des inflexions dans les modes de gouvernance paraissent indispensables pour permettre le déploiement dans l'ensemble des CGSS, et en leur sein dans l'ensemble des branches, d'un management orienté vers la performance. Il conviendrait dès lors de donner une autorité accrue aux caisses nationales dans la désignation, mais aussi le retrait éventuel de fonction, en cas d'insuffisance professionnelle, non seulement du directeur général, mais aussi des agents de direction responsables de branches placés auprès de lui¹¹².

Enfin, la capacité d'action et d'initiative de la « mission de coordination » devrait être élargie. Elle devrait pouvoir réaliser des études, mutualiser les bonnes pratiques de pilotage et d'appui en développant un usage mixte de ces outils et non comme aujourd'hui spécialisé par branches. Ainsi le recours à des caisses partenaires peut être plus utile, s'il est suffisamment encadré au plan national. En outre, cette mission devrait être mieux relayée par la désignation d'un correspondant identifié dans chaque caisse nationale.

112. La loi sur l'assurance maladie reconnaît déjà à la branche maladie des pouvoirs plus étendus, qu'il était prévu d'étendre aux autres branches, selon un projet d'article du PLFSS pour 2009, disjoint par décision du conseil constitutionnel pour des raisons de procédure. La Cour a déjà signalé qu'en outre les conditions du retrait de fonction devaient faire l'objet de mesures complémentaires (voir RALFSS pour 2008, pages 405 à 408).

RECOMMANDATIONS

11. *Prévoir des règles de gestion des agents de direction, afin de limiter la durée maximale de fonction sur un même poste.*
 12. *Rendre plus transparentes et plus formalisées les procédures de recrutement pour les employés et les cadres des caisses.*
 13. *Renforcer l'intervention des caisses nationales dans la nomination et la sanction des directeurs des CGSS, mais aussi des agents de direction responsables de branches.*
 14. *Elargir les compétences et les attributions de la mission de coordination des caisses nationales vis-à-vis des CGSS.*
-

DEUXIEME PARTIE

LA GESTION DES HÔPITAUX

Chapitre V

L'organisation de l'hôpital

PRESENTATION

Après avoir, l'an dernier¹¹³, étudié la politique de restructuration du tissu hospitalier et les systèmes d'information à l'hôpital, la Cour s'est intéressée cette année au financement des soins hospitaliers avec un bilan de la T2A¹¹⁴, à la politique d'investissement¹¹⁵, enfin à l'organisation des soins à l'hôpital, objet du présent chapitre. Ces travaux se sont déroulés alors que s'élaborait la loi « hôpital, patients, santé et territoires (HPST) adoptée le 21 juillet 2009.

L'organisation des soins à l'hôpital répond prioritairement à un objectif médical : d'elle dépend la performance des soins et c'est d'abord en termes de qualité et de sécurité que se mesurent ses progrès éventuels.

Mais c'est aussi un facteur d'efficience économique et la politique hospitalière des années 2000 s'est située sur ce plan quand elle a fait de l'organisation interne de l'hôpital un des axes de son déploiement. Pour atteindre une meilleure efficience médico-économique, elle a, à partir de 2003 et notamment par voie d'ordonnances en 2005, modifié les structures de pilotage des hôpitaux et leur chaîne de décision et de gestion, du conseil d'administration jusqu'aux unités cliniques. Elle avait l'ambition de rendre l'ensemble plus adaptable, moins balkanisé, et de responsabiliser les médecins sur l'avenir économique du système. Elle a aussi beaucoup compté sur les vertus rationalisatrices du « signal tarifaire » (T2A) et misé sur un double lien : d'une part, entre le médical et l'économique, d'autre part entre les deux acceptions de l'organisation, organisation de la production de soins, organisation structurelle des établissements.

Pour comprendre la formation des coûts et les difficultés auxquelles les hôpitaux sont confrontés, les juridictions financières ont ainsi examiné comment les moyens qui leur sont alloués sont répartis dans les établissements. Au terme de cet examen, le constat des disparités au sein de l'hôpital et d'un hôpital à l'autre pour des services de même nature (I) conduit à s'interroger sur les voies possibles d'amélioration de l'organisation des soins (II), la réforme de la gouvernance prévue par l'ordonnance de 2005 devant y contribuer (III).

113. RALFSS 2008, chapitre VIII, pages 263 et suivantes.

114. Voir chapitre VII – La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi parcours, p. 171.

115 . Voir chapitre VI – Plan hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers, p. 143

I - Une allocation non optimale des ressources destinées à la production de soins

A – Des disparités considérables entre services de même dénomination

1 – Les indicateurs de comparaison

L'enquête des chambres régionales des comptes (CRC)¹¹⁶ et de la Cour a, d'une part, utilisé les informations recueillies lors des contrôles d'hôpitaux publics effectués en 2007 et des contrôles budgétaires spécifiques d'établissements en situation financière dégradée. D'autre part, une série particulière d'indicateurs quantifiés a été recueillie en 2008 auprès de 39 hôpitaux ne figurant pas dans le premier ensemble, à l'occasion de la campagne 2008 des CRC. Au total, l'échantillon compte des établissements de toutes tailles depuis des hôpitaux de quelques dizaines de lits jusqu'à de gros centres hospitaliers et des CHU.

Les tableaux figurant ci-après se sont fondés sur les indicateurs significatifs de l'organisation dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) pour la période 2005-2007 (mais c'est pour 2006 que les données sont les plus complètes) :

- moyens humains affectés dans les services : effectifs médicaux (PM) et soignants non médicaux (PNM) rapportés au nombre de lits ;
- caractéristiques de la production de soins : taux d'occupation des lits, durée moyenne des séjours (DMS), nombre annuel de séjours par lit ;
- résultats : poids moyen en euros des cas traités (PMCT : résultat de la division de la recette T2A par le nombre de cas traités) et recette moyenne par lit ;
- productivité : effectifs rapportés au nombre de séjours ou de passages et effectifs rapportés à la recette.

Afin de mieux cerner les aspects structurels des résultats, on a utilisé non seulement les recettes constatées mais encore les recettes qu'aurait générée l'application anticipée sur ces années de la T2A à 100 %, laquelle n'est appliquée que depuis 2008¹¹⁷.

116. CRC d'Alsace, Aquitaine, Basse Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Corse, Franche Comté, Haute Normandie, Île de France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes.

117. Voir chapitre VII – La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi parcours, p. 171.

Tous les chiffres utilisés, après vérification, ont été fournis par les établissements eux-mêmes.

Les comparaisons ont été faites entre les établissements au niveau des services pour être au plus près de l'organisation des soins. Ont été choisis à cette fin des services qui pouvaient exister dans tous les hôpitaux, quelle que soit la taille de ces derniers. Pour faciliter l'interprétation des écarts, on a privilégié des spécialités moins susceptibles que d'autres d'hétérogénéité dans le contenu des soins : pneumologie (ci-après Pn.), chirurgie orthopédique (Ch.O) et maternité (Mate.). Certes, les différences de vocation et de dotations entre ces services, en fonction de l'importance des centres hospitaliers ou par exemple du « niveau » de la maternité¹¹⁸, ne doivent pas être oubliées. L'étude montre cependant qu'elles sont loin d'expliquer l'ampleur des écarts, notamment entre établissements a priori comparables.

La situation financière des services n'a pas été un critère de sélection. Elle constitue néanmoins une donnée essentielle à la compréhension. Dans ces trois disciplines, les trois quarts des services des établissements de l'échantillon qui ont une comptabilité analytique étaient déficitaires en 2006, mais cette proportion atteint 85 % en chirurgie orthopédique et 81 % pour les maternités.

2 – Les constats

a) Dispersion des indicateurs

L'organisation de la production dans les hôpitaux publics est différente d'un établissement à l'autre, elle est même d'une diversité qu'on ne soupçonne pas. Ni le dispositif réglementaire et normatif ni les mécanismes de financement successifs n'ont eu pour effet de la réduire.

Autour des valeurs moyennes indiquées par le premier tableau ci-après, les écarts sont considérables sur tous les indicateurs organisationnels, que ceux-ci concernent les moyens mis en œuvre ou la production qui en résulte. Ils le sont également en termes de ciblage de l'activité des services, si l'on en juge d'après le nombre de types de séjours (GHS) pris en charge par chacun.

118. Les maternités sont classées en trois niveaux, le niveau 1 correspondant à celles réalisant des accouchements ne nécessitant pas de médicalisation particulière.

Valeurs moyennes pour les principaux indicateurs

	PM/ 10 lits	PNM/ 10 lits	PMCT	Taux d'occupation
Pn	1,76	12,7	2 350 €	85 %
ChO	1,39	12	2 994 €	75 %
Maternité	2,45	18,7	1 809 €	71 %

Source : Cour et CRC

Ampleur des écarts entre les hôpitaux

	nombre de GHS codés	PM/lit	PNM/lit	séjours/lit	PMCT	DMS	Recette/lit	Taux occup.
Pn.	1 à 2	1 à 10	1 à 3	1 à 4	1 à 3,3	1 à 4	1 à 2	1 à 3
Ch.O	1 à 3	1 à 8	1 à 3	1 à 3	1 à 2,5	1 à 3	1 à 3	1 à 2
Mate.	1 à 16	1 à 5	1 à 4	1 à 4	1 à 4	1 à 2	1 à 3,4	1 à 3,3

Source : Cour et CRC (rapport entre les valeurs maximales et minimales)

Ni la taille des établissements ni la qualité de CHU n'expliquent de tels écarts. Dans les maternités, ceux-ci ne s'expliquent que partiellement par le niveau de technicité et les normes qui s'y attachent.

L'ampleur des écarts est une information importante pour apprécier la vigueur des ajustements qu'imposerait une tarification à finalité purement uniformisatrice. Mais elle fait également deviner l'existence d'allocations non optimales, même si un service peut parfois être structurellement déficitaire sans être nécessairement mal géré. De ces inadéquations on trouve partout un peu ou beaucoup : sur six indicateurs de moyens et de production utilisés ci-dessus, relevés dans chaque CH pour les trois services, tous les établissements de l'échantillon en ont au moins un qui est nettement moins bon que la moyenne ; certains ont près de la moitié des indicateurs défavorables. Il y a donc des marges de progression partout¹¹⁹.

Il est intéressant de comparer ces disparités avec les situations financières, du moins là où existe une comptabilité analytique adéquate. On a vu que ces situations étaient souvent déficitaires ; il y a cependant une diversité notable derrière ce constat général.

119. Les données présentées dans les tableaux qui suivent traduisent une photographie pour 2006. Bien entendu, la situation a pu évoluer depuis. C'est en particulier le cas pour le CH de Lannemezan dont la maternité a été fermée en janvier 2008 et dont le service de chirurgie orthopédique a fait l'objet d'un partenariat public-privé la même année.

Résultats « économiques » comparés du MCO et des services (2006)¹²⁰

	MCO	Pn.	Ch.O.	Mate.
Lannemezan	-11,4%		-44,2%	-169,4%
Le Havre	-7,1%	-1,3%	-19%	4,6%
Sedan	-5,4%		-21,3%	-14,1%
Forbach	-2,7%		-15%	-48,8%
Bigorre	-1,2%	17,8%	-1,8%	-3,5%
Saint Nazaire	6,1%	-13,9%	10,9%	-38,4%
Compiègne	6,5%	15,2%	10,4%	-42,1%
Bayonne	9,7%	21,3%	-19,6%	-11,5%
Roanne	11,8%	29,1%		-35,1%
Dreux	12%	31,1%	-11,4%	8,7%
Bar-le-Duc	13,7%		-33,1%	-31%
Wissembourg	13,8%		-19,3%	-44,5%
Aulnay	14,1%	42,8%	-24,8%	30,7%
Drôme Nord	15,3%		-6,7%	26,5%
Mâcon	18%	23,6%	-13,9%	27,9%

Source : CRC et Cour

Note de lecture : à Bayonne, l'activité globale de l'établissement en MCO donne lieu à un résultat excédentaire (+9,7 %) ; mais sur les trois composantes examinées deux sont déficitaires, seule la pneumologie étant excédentaire.

Dans le cas particulier des CHU (ci-dessous), la signification des chiffres est réduite du fait de la difficulté de répartir entre les services les recettes perçues au titre des missions d'enseignement et de recherche (MERRI). Or ces recettes n'ont été ventilées que pour les deux établissements les plus importants de l'échantillon (Hospices civils de Lyon et CHU de Lille, marqués d'un astérisque dans le tableau).

120. MCO : ensemble des services médecine chirurgie obstétrique.

Le résultat financier a été obtenu par la valorisation 100 % T2A des séjours et des séances à laquelle ont été ajoutés les remboursements de médicaments et dispositifs médicaux onéreux ainsi que les forfaits journaliers, déduction faite de l'ensemble des charges directes, indirectes et de structure, l'ensemble étant rapporté aux recettes (telles que calculées ci-dessus).

Résultats économiques MCO et services dans les CHU (2006)¹²¹*En %*

	MCO	Pn.	Ch.O.	Mate.
HC Lyon*	-1,8 %	-10 %	-33,9 %	-8,9 %
CHU Grenoble	-9,8 %	-4,6 %		
CHU Lille*	-4,1 %	-8,5 %	-14,05 %	+ 0,3 %
CHU Angers	+3 %	-0,6 %	+19,5 %	-9,4 %
CHU Poitiers	+12,4 %	-8,4 %	-0,3 %	-25,2 %

Source : CHU, CRC et Cour

En moyenne, les trois services étudiés représentent de l'ordre du quart des recettes d'activité de l'établissement, ce qui explique que les résultats desdits services puissent être de signe contraire à celui du résultat de l'activité MCO dans son ensemble, comme c'est le cas à Bar-le-Duc. On voit qu'il n'est pas rare que les trois services soient simultanément déficitaires dans un même établissement. Les déficits peuvent être considérables : ils représentent de 20 à 75 % des recettes dans le tiers des services de chirurgie orthopédique de l'échantillon, ils sont forts dans les 2/3 des maternités (ils dépassent 100 % dans certains CH des zones peu peuplées).

Même si l'exercice 2007 a ici ou là marqué des améliorations, il a aussi connu des détériorations et le constat global n'est pas modifié sur le fond. On note cependant que ce constat est assorti d'écarts entre établissements dont il convient d'examiner s'ils ont un lien avec les indicateurs organisationnels.

b) Corrélations entre résultats, dépenses et recettes

Comme le montre le tableau qui précède, l'ampleur des déficits n'est pas fonction de la taille de l'établissement ou du service, ni vraiment du volume d'activité : s'il est vrai qu'une très faible activité peut ne pas compenser les coûts fixes, une forte activité n'est pas gage de santé financière. Les recettes sont multifactorielles, dépendant notamment -pour se limiter aux facteurs organisationnels- des durées de séjour et des

121. L'incidence des MERRI apparaît ainsi : un calcul qui n'aurait pas intégré les MERRI donnerait par exemple, pour Lyon et Lille, les résultats suivants :

	MCO	Pn.	Ch.O.	Mate.
HC Lyon	- 18,6%	- 39,6%	- 61%	- 22,7%
CHU Lille	- 25,4%	- 22,7 %	- 26,7%	- 18,3%

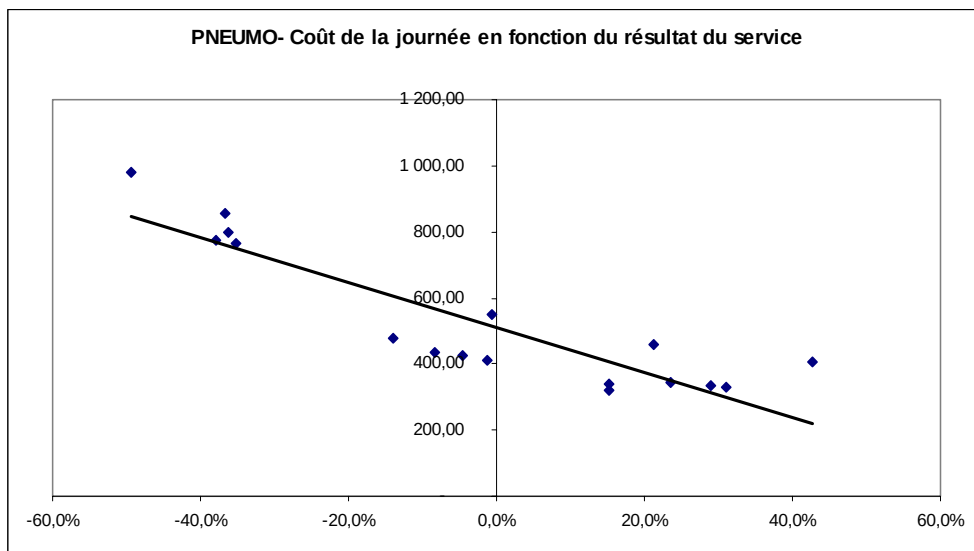
Source : Données CHU et Cour.

taux d'occupation. En régime de T2A, les coûts eux-mêmes dépendent de plusieurs facteurs et par exemple de la DMS. Il n'y a donc pas de relation statistique simple entre telle ou telle de ces composantes et le résultat économique : les situations dégradées ne se redresseront pas en agissant uniquement sur une seule d'entre elles.

En revanche, il apparaît nettement que le résultat n'est pas également sensible aux écarts de coûts et aux écarts de recettes. En effet, la recherche de corrélations entre le résultat et, d'une part, les niveaux de recettes par journée (en 100 % T2A) ou, d'autre part, ceux des coûts par journée aboutit à un constat beaucoup plus clair pour la seconde que pour la première, comme le montrent les deux tableaux qui suivent.

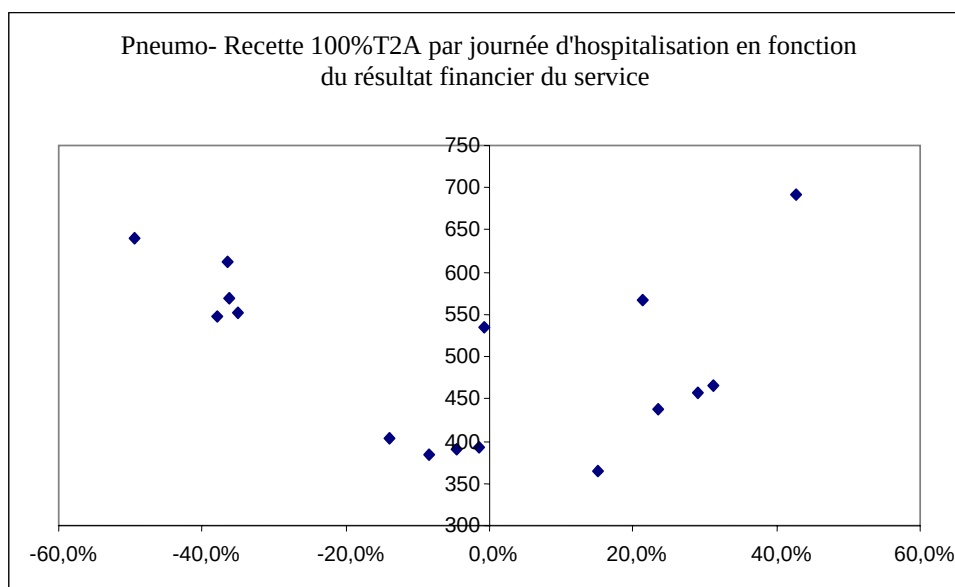
S'y dessine une corrélation statistique assez claire entre le coût de la journée et les niveaux de résultats, alors que cela n'est pas perceptible quand on rapproche résultats et recettes.

De façon générale, un niveau élevé de dépenses nuit plus sûrement à la situation financière que ne l'améliore une progression de l'activité. Pour les établissements en difficulté, il sera ainsi de meilleure méthode de chercher à réduire les dépenses que de vouloir augmenter l'activité, sauf à prévoir de le faire à coûts maîtrisés et sans préjudice du fait que les prévisions d'augmentation d'activité s'avèrent souvent peu réalistes.



Source : CRC et Cour.

Note de lecture : le résultat des services, exprimé en pourcentage des recettes, figure en abscisse. L'axe des ordonnées est celui du coût de la journée moyenne, en euro.



Source : CRC et Cour.

Note de lecture : le résultat des services, exprimé en pourcentage des recettes, figure en abscisse. L'axe des ordonnées est celui de la recette par journée (en 100 % T2A).

B – Une productivité très inégale

1 – Une réalité contrastée

La question des ressources humaines mérite une attention particulière car leur coût représente l'essentiel de la dépense totale. Elle ne se résume certes pas à un constat de surabondance, car la réalité est faite de multiples contrastes : contrastes entre établissements et entre services d'un même hôpital, puisqu'un même établissement peut offrir à la fois des images spectaculaires et volontiers reproduites par les médias de « lits couloir » aux urgences et une ambiance de grand calme quelques étages au-dessus. Contraste aussi, dans un même service, entre les périodes de tension et celles de relâchement. Contraste enfin entre les dénombrements objectifs et les perceptions du personnel : l'enquête a montré que celui-ci pouvait être convaincu de devoir travailler davantage avec toujours moins de moyens dans des situations pourtant confortables par rapport à d'autres.

Ce sont du reste ces paradoxes qu'il faut retenir car la plupart d'entre eux sont révélateurs d'un besoin d'organisation et de rationalisation. Ils signalent même une alternative d'une grande actualité : sans réflexion sur l'organisation, on sera de plus en plus tenté de traiter le problème financier du secteur par de simples efforts de compression des

dépenses de personnel. Mais comme ces efforts se heurteront à des difficultés de tous ordres, ils risqueront de rester limités, tout en perpétuant une atmosphère de crise.

Dans l'échantillon de l'enquête¹²², on voit que pour générer la même recette T2A, le même nombre de journées ou de lits dans la même spécialité, il faut à certains hôpitaux quatre fois plus de médecins qu'à d'autres, jusqu'à 15 fois dans les maternités. Le tableau ci-dessous donne l'exemple des urgences pour les personnels non médicaux, dont les infirmières et aides soignants :

Urgences : productivité du personnel non médical

	PNM/5000 passages	IDE+AS/5000 passages	Coût d'une ligne de garde (€)
Moyenne	8,9	6,4	85 629
Minimum	4,9	3,3	16 443
Maximum	27,3	16,1	199 174

Source : Cour/CRC

De la même façon, si l'on considère le ratio effectifs (soignants et non soignants)/recettes, de grandes disparités sont constatées entre établissements de même catégorie et entre services d'un même établissement. On le vérifie dans le tableau ci-dessous, qui détaille la productivité des personnels médicaux et non médicaux par service, à partir de données recueillies dans le cadre de l'enquête. Pour compléter et parfois nuancer ce constat, ces données ont été rapprochées des valeurs moyennes de l'établissement telles que calculées par l'ATIH pour le « diagnostic flash »¹²³, ainsi que des valeurs observées pour la médiane de la catégorie d'établissements. La comparaison de ces deux séries de données montre de fortes convergences entre ces deux classements.

Comme on le voit, des écarts significatifs par rapport à la moyenne existent dans les performances des services examinés individuellement, ces écarts pouvant eux-mêmes logiquement différer de la performance moyenne de l'établissement considéré dans son ensemble.

122. Hors CHU.

123. Diagnostic flash est une méthode de diagnostic de gestion et d'efficacité des établissements qui permet de comprendre, à partir d'un nombre réduit d'indicateurs, la situation financière d'un établissement en analysant son positionnement stratégique, la performance de ses processus majeurs et la structure de ses ressources humaines. Des moyennes sont établies pour quatre catégories d'établissements en fonction de leur taille.

Productivité des médecins (PM)* et soignants non médecins (PNM) 2006

	PM/5 M€ T2A			PM/5 M€ T2A		PNM/5 M€ T2A			PNM/5 M€ T2A	
	Par service Enquête Cour			Diagnostic Flash		Par service Enquête Cour			Diagnostic Flash	
	Pn.	Ch.O.	Mate.	Moyenne de l'hôpital	Médiane catégorie d'étab.	Pn.	Ch.O.	Mate.	Moyenne de l'hôpital	médiane catégorie d'étab.
<i>Moyenne</i>	6.20	4.63	8.56			44.95	40.16	62.36		
HCL (Lyon Sud)	9.35	6.44	9.20	8,76	6,33	52.08	53.14	56.08	42,3	42,3
Pau	7.24	5.51	8.70	5,27	6,64	39.90	41.31	49.87	44,55	43,7
St Nazaire	9.35	3.66	9.52	4,84	6,64	69.54	24.73	53.09	37,8	43,7
CHU Lille	4.20	7.77	11.60	NR	6,33	51.89	47.83	66.67	44,4	42,3
Nemours ¹²⁴	-	7.20	-	9,6	6,64	-	44.49	-	42,6	43,7
Lannemezan	-	4.55	23.95	7,76	6,64	-	53.12	116.40	51,8	43,7

Source : ATIH, CRC et Cour

* y compris les internes

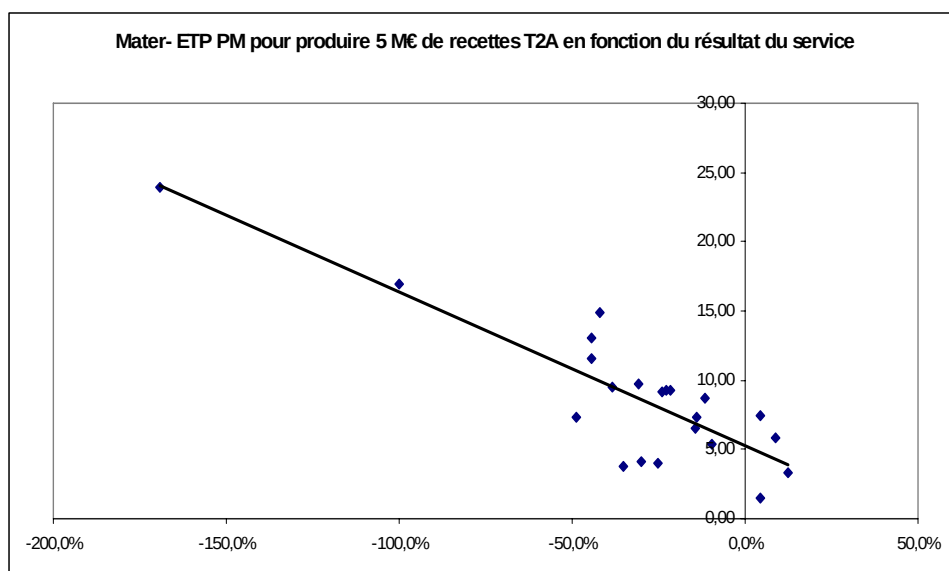
Les deux tiers des établissements de l'échantillon ont au moins un service où la productivité médicale ou non médicale est fortement inférieure à la moyenne. En revanche, les cumuls d'indicateurs défavorables sur plusieurs services dans un même CH sont peu fréquents. Seuls deux hôpitaux de l'échantillon affichent une productivité des médecins notablement inférieure à la moyenne dans les trois services à la fois, qu'elle soit mesurée en termes d'effectifs par lits ou rapportée aux recettes T2A. Pour les soignants non médecins, aucun établissement n'est dans ce cas.

Des services sous-productifs à la fois pour les PM et les PNM se rencontrent dans cinq établissements, soit, là encore, peu souvent. On note en passant que les petits établissements ne sont pas plus représentés que les autres catégories dans ces listes, malgré leur faible activité, bien au contraire.

Le constat général est donc moins celui de l'existence de quelques établissements à gros problèmes que celui de la généralité des marges d'amélioration. On notera au passage que ces indicateurs de productivité ont une bonne corrélation statistique avec les résultats des services concernés : ainsi dans le graphique qui suit, pour le lien entre productivité du personnel médical et résultat, pour les maternités (le constat serait largement analogue dans les autres spécialités).

124. Rappel des transformations intervenues supra (note page 118). A l'hôpital de Nemours, le transfert de la chirurgie orthopédique engagé dès 2006 a été effectif en janvier 2007.

Maternités: corrélation entre productivité des PM et résultat



Source : CRC avec en abscisse le résultat MCO et en ordonnée la productivité PM

Malgré tout, ce constat essentiellement contrasté ne doit pas dissimuler des surdimensionnements notables ou, à l'inverse, les difficultés éprouvées parfois à trouver les ressources nécessaires.

2 – Des moyens surdimensionnés

a) Des situations de sureffectifs

Des situations de sureffectifs ont régulièrement été mises en évidence par les CRC, notamment lorsque celles-ci ont procédé au contrôle budgétaire d'établissements en déficit prononcé (par exemple Le Havre et Watrelos). Cela transparaît soit par comparaison avec les moyennes des différentes catégories d'établissements, soit par référence à des études produites au niveau national, soit encore en rapprochant les évolutions d'effectifs et les évolutions d'activité.

Mais sans aller jusqu'à ces cas critiques, certaines données de l'enquête générale dénotent l'existence de véritables surdimensionnements des ressources consommées, parfois dus à des défauts d'organisation. Le nombre d'actes par médecin, par équipement ou par lit, leur nombre par service et le taux d'occupation ont parfois des valeurs si faibles que la surcapacité ne fait aucun doute. Elle est patente dans de nombreux établissements mais elle peut être constatée globalement : sur

l'échantillon de l'enquête, par exemple, on note une moyenne de 416 actes chirurgicaux par an et par salle d'opération. Rapporté aux effectifs de chirurgiens (ETP), le nombre d'interventions (243) dépasse à peine celui des jours ouvrables même s'il faut tenir compte du fait que l'activité de certains chirurgiens salariés est nulle. On trouve fréquemment des taux d'occupation des lits voisins de 50 % (par exemple CH de Romorantin-Lanthenay et en chirurgie de spécialité, en 2007, à Saint-Nazaire), parfois même proches de 25 % (CH de Langres), ce qui peut signifier dans un petit service qu'il y a en moyenne 2 ou 3 patients présents ; or un excès de lits entraîne également, mécaniquement, des effectifs en surnombre.

On peut du reste trouver simultanément de faibles taux d'occupation et de fortes durées moyennes de séjour (par exemple, en 2006, aux CH de Libourne et Roanne en pneumologie). Cela signifie, accessoirement, que le mot d'ordre de réduction des durées n'aboutira pas partout à une augmentation du nombre de séjours et à une intensification de l'usage des équipements. D'autant plus intéressant est l'exemple inverse du CH Loire-Vendée-Océan, où le taux d'occupation est élevé du fait du partage des activités entre les deux hôpitaux (Challans et Machecoul) qui ont fusionné pour constituer cet établissement.

b) L'absence d'adéquation à l'évolution de l'activité

Les déséquilibres sont souvent le résultat d'une absence d'adaptation à l'évolution de la demande, voire de décisions prises à contretemps (nationales ou locales). Un scénario courant est celui d'augmentations de la masse salariale ou d'investissements décidés sur la foi d'anticipations erronées (ou inexistantes), alors même que la baisse tendancielle de l'activité était avérée et que la concurrence modifiait les parts de marché. Accessoirement, c'est le même phénomène qu'on retrouve en matière d'investissements, dont les excès grèvent durablement les bilans des établissements. Les structures excédentaires ne se rencontrent pas seulement dans les zones rurales dépeuplées, dans lesquelles peut se poser au demeurant un vrai problème d'accès aux soins s'il n'y a pas d'offre de substitution. Des surcapacités importantes se trouvent également dans les hôpitaux de grandes agglomérations, ceux-là mêmes dont les déficits font l'essentiel de celui du secteur, comme par exemple les Hospices civils de Lyon.

c) La question des effectifs non permanents

L'évolution des effectifs n'a pas été uniforme dans les dernières années. Après les augmentations consécutives à la mise en œuvre de la RTT, les évolutions ont été diverses. Certains établissements ont continué de recruter, indépendamment de l'évolution de l'activité (par exemple à

Belfort-Montbéliard jusqu'à 2007 inclus) ; d'autres ont, pour différentes raisons, stabilisé les effectifs. Cependant, il faut distinguer les effectifs permanents des effectifs de remplacement (intérim et CDD). Même si les statistiques nationales, déjà marquées par l'approximation pour les premiers, donnent encore moins d'indication certaine sur les seconds, il semble à travers l'échantillon de l'enquête qu'une dérive importante des dépenses de remplacement caractérise la période la plus récente. Or les personnels intérimaires sont d'un coût unitaire qui peut aller jusqu'au triple de celui des emplois permanents.

Cette dérive n'est pas due aux seules difficultés de recrutement. L'absentéisme a aussi sa part de responsabilité¹²⁵. Selon les données disponibles, confirmées par l'enquête, il va croissant dans les dernières années. Son coût est considérable et ses effets désorganisateurs certains, d'autant plus qu'il n'est pas précisément suivi dans tous les établissements, comme l'ont montré les contrôles des CRC.

3 – Les difficultés de recrutement et leurs conséquences coûteuses

Les difficultés de recrutement sont réelles dans certains métiers et certaines catégories d'établissements, encore qu'une partie en soit due précisément à l'insuffisante organisation du tissu hospitalier dans une même région (par exemple CH de Bigorre ou Montauban du moins au moment de l'enquête). L'excès de la demande sur l'offre de compétences crée à l'égard du corps médical des situations inflationnistes voire malsaines, non seulement au moment de l'embauche mais aussi dans la relation usuelle avec l'administration. C'est à cela sans doute qu'on doit la persistance ou l'aggravation d'une déficience de contrôle dans trois domaines : le temps de travail des médecins, leur pratique des gardes et astreintes, l'activité libérale de certains d'entre eux. En la matière, l'enquête a constaté de réelles dérives et des abus tels que des déclarations erronées sur les horaires, les appels ou les déplacements en période d'astreinte (par exemple à Belfort-Montbéliard).

L'activité libérale des praticiens hospitaliers peut outrepasser les limites légales tout en échappant globalement au contrôle¹²⁶ (CH d'Epinal, Parthenay, Le Havre parmi bien d'autres). Les hôpitaux eux-mêmes se mettent en infraction lorsqu'ils négligent d'établir les tableaux généraux et les tableaux prévisionnels d'activité ou qu'ils ne font pas remplir les tableaux de service réalisés. Pour la permanence des soins, les dérives sont parfois concertées avec la direction, qui en use comme d'un

125. Voir sur ces points l'insertion de suivi du rapport public annuel 2009 sur « les personnels des établissements publics de santé, pp. 303 à 324.

126. IGAS rapport n° RM 2008-147P (§ 180 à 188).

complément de rémunération. Elles ajoutent leurs coûts à la lourdeur d'un dispositif de permanence des soins souvent plus ample qu'il ne serait strictement nécessaire, ce qui se traduit dans les coûts rapportés au nombre de passages.

Coût de la permanence des soins par séjour (39 CH)¹²⁷

En €

	Pneumologie	Chir. Ortho.	Maternité
Moyenne	21,39	47,90	43,33
Minimum	0,25	0,47	13,54
Maximum	68,26	109,53	143,33

Source : CRC

*

* *

Au total, le plus souvent, le problème des hôpitaux est moins la quantité de leurs moyens que leur utilisation au bon endroit et au bon moment. Cela relève naturellement d'une bonne répartition entre les ressources et les activités mais, à activités données, c'est aussi pour chaque établissement un problème d'organisation interne.

II - Des marges d'amélioration exploitables partout

Les problèmes d'organisation des hôpitaux, pour l'essentiel, sont connus : ils l'étaient lorsque la réforme de 2004 a été conçue, qui s'est expressément donné pour but d'en traiter une partie. Elle l'a fait en conjuguant trois approches : réformer la gouvernance des établissements, créer une mission de conseil et de diffusion des bonnes pratiques (la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, ou MEAH), compter sur les effets d'un financement à l'activité fondé sur une norme de coûts. Mais ces trois outils ont en commun d'avoir au mieux un effet indirect : à aucun moment il ne s'est agi d'exposer, et encore moins d'imposer des modèles d'organisation à reproduire (à l'exception très récente, peut-être, de la pression exercée en faveur de la chirurgie ambulatoire).

Cette prudence est compréhensible : la production de soins en milieu hospitalier est un processus complexe combinant de multiples prestations inter-agissantes et échappant à la modélisation. En revanche, la production de soins peut progresser par la capitalisation des améliorations qui naissent à tout instant de la pratique. C'était du reste la

127. Le coût annuel en euros des gardes et astreintes de chaque service a été reporté au nombre total des séjours pris en charge dans l'année. Ces coûts s'entendent hors gardes d'anesthésie. En moyenne, un séjour en service maternité supporte un coût de permanence des soins de 43 €, avec un minimum de 14 € et un maximum de 143 €.

raison d'être de la MEAH. Celle-ci y a ajouté une doctrine (la qualité par la performance économique et réciproquement) et des outils pour le pilotage comme les comptes de résultats par pôle. Cependant, la diffusion des bonnes pratiques repérées et analysées n'a pas été suffisante avant sa disparition. Les missions de la MEAH seront reprises par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé, mais la méthode générale sera modifiée.

Les juridictions financières ont analysé trois axes de progrès pour une bonne part déjà identifiés par la tutelle.

A – Mieux utiliser les moyens disponibles : l'exemple des blocs opératoires

L'enquête a relevé, soit l'existence d'inadéquations temporelles, soit l'insuffisance des outils permettant de s'en prémunir : ressources humaines et techniques non utilisées à plein temps et/ou non utilisables lorsque le besoin se présente ; improvisations et contretemps dus à une insuffisance de programmation ; sous-utilisation des modes de prise en charge les plus économes en durée, sans doute parce qu'ils sont aussi les plus exigeants en termes d'organisation ; trop grande tolérance collective à l'égard des temps d'attente improductive.

Les blocs opératoires, notamment, sont un lieu de concentration de ces inadéquations, alors même qu'ils doivent être par excellence le lieu de l'efficacité et qu'ils ont été particulièrement étudiés par la MEAH. Ils représentent au demeurant une part déterminante du coût des séjours (40 % pour la chirurgie orthopédique dans l'échantillon) et ils mobilisent, en la personne des infirmières anesthésistes (IADE) et des infirmières de bloc opératoire (IBODE), une ressource limitée.

Blocs : effectifs IADE et IBODE pour 5 000 actes

	IADE/5 000 actes	IBODE/5 000 actes	IADE + IBODE
Moyenne	11,17	13,72	24,89
Minimum	4,64	4,73	11,47
Maximum	30,13	22,69	49,67

Source : CRC

A Tarbes, Decazeville, Belfort-Montbéliard, Romorantin-Lanthenay entre beaucoup d'autres, les horaires d'ouverture des blocs et leur taux d'occupation sont éloignés des valeurs cibles retenues par le ministère (2 000 heures par an et par salle pour les premiers, 75-80 % pour le second). Le faible nombre d'actes effectués par salle plaide alors pour une première mesure d'organisation : la fermeture de quelques salles

dans de nombreux hôpitaux, quitte, au besoin, à élargir les horaires d'ouverture pour celles qui resteront et à reconnaître que certaines décisions d'investissement parfois récentes n'étaient pas des mieux fondées (par exemple à Tarbes, avec la construction de dix nouvelles salles d'opérations, pour un coût de 16 M€, alors même que l'activité de chirurgie diminue continûment depuis 2004). Il est vrai que le coût de fonctionnement des salles est généralement méconnu dans les établissements.

Les modalités d'affectation des salles d'opération, de programmation et de régulation des interventions sont perfectibles. On trouve encore des établissements où les salles sont affectées personnellement, de façon permanente, aux chirurgiens, ce qui n'est pas un gage de réactivité dans leur emploi. La programmation peut rester partielle ou trop facilement tenue pour négligeable, avec notamment des proportions insuffisantes de patients nommément connus à l'avance ; les improvisations ne sont du reste pas toujours dues à de vraies situations d'urgence. Quant à la régulation au fil de l'eau, c'est-à-dire au travail continu d'ajustement, d'arbitrage et d'adaptation, elle ne peut pas toujours compter sur des instruments performants et elle est souvent confiée à un soignant non médecin, qui ne dispose pas toujours d'une autorité suffisante.

B – Rationaliser et fluidifier le parcours du patient

1 – Rationaliser

L'insuffisance de pilotage du séjour à l'hôpital ne permet pas d'éliminer ou d'exploiter utilement les temps d'attente ou, plus globalement, de minimiser la durée totale des séjours. Des progrès ont certes été accomplis en ce domaine et la T2A est en principe un moteur puissant pour continuer dans cette voie, mais elle ne fournit pas la méthode. C'est d'abord affaire de pragmatisme : par exemple on peut assez facilement gagner une journée sur le séjour et intensifier les occupations de lit en aménageant les procédures de sortie. On peut également profiter de périodes d'attente pour préparer certaines tâches administratives ou logistiques. Sur ce point, les rapports diffusés par la MEAH abondent en exemples utiles et d'exécution peu coûteuse. Il faut souhaiter qu'ils soient plus souvent lus et surtout mis en pratique.

On peut également engager des choix plus structurants entre les modes de prise en charge : il est positif pour les malades comme pour l'établissement d'opter aussi souvent que possible pour d'autres modes que l'hospitalisation complète. Pratiquer des regroupements de services dans un hôpital de jour ou un hôpital de semaine permet en outre d'économiser du personnel, comme à Tarbes. Le développement de la chirurgie ambulatoire est un objectif clairement promu par le ministère et

l'assurance maladie, qui se sont même dotés de moyens coercitifs à cette fin, avec des résultats encourageants. L'enquête, cependant, a trouvé bien des établissements qui, bien qu'apparemment tentés par cette voie, sont pour l'instant dans l'impossibilité organisationnelle de l'assumer avec profit : l'ambulatoire est plus exigeant, de ce point de vue, que l'hospitalisation complète. Il y a donc encore un fort potentiel de développement dans cette direction.

2 – Fluidifier

Actuellement, pour l'essentiel, le parcours du patient fonctionne en fait comme une succession d'étapes dont chacune est souvent conçue, organisée et gérée comme une fin en soi, si ce n'est qu'elle exporte les effets de ses dysfonctionnements éventuels vers celles qui sont à son amont (files d'attente) et à son aval (aléas divers).

La nécessité de fluidifier le parcours va au-delà de la réduction des temps d'attente déjà évoqués. Cela exige de concevoir les séjours comme un tout, pourvu ab initio d'un échéancier formalisé (élaboré si possible par un compte à rebours à partir de la date prévisible de sortie) et confié à une personne unique (et non à autant de responsables successifs qu'il y a d'étapes). Cette personne, dont l'enquête n'a pas trouvé de nombreux exemples en activité, devrait être chargée d'orienter le patient lorsqu'il y a des options, d'anticiper les ralentissements possibles, de veiller à ce que les étapes ne dépassent pas la durée prévue.

Le dossier patient, censé assurer le lien entre les différents intervenants, devrait être l'autre moyen d'une prise en charge coordonnée et continue du patient. En fait, cette fonction est peu développée. L'enquête n'a du reste trouvé aucun établissement où le dossier informatisé fût complet. Ce qui y manque est souvent substantiel : dossiers de spécialité, images numériques, prescriptions¹²⁸...

Il faut d'autre part s'attaquer aux goulets d'étranglement classiques. Certains ont des causes externes aux hôpitaux, notamment à leur aval du fait des difficultés éprouvées, dans plusieurs régions, à trouver rapidement des places en établissements de soins de suite et de réadaptation, en établissements pour personnes handicapées, en EHPAD ou en soins à domicile (par exemple bassin de Roanne, Nord Lorraine autour de Forbach, Côte basque, Pau). Il faut noter cependant que les difficultés sont presque aussi souvent dues à la non disponibilité de l'information qu'à des pénuries avérées et que des hôpitaux qui ont pris

128. Voir l'insertion sur les systèmes d'information dans les établissements publics de santé (RALFSS pour 2008, p. 305-331).

soin de nouer des relations structurées avec le secteur médico-social atténuent ces problèmes.

A l'intérieur de l'hôpital, deux goulets fréquents sont les urgences et la réalisation des examens complémentaires.

a) Les urgences

Aux urgences, une part des problèmes est certes due aux insuffisances de la médecine de ville, d'autant plus problématique que le passage aux urgences, souvent plus coûteux pour l'assurance maladie que les actes de ville auxquels il se substitue, l'est moins pour le patient¹²⁹, ce qui contribue à encombrer les services d'urgence. Mais la dispersion des coûts constatés montre également l'incidence des facteurs internes.

Dépense par passage¹³⁰

En €

	Dépense totale par passage	Dépense hors biologie et imagerie
Moyenne	191	131,43
Minimum	94,95	55,34
Maximum	315,15	222,68
Moyenne hors CHU	185,20	129,93

Source : CRC

La situation pourrait être améliorée si l'accueil des patients veillait plus systématiquement à opérer des tris et à fractionner les flux. Cela aurait pour effet de diminuer les attentes aux urgences, qui sont un des fléaux de l'hôpital, mais probablement aussi de réduire les taux d'hospitalisation : quand ceux-ci sont élevés, ils peuvent résulter d'une défaillance de la fonction d'orientation.

Taux d'hospitalisation après passage aux urgences

Moyenne	26,2 %
Minimum	9,3 %
Maximum	42 %
Moyenne en CHU	30,3 %
Moyenne hors CHU	25 %

Source : CRC

129. Le ticket modérateur, inférieur à l'hôpital pour les soins externes à celui appliqué aux soins de ville (voir infra chapitre VII, p. 194), reste parfois impayé.

130. Pour déterminer le coût moyen d'un passage aux urgences, les dépenses totales du service (directes, indirectes et de structure) ont été rapportées au nombre total de passages. Les dépenses relatives aux actes complémentaires de biologie et d'imagerie ont pu être isolées.

Deux conditions sont requises : d'une part, définir les partitions de flux pour lesquelles, plusieurs logiques sont concevables (entre filières longue et courte, entre les malades relevant a priori de l'ambulatoire et les autres, comme à Thionville, ou entre médecine, chirurgie et maladies graves, comme à Metz) ; d'autre part, doter l'accueil-orientation des compétences médicales suffisantes, comme à Roanne, où le CH peut du reste s'appuyer également sur une maison médicale de proximité pour rationaliser la fréquentation de ses urgences.

b) Les examens complémentaires

Les examens complémentaires (imagerie et biologie) sont souvent la cause d'un ralentissement du parcours, voire d'un allongement du séjour qui ne suffit cependant pas toujours pour que les résultats parviennent au service prescripteur avant la sortie du malade. L'engorgement se produit dans l'attente du rendez-vous puis dans celle des résultats.

La solution passe, d'une part, par une meilleure organisation du service d'imagerie et du laboratoire de biologie -car l'expérience prouve qu'il y a moins de délais techniques incompressibles que de fonctionnements sous-optimaux- et, d'autre part, dans le dégonflement de l'activité par élimination des redondances de prescriptions, problème réel dans nombre d'établissements comme le montre le tableau qui suit.

Prescriptions d'analyses (B) et d'imagerie (Z) : coût par séjour et poids dans le PMCT

	B + Z / séjours (€)			B + Z / PMCT		
	Pn.	Ch.	Maternité	Pn.	ChO	Maternité
Moyenne	168,3	116,1	66,6	9,2 %	4 %	4 %
Minimum	65,6	31,2	21,8	3,3 %	1,4 %	1,4 %
Maximum	327,7	232,3	150,9	18,3%	6,7 %	10,3%
Moyenne CHU	201	169,7	100,1	11,8%	5,1 %	6,1 %
Moyenne hors CHU	122,7	80,3	51,1	5,5 %	3,3%	3 %

Source : CRC

Là encore la forte dispersion des dépenses de prescription d'un hôpital à l'autre incite à penser qu'il y a matière à rationalisation. Il faut lutter notamment contre le phénomène de prescriptions quasi-automatiques, en partie dû à l'inexpérience des médecins juniors qui ont le premier contact avec le malade (le CH de Mâcon, par exemple, a prévu leur encadrement). Cette seconde précaution aurait également des conséquences économiques bénéfiques car les examens constituent une

des causes de dérive des dépenses. La constitution d'un dossier médical unique partagé apparaît aussi comme un moyen de réduction des examens complémentaires redondants.

C – Décloisonner le fonctionnement de l'hôpital

Le découloisonnement qu'il faut faire progresser doit jouer sur plusieurs plans : l'information, l'organisation, l'utilisation des ressources.

Le plus élémentaire est d'abord que l'information circule entre les services, notamment sur les disponibilités de chacun d'entre eux. Dans les établissements de l'échantillon, le partage de l'information sur ces disponibilités n'est pas toujours systématique et il repose sur des déclarations (non vérifiées par principe). Certes, rien n'autorise à penser qu'il soit essentiellement biaisé, mais on sait par ailleurs le peu d'empressement des services cliniques à voir leur pilotage perturbé, du moins par l'arrivée de certains types de patients. La loi HPST du 21 juillet 2009¹³¹ portant réforme de l'hôpital est du reste allée jusqu'à prévoir une obligation de déclaration, mais c'est un pis aller.

Il conviendrait également de découloisonner la programmation dans les services : le système souffre actuellement des aléas que chacun subit du fait du fonctionnement des autres. C'est l'un des intérêts potentiels de la création des pôles d'activité.

Un autre intérêt est d'accroître la mutualisation des ressources, notamment humaines. C'est typiquement le cas de la permanence des soins, dont on a vu plus haut qu'elle pouvait être particulièrement coûteuse et qui pourrait souvent être allégée par la mutualisation de son organisation au-delà des limites de chaque service (par exemple au CH de Belfort-Montbéliard, où les efforts réalisés ne sont pas encore suffisants). C'est également le cas des solutions à employer pour pallier les effets de l'absentéisme. En l'occurrence, l'enquête a heureusement trouvé plusieurs exemples d'établissements qui savaient faire appel à une certaine mutualisation des compétences (à Tarbes ou Forbach, par exemple) pour éviter autant que possible le recours à des solutions coûteuses, telles que la constitution de pools permanents de remplacement ou l'intérim.

Cependant le potentiel de rationalisation va bien au-delà de ces solutions. Même si la nécessaire spécialisation des compétences impose des limites naturelles à la polyvalence, il apparaît qu'on est loin de l'optimum. Ainsi à l'hôpital de la Côte basque où des barrières artificielles persistent même entre les personnels de la maternité et ceux de la pédiatrie.

131. Loi n° 2009-879.

Les obstacles à la coopération tiennent beaucoup aux habitudes de travail, qu'il est évidemment possible de faire évoluer : on l'a perçu, par exemple, au CH de Romorantin-Lanthenay qui a évolué positivement. Un autre facteur de maintien des cloisonnements réside cependant dans la configuration des locaux, d'abord parce que ceux-ci imposent parfois la distance physique entre unités qui pourraient regrouper une partie de leurs ressources. Ensuite parce que la perspective de réaménagements sert à l'occasion de prétexte à l'immobilisme d'équipes peu désireuses au fond de coopérer. Les Hospices civils de Lyon ont ainsi pris beaucoup de retard dans la rationalisation de leurs activités, de leurs équipements et de leurs fonctions supports.

III - La réforme de la gouvernance : un progrès à confirmer

Les problèmes d'organisation et d'efficience médico-économique devaient trouver une part de leurs solutions dans les différentes composantes de la politique défendue entre 2002 et 2008 et, pour ce qui est de l'intérieur des établissements, à travers une nouvelle gouvernance : à la fois de nouvelles structures décisionnelles et une répartition modifiée des responsabilités entre acteurs de l'hôpital. Pour l'essentiel, il s'agit, d'une part, de faire confiance à une réelle association des médecins aux mécanismes de décision et aux responsabilités de gestion : c'était le but de la création des conseils exécutifs, instances paritaires chargées de préparer les grandes décisions d'organisation.

L'autre forte préoccupation est de mettre fin au morcellement des responsabilités et à l'inhibition des synergies, liés tous deux à la fragmentation de la vie hospitalière autour de services tout puissants. C'était le but de la création des pôles d'activité, qui doivent, d'une part, simplifier l'interface entre administration et corps médical et, d'autre part, créer des unités de gestion d'une taille plus propice que les services aux rationalisations et aux mutualisations.

A – L'association des médecins à la direction

Selon les constats des CRC, les conseils exécutifs constituent une expérience plutôt probante. Ils donnent à l'association du corps médical une nouvelle dimension à côté des commissions médicales d'établissement (CME). Ils confirment la justesse de l'idée de décloisonnement culturel entre gestionnaires et médecins. Dans bien des établissements ils sont rapidement devenus l'instance de réflexion et d'orientation sur les problèmes d'organisation. Les négociations du SROS et du CPOM ont souvent pu s'appuyer sur eux. L'ensemble formé par la

direction générale et le conseil exécutif a montré qu'il pouvait valablement traiter de l'organisation des soins et donner un poids spécifique aux orientations adoptées, face à la communauté médicale, d'un côté, et au conseil d'administration, de l'autre.

Leur travail n'est cependant pas exempt de limites et il fait encore l'objet de critiques internes, notamment parce que les personnels soignants non médicaux n'y sont pas associés. La loi HPST s'attache à nouveau à traiter la question d'une meilleure association du corps médical aux responsabilités. Le directoire, successeur du conseil exécutif, sera majoritairement composé de représentants du corps médical (et pharmaceutique, maïeutique, odontologique). Mais ses attributions seront plus restreintes et, globalement, il est indéniable que la loi renforce le poids du directeur, notamment par le biais de son pouvoir de nomination. En tout état de cause il est probable que les évolutions dépendront plus de la pratique de la gouvernance que du détail des dispositions de ce nouveau texte.

B – Les pôles d'activité

En application de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 et du décret n° 2005-421 du 4 mai 2005, les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux sont organisés en pôles d'activité, créés par le conseil d'administration sur la base du projet d'établissement. Ces pôles peuvent être composés d'un ou plusieurs services et unités fonctionnelles. Ils devaient être mis en place avant le 31 décembre 2006.

1 – La mise en place des pôles

Le calendrier prévu par la réforme n'a pas été pleinement respecté puisqu'au début de 2008, lorsqu'a débuté l'enquête, tous les pôles d'activité n'étaient pas créés dans les hôpitaux contrôlés. Au surplus, si on considère, comme la DHOS, que les pôles n'existent qu'à compter du jour où ils sont pourvus des instances de pilotage prévues par les textes et de contrats passés avec la direction générale, on est encore plus loin du compte (par exemple Pau, Loire-Vendée-Océan, Drôme Nord, Sedan, Mâcon, Libourne, Côte basque...). Mais ce n'est que le premier des retards qui vont caractériser ce chantier.

Une grande liberté a été laissée aux hôpitaux pour établir la cartographie des pôles. En règle générale, les directeurs ont eux-mêmes laissé la communauté médicale libre de ses préférences, parfois en lui donnant tout de même certains repères ou objectifs, mais souvent pas même celui d'atteindre une masse critique pour chacun des nouveaux organes.

2 – Rationalité et taille critique

Le résultat a effectivement la diversité que laissait prévoir la somme de contingences locales à concilier, la pluralité des logiques médicales ou fonctionnelles possibles pour les regroupements de services, mais aussi la richesse même des finalités assignées à l'exercice par voie de circulaire de la tutelle. Le tableau final -ou provisoire dans de nombreux établissements (par exemple à Libourne ou Pau)- ne paraît pas inspiré par le seul déterminisme scientifique, ce qui n'est pas aussi préjudiciable qu'on l'a dit, l'important étant que le regroupement permette concrètement des gains d'efficacité et d'efficience.

Tous les types de découpages ne peuvent cependant laisser espérer les mêmes avantages : certains sont propices à la mutualisation des moyens, d'autres à la coopération des professionnels, d'autres enfin sont plus bénéfiques au confort du malade. Certains n'annoncent aucun progrès particulier, ne pouvant pas même être expliqués rationnellement. Une partie d'entre eux doivent leur périmètre à de pures considérations relationnelles, mais c'était inévitable. Au total, il est difficile de présumer des bénéfices concrets que ce découpage apportera, du fait même de cette diversité : l'appréciation devra attendre de les voir à l'œuvre.

Sur le plan quantitatif, les pôles sont en moyenne trois fois moins nombreux que les services qui les ont constitués. Mais là encore, la moyenne recouvre une grande disparité (Wissembourg compte 7 pôles pour 11 services, le CHU de Lille 40 pour 100 services, quand le CHU de Poitiers n'a que 13 pôles pour 70 services et le CH Loire Vendée Océan 9 pour 53) ; cela laisse entendre que dans bien des cas on n'a pas nécessairement atteint une masse critique en termes de mutualisation des ressources, ni suffisamment simplifié ou évité de complexifier les organigrammes.

Au demeurant, l'exercice ne pouvait aller bien loin dans les petits hôpitaux (par exemple Romorantin-Lanthenay, Chinon, Langres) et il rencontrait une difficulté spécifique dans les CHU du fait du rôle clef de la notion de discipline. Mais l'appréciation quantitative ne suffira pas non plus à juger si le niveau réel de la gestion peut cesser d'être logé dans les services.

3 – Les problèmes de gouvernance des pôles

Les responsables des pôles, dépourvus d'autorité hiérarchique, ne peuvent s'affirmer que si trois conditions sont réunies : d'une part, qu'ils soient sélectionnés parmi les plus volontaristes ; qu'ils puissent, d'autre part, s'appuyer sur des compétences qui leur soient adjointes en propre ; qu'ils reçoivent, enfin, de vraies responsabilités.

Sur le deuxième point, il est effectivement prévu que le chef de pôle soit entouré d'un cadre de santé et d'un gestionnaire administratif, voire d'un contrôleur de gestion. Mais la plupart des établissements de l'échantillon ont fait le choix de ne pas affecter de personnel administratif dans les pôles, souvent pour des raisons d'économie budgétaire : ce sont des membres de l'équipe de direction qui servent de correspondants aux chefs de pôle.

Quant aux responsabilités confiées aux chefs de pôle, c'est le point sur lequel la mise en œuvre de la réforme subit le retard le plus caractérisé. Pour l'instant, ces « responsables » n'ont quasiment jamais reçu de délégation de gestion un peu substantielle. Si délégation il y a -ce qui n'est même pas toujours le cas- elle se limite le plus souvent au remplacement d'agents absents et à la formation continue.

Certes, les délégations ont souvent plus de contenu dans les hôpitaux qui avaient anticipé sur la réforme (Nantes, HC Lyon, Tours). Mais dans les autres cas, il y a une difficulté sérieuse : soit parce que les directeurs sont peu tentés par la délégation, soit parce que les médecins ne le sont pas davantage, soit parce que cela se heurte à des problèmes d'opportunité en période de déficit (par exemple Saint-Dizier et Tarbes). Le développement des délégations semble devoir prendre encore beaucoup de temps et passer par des étapes expérimentales, comme l'enseignent les exemples d'Angers ou du CH Loire-Vendée-Océan.

L'intéressement des pôles à leurs propres résultats ne progresse du reste pas plus vite (mis à part les CH qui avaient des plans d'intéressement antérieurs à la réforme de 2005, comme Chartres ou Libourne). Il pose aussi des problèmes délicats en période de déficits, surtout si les pôles sont mis à cet égard dans des situations structurellement inégales. Pourtant, délégation et intéressement étaient des pierres angulaires de la réforme hospitalière.

Les services, de leur côté, restent parfois, en la personne de leurs chefs, les interlocuteurs privilégiés de la direction. En tout état de cause, ils ont gardé jusqu'ici prise sur la ressource humaine, la responsabilité médicale et globalement sur la production des soins.

4 – Les effets perceptibles de la création des pôles

La création des pôles a déjà eu, malgré tout, des effets positifs (par exemple à Belfort-Montbéliard) : la pratique de la concertation et de la collégialité, les réflexions sur la dynamisation de l'organisation, sans compter, parfois, des améliorations pratiques dans le fonctionnement. Cependant, ils n'ont pas encore mis leur marque sur l'organisation des soins proprement dite : ils ne l'ont pas fait visiblement progresser parce qu'ils ne s'en sont pas encore vraiment occupés.

On sait maintenant qu'ils rencontreront des obstacles : les scepticismes ne désarment pas facilement, ils peuvent même avoir été aggravés par la phase de mise en place, très consommatrice de temps et d'énergie pour peu de contreparties visibles (Sedan). La mutualisation des moyens rencontre de multiples freins quand il ne s'agit pas de franches oppositions dans les équipes médicales.

Pourtant, la conclusion ne doit pas être que la cause est entendue : le plus frappant est surtout que le travail n'a pas encore vraiment commencé.

C – Les instruments de pilotage

Réformer les structures ne suffit évidemment pas à garantir l'effectivité du pilotage. Il faut encore que les responsables détiennent une information pertinente. Avoir institué plusieurs niveaux de pilotage -la direction générale et le conseil exécutif, les responsables de pôle- impose de mobiliser cette information à plusieurs niveaux.

1 – La méconnaissance des coûts de production

Les directions générales ont, malgré une abondance de chiffres divers, quelques zones aveugles ou peu éclairées. Celle qui concerne les coûts de production est particulièrement handicapante pour le pilotage. La mise en place de la comptabilité analytique en est restée à un stade embryonnaire dans de nombreux établissements, et notamment ceux de taille petite et moyenne, alors que les instruments sont disponibles grâce aux efforts du ministère. Cependant, de très gros établissements évitent encore de connaître les coûts complets de leurs différentes composantes ; ils ne ventilent pas, ou approximativement seulement, certains postes importants de dépense.

Cette opacité est préjudiciable à la bonne gouvernance et retarde les décisions utiles pour l'avenir de l'établissement. En l'absence de comptabilité analytique pertinente, les gestionnaires ne disposent en matière financière que de documents généraux comme l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), dont on voit mal comment il peut les renseigner sur l'origine précise de leur déficit.

Trop rares sont encore les établissements qui ont développé des tableaux de bord par pôle tels que mis au point par la MEAH. Cette situation est éminemment préjudiciable sous l'empire de la T2A : les hôpitaux se privent de moyens de s'adapter à la tarification s'ils ignorent comment leurs coûts se comparent aux tarifs. Certes, les coûts de référence qui sont utilisés pour la tarification ne sont pas exempts de

biais¹³² et il faudra encore attendre avant que la méthode échappe à toute critique. Cependant, avec leurs défauts, les instruments existants peuvent déjà apporter une aide appréciable aux établissements qui jusque là en étaient dépourvus. On a vu supra que les ordres de grandeur des inadéquations de moyens sont tels que, sans aucun doute, des progrès sont à portée grâce à un usage raisonné de ces instruments.

2 – L’insuffisance des indicateurs relatifs à l’organisation

Les acteurs ne se donnent pas les moyens de connaître objectivement la performance de leur organisation et de leurs pratiques. Ne sont généralement mesurés ni les temps d’activité des blocs opératoires, ni les débordements d’horaires souvent coûteux, ni les durées des étapes du parcours dans l’hôpital, ni les temps d’attente, ni les redondances de prescriptions... La connaissance insuffisante du temps de travail des médecins, du déroulement des gardes et astreintes ou de l’activité privée a déjà été signalée. Il arrive même que les directions ne sachent pas précisément combien de salariés sont au travail dans l’établissement.

Pour ce qui touche aux questions de sécurité, et malgré ce que laisserait espérer la baisse nationale des incidents nosocomiaux, la démarche d’objectivation est très en retard : l’échantillon de l’enquête n’a pas révélé l’usage d’indicateurs aussi précieux a priori que le nombre d’hospitalisations inadéquates ou d’interventions inopportunes, celui des hospitalisations dues à une hospitalisation antérieure ou même celui des décès. La démarche qualité et notamment la certification mise en œuvre par la HAS qui fournit des outils d’audit pour que les établissements s’auto-évaluent, semblent devoir gagner en portée concrète, et pas seulement dans les domaines qui ont été les leurs jusqu’ici. Il est du reste prévu que la prochaine génération de référentiel de la HAS (V 2010) s’oriente davantage que les précédentes vers les problématiques de pilotage et de bonne gestion de la ressource. La nouvelle procédure de certification intègre les résultats d’indicateurs de qualité.

Enfin se pose fréquemment un problème de fiabilité des données. Les contrôles des CRC ont montré qu’il fallait prendre avec prudence certains indicateurs ayant une base déclarative, comme par exemple le taux d’absentéisme. Le codage des séjours par les unités médicales, d’autre part, est une source d’erreurs qui occupe une bonne part du temps des directions de l’information médicale (DIM) de nombre d’établissements.

132. Voir chapitre VII - La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi parcours, p. 171.

3 – Une information parfois peu exploitée ou exploitable

L'information des pilotes de l'hôpital est donc affectée de multiples faiblesses et les progrès réalisés depuis le rapport de la Cour sur les systèmes d'information sont encore partiels. Cependant, l'enquête a également rencontré des établissements à la tête de données abondantes, sophistiquées et incluant même des informations de benchmarking externe, dont ils ne faisaient pas nécessairement un usage complet ou opérationnel (ainsi au CH de la Côte basque).

L'information des responsables de pôle est plus problématique encore que celle de la direction, pour au moins deux raisons : tout d'abord une bonne part des données ne leur parvient pas du tout. L'enquête a noté dans plusieurs hôpitaux le cas de données spécifiques aux pôles qui n'étaient pas communiquées à leurs responsables, ou de données relatives aux blocs opératoires qui ne sont pas adressées à leurs responsables.

D'autre part, il peut en ce domaine exister un écart entre les perceptions des administrations, persuadées d'avoir diffusé une information suffisante et en tout cas abondante, et l'utilité opérationnelle de ce matériau. Il est courant que les responsables de pôles soient destinataires d'une information peu exploitable, ou non exploitable sans un important travail de retraitement voire de recoupement de leur part, ce qui évidemment ne peut s'envisager dans la plupart des cas. Il arrive aussi que les rudiments de comptabilité analytique produisent des résultats par pôle dans lesquels ceux-ci ne reconnaissent pas leur réalité, ce qui les prive d'usage dans le pilotage et la discussion. Au demeurant, même dans l'abondance apparente, les données peuvent ne pas concerner les sujets sur lesquels les chefs de pôle pourraient concrètement agir. Au total, de vraies délégations de gestion ne peuvent se concevoir qu'appuyées sur des outils utilisables.

L'ensemble donne donc l'image d'un dispositif de pilotage encore au stade d'ébauche, dont il serait trompeur de considérer qu'il est en ordre de marche.

SYNTHESE

L'histoire des hôpitaux les a amenés à des organisations très diverses en termes de moyens de fonctionnement, de volume d'activité et de résultats, quelle que soit leur taille. On trouve cependant une assez bonne corrélation entre leur classement en termes de résultats et leur niveau de dépenses, bien meilleure qu'entre résultats et niveau de recettes.

Tous les hôpitaux de l'échantillon ont au moins un foyer de sous-performance. On peut en déduire que les efforts d'ajustement des coûts ou du périmètre d'activité devront avoir lieu partout en France si la T2A produit bien ses effets de sélection.

La productivité peut être très faible par endroits, et sans espoir d'être améliorée par une improbable augmentation de l'activité. Les surcapacités peuvent concerner tous les facteurs de production, et pas seulement dans les petits CH. Elles ont souvent été aggravées par l'absence d'adaptation au déclin de la demande ou par des investissements décidés à contretemps ou par les deux à la fois.

Les ressources humaines présentent simultanément des cas de sureffectifs et d'insuffisances, notamment par défaut d'organisation. Les insuffisances sont compensées par un recours très coûteux aux emplois de remplacement.

Les axes d'amélioration de l'organisation résident dans une meilleure régulation dans le temps et un élargissement des périmètres de gestion, en visant fluidification et décloisonnement, comme devraient l'autoriser les nouveaux pôles d'activité mais pas seulement eux.

La réponse par la réforme de la gouvernance (conseils exécutifs, pôles d'activité), dont la finalité est notamment d'améliorer l'efficacité grâce à la mobilisation des médecins, a généré une période d'installation plus longue que prévu. Si elle a eu à ce jour quelques effets positifs et indiqué une direction de progrès, ces effets restent de second ordre et n'ont pas encore atteint les processus de production des soins. Le retard accumulé dans le développement des outils de pilotage, notamment, prive ces derniers d'existence concrète.

RECOMMANDATIONS

15. Intégrer dans un avenant aux actuels CPOM et dans les futurs CPOM :

- a) un calendrier de déploiement d'une comptabilité analytique pertinente et des tableaux de bord associés ;*
- b) une analyse des secteurs d'activité présentant des surcoûts, afin de corriger les dysfonctionnements et de réduire les écarts de productivité.*

16. Donner aux responsables de pôle les outils de connaissance sur leur activité et les compétences appropriées afin que le pôle devienne le bon niveau du dialogue de gestion.

Chapitre VI

Plan hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers

PRESENTATION

La relance de l'investissement hospitalier sur la période 2003-2007 constituait l'un des trois volets du plan hôpital 2007. Elle visait à rénover le patrimoine hospitalier dont l'état se dégradait et à favoriser la restructuration des établissements de santé. Ce plan reposait sur l'engagement du ministère de la santé de verser 6 Md€ d'aides aux établissements de santé publics et privés. Il devait s'achever fin 2007.

Au moment où se met en place un nouveau plan, dénommé « hôpital 2012 », il a paru utile de tirer les enseignements du plan précédent au regard de son montage et de sa gestion au niveau national et régional.

L'enquête de la Cour a porté sur les seules opérations de construction ou de rénovation immobilières¹³³ qui représentent plus de 90 % du montant des investissements engagés et des aides accordées dans le cadre du plan. Elle a examiné quatre régions présentant des contextes différents : l'Aquitaine dont le patrimoine hospitalier était l'un des plus vétustes, la Bourgogne, région suréquipée sur le plan sanitaire dont l'offre devait être restructurée, la Haute- Normandie, région caractérisée par une forte disparité de l'offre entre un territoire industriel et portuaire peuplé et un territoire rural de moindre densité, et Rhône-Alpes, qui comporte trois centres hospitaliers universitaires (CHU).

La Cour constate que la relance de l'investissement a contribué à améliorer la qualité des infrastructures hospitalières et à les adapter à l'évolution des techniques médicales.

Toutefois, le lancement rapide du plan et la poursuite d'objectifs multiples ont conduit à retenir un trop grand nombre de projets, dont la viabilité économique n'était pas toujours assurée. De plus, les défaillances du pilotage national n'ont pas permis de maîtriser les dépenses. Lors de l'annonce du plan, leur montant avait déjà été relevé de 6 Md€ à 10,2 Md€. Au total, fin 2007, ces dépenses d'investissement s'élevaient à plus de 16 Md€ alors que l'aide de l'Etat, quant à elle, restait constante à 6 Md€. Enfin le bilan de ce plan s'avère difficile à établir, notamment du fait de l'absence d'indicateurs et du manque de fiabilité des outils de suivi mis en place.

133. Les projets concernant les systèmes d'information, également prévus dans le plan ont fait l'objet d'une analyse dans le RALFSS de 2008 (cf. pages 305 et suivantes).

I - Le lancement du plan

A – L’absence de critères précis

1 – Une estimation approximative des besoins d’investissement

Le plan hôpital 2007 a été conçu pour accélérer le rythme des dépenses d’investissements immobiliers des hôpitaux. En effet le patrimoine hospitalier était considéré comme vétuste et n’était plus, dans nombre de cas, conforme aux normes de sécurité.

Le chiffrage de l’aide initiale du plan a été effectué sur la base de deux études de sources différentes, mais aux conclusions concordantes. La première, réalisée par une société de conseil privée, évaluait en 2001 la mise à niveau du patrimoine hospitalier et des systèmes d’information hospitalier à 14 Md€. La seconde, moins précise, estimait que la réhabilitation ou la reconstruction des bâtiments des CHU demandait entre 5,6 Md€ et 6,5 Md€, à un horizon de cinq ans. Compte tenu des sommes que les établissements publics de santé consacraient en 2002 aux investissements nouveaux, (1,1 Md€ d’investissements sur 2,7 Md€ de dépenses totales par an) la mise à niveau de leur patrimoine aurait nécessité 13 ans.

Afin de ramener ce délai à cinq ans, le ministre de la santé a décidé d’allouer aux établissements de santé, y compris aux cliniques, une aide de 6 Md€ sur la période 2003-2007. Cette somme devait permettre aux établissements publics de santé (EPS), de réaliser un volume d’investissement supplémentaire supérieur d’environ 30 % à leur investissement antérieur, toutes opérations confondues (immobilier, équipements et systèmes d’information).

2 – Des modalités de sélection peu discriminantes

Plusieurs priorités, parfois contradictoires, ont été affichées d’emblée. Il était ainsi recommandé aux ARH de « cibler le dispositif sur un nombre d’opérations limité permettant un effort massif sur des opérations structurantes ». Mais elles devaient également privilégier les investissements directement liés à des plans nationaux, comme les plans cancer, périnatalité et urgences, favoriser enfin les opérations qui pouvaient démarrer dès 2003, ou surtout être engagées avant fin 2007.

En pratique, compte tenu des délais nécessaires pour la concertation et l’élaboration des dossiers, les ARH ont disposé de deux mois pour examiner les projets des établissements avant de les soumettre

à l'arbitrage de la DHOS et du ministre de la santé. Ce calendrier était incompatible avec un examen rigoureux des projets, tant sur leur faisabilité que sur leur pertinence.

Les modalités de sélection des projets ont été, de ce fait, très hétérogènes d'une ARH à l'autre et les projets retenus se trouvaient à des stades de maturité différents. Certains étaient au niveau de la programmation, d'autres à celui des études ou de la consultation. Enfin des projets, antérieurement financés par le fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO), fonds alimenté par des crédits d'Etat, étaient déjà en phase de travaux.

Compte tenu de procédures aussi peu rigoureuses et du choix aussi ouvert de « priorités », il n'est pas surprenant que près de 1 000 opérations (937) aient été inscrites dans le plan. Leur liste reflète la grande dispersion des objectifs. Ainsi lors de la présentation publique du plan en septembre 2003, on distinguait au moins cinq grandes catégories d'opérations : recomposition de l'offre, recherche de complémentarités, reconstructions ou restructurations, mise en œuvre des plans nationaux et opérations innovantes. Ces catégories recoupaient elles-mêmes des projets variés : travaux de mise aux normes, d'humanisation, de rénovation, reconstruction partielle ou totale, installation d'équipements, informatisation de services ...

Si le montant unitaire d'un tiers des opérations était significatif (275 d'entre elles mobilisaient 80 % des investissements du plan avec des montants unitaires supérieurs à 10 M€), 70 % étaient d'un montant inférieur à 10 M€.

L'étude menée par la Cour dans les quatre régions montre cependant que ce constat global doit être nuancé suivant les régions :

- l'ARH d'Aquitaine a privilégié des opérations de restructuration de l'offre. Ces opérations mobilisaient 88 % du montant des investissements estimés en 2003. L'ARH disposait d'une étude financière approfondie sur les projets retenus : Bayonne, Bordeaux, Périgueux, Libourne, Pau et Villeneuve-sur-Lot. De plus, la plupart étaient à un stade d'étude avancé ;
- l'ARH de Rhône-Alpes a retenu 40 établissements sur 330, dont cinq projets d'envergure et a intégré 21 projets FIMHO portant sur des opérations importantes à Bourg en Bresse, au CHU de Saint Etienne, à Chambéry et aux Hospices Civils de Lyon (HCL) ;
- l'ARH de Bourgogne, moins sélective, a retenu un établissement dans chacun des six territoires de santé : le CHU de Dijon, et les CH de Chalon-sur-Saône, Mâcon, Nevers, Sens et Auxerre. Parmi ces projets, certains n'en étaient qu'à l'étude préalable ;

- l'ARH de Haute-Normandie a proposé des opérations dont le projet médical n'était pas arrêté (construction du pôle mère enfant au CH du Havre et le regroupement des CH de Vernon et Evreux), et d'autres dont elle savait que les travaux ne pouvaient être engagés qu'en 2007 (la construction d'un bâtiment central au CHU de Rouen).

C'est d'ailleurs dans ces deux dernières régions que la Cour a constaté de très importants retards dans l'exécution du plan et des dérapages de coûts parfois très élevés.

B – Un financement porté par l'assurance maladie

1 – Un mécanisme financier reposant principalement sur des emprunts aidés

Le plan avait été initialement cadré de manière à financer intégralement l'effort d'investissement supplémentaire réalisé entre 2003 et 2007. Son financement était entièrement à la charge de l'assurance maladie. Compte tenu du coût global, le montage retenu combinait des subventions en capital et des aides à l'exploitation, destinées à faciliter le remboursement des charges d'emprunts (en intérêts et capital), mais aussi à étaler dans le temps la charge financière que sa mise en œuvre représentait pour l'assurance maladie.

Dans le schéma initial, les aides versées aux établissements devaient donc provenir de deux sources :

- 1,5 Md€ de subventions en capital prélevées sur le nouveau fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ;
- 430 M€ d'aides en fonctionnement, prélevées sur l'enveloppe de l'ONDAM hospitalier, permettant de financer 4,5 Md€ d'investissement.

a) Le FMESPP

Le FMESPP a été créé en 2003 pour la mise en œuvre du plan hôpital 2007, par la fusion des fonds de financement d'opérations de modernisation dans les EPS et les cliniques. Ses ressources viennent de contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie. Son montant est fixé chaque année par la LFSS. Il est géré par la caisse de dépôts et consignations (CDC).

En 2003, le FMESPP avait été doté de 300 M€ pour financer l'effort supplémentaire d'investissement résultant du plan. Cet apport en

capital devait permettre aux EPS de financer leurs investissements en limitant le poids de leurs nouveaux emprunts. Quant aux cliniques, le plan prévoyait même de leur affecter prioritairement ces aides en capital pour financer leurs investissements.

b) L'enveloppe de l'ONDAM hospitalier

La majeure partie du financement a été assurée sous la forme d'un droit à une dotation reconductible, sur une durée de 20 ans. Cette dotation était incorporée dans l'allocation de l'ONDAM hospitalier aux établissements.

Dans le cas le plus fréquent (celui d'une maîtrise d'ouvrage publique), 100 € de crédit ONDAM permettent à l'EPS d'emprunter 1205,4 € à 5,5 % sur 20 ans. Ce taux dit de conversion (12,054) n'a été stabilisé officiellement par la DHOS qu'en 2006¹³⁴.

L'emprunt engendre des charges financières d'exploitation que l'aide supplémentaire de l'ONDAM, imputée sur les versements ultérieurs de l'assurance maladie, vise à neutraliser. Ce schéma a été retenu dans un contexte favorable, où le taux de dépendance financière des EPS n'atteignait que 33,2 %¹³⁵ et où les conditions d'emprunt étaient plutôt meilleures que celles envisagées lors de l'élaboration du plan (les taux d'intérêts avoisinaient les 3,5 %).

Ce mécanisme de financement avait des précédents. Les ARH ont accordé en effet des financements spécifiques aux EPS sous forme de compléments à leur dotation, mais ceux-ci n'étaient pas globalement comparables au niveau des aides prévues par le plan hôpital 2007. En effet, le montant prévisionnel des aides était de 430 M€ sur cinq ans et devait permettre, selon la DHOS, de financer 4,5 Md€ d'investissement pour une dotation supplémentaire annuelle moyenne d'environ 86 M€.

Le versement des aides a d'abord été effectué sous la forme d'une dotation budgétaire spécifique, puis lorsque la T2A a été mise en place, sous forme d'aides à la contractualisation (AC). L'aide du plan hôpital 2007 a donc été entièrement intégrée soit à la ligne de recettes MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) pour les opérations relevant du secteur MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), soit à la DAF (dotation annuelle de fonctionnement) pour les opérations relatives aux soins de suite et réadaptation (SSR) ou à la psychiatrie.

134. Ce coefficient correspond à l'hypothèse d'un emprunt à 5,5 % sur une durée de 15 ans, amortissable en 20 ans. D'autres hypothèses avaient été retenues par le passé.

135. C'est-à-dire l'encours de la dette rapportée aux capitaux propres, y compris les provisions inscrites en classe 1 assimilées à des fonds propres.

2 – Un dispositif moins contraignant que par le passé

Les modalités de versement des aides ont été assouplies par rapport aux dispositifs antérieurs. D'une part, la CDC pouvait verser la totalité de la subvention du FMESPP, dès lors qu'une facture attestant d'un démarrage des travaux était présentée par l'établissement. Ainsi, celui-ci n'a plus l'obligation de fournir toutes les factures pour commencer à recevoir sa subvention et dispose d'une avance de trésorerie, ce qui a facilité le lancement des projets, répondant ainsi à des critiques déjà formulées par la Cour¹³⁶.

D'autre part, l'aide ONDAM pouvait être versée par l'ARH dès que le financement de l'opération était accepté. Ce mécanisme devait faciliter le lancement du programme d'investissement. Toutefois, tant que les emprunts n'étaient pas effectifs, les aides versées devaient être imputées à un compte spécifique, le compte 158 intitulé « autres provisions pour charges », puis au compte 142 « provision réglementée pour renouvellement des immobilisations », tardivement créé en début d'année 2007. Cette disposition visait à éviter tout détournement des aides pour financer des dépenses d'exploitation.

C – Un pari sur la capacité financière des établissements

1 – Un taux de subvention ramené de 100 % à 43 % dès le démarrage du plan

La plupart des ARH ont présenté des programmes dont le coût prévisionnel dépassait largement le montant indiqué par la DHOS. Or, plutôt que d'écarter des opérations pour respecter l'enveloppe, elles ont minoré le montant de l'investissement aidé. En outre, plutôt que d'obliger les ARH à limiter les projets éligibles au plan, le ministre de la santé a révisé à la hausse la cible du plan, sans pour autant modifier le montant de l'aide. Dès lors, il incombait aux ARH ou aux EPS eux-mêmes de dégager les financements complémentaires.

Pour illustrer ces constats, on rappellera les conditions dans lesquelles les plans des ARH ont été approuvés. Afin que la DHOS fixe pour chaque région le montant définitif de l'aide, les ARH lui ont soumis un plan pluriannuel régional d'investissement (PPRI) pour 2003-2007. Ce PPRI devait comporter à la fois les nouvelles opérations envisagées

136. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 1999, p. 190.

entrant dans le champ du plan et les investissements courants de maintien du patrimoine.

Lors de l'élaboration des projets, les ARH disposaient d'une première estimation de la répartition des 6 Md€ d'aides entre dotations en capital et subventions de fonctionnement. Cette estimation fournie par la DHOS constituait l'« objectif régional pluriannuel d'investissement » (ORPI) cible financé par le plan.

a) Un premier arbitrage correspondant à un taux d'aide de 58 %

Lorsque les ARH ont présenté leurs plans, le montant global de leurs projets d'investissement supplémentaires atteignait 11 Md€. Ces prévisions étant largement supérieures à l'ORPI initial, le ministre de la santé a réévalué l'ORPI cible à 10,259 Md€. Mais cet arbitrage a été rendu sans que le montant des aides soit revu à due proportion. Ainsi, le taux d'accompagnement du plan a été d'emblée réduit à 58 %, ce qui avait pour conséquence d'augmenter le financement à la charge des EPS.

b) Des investissements prévisionnels diminuant le taux d'aide à 43 %

Fait plus inquiétant, l'ORPI cible, soit 10,259 Md€ ne représentait pas la totalité de l'investissement engagé dans le cadre du plan. En effet, dès 2004, le montant prévisionnel des opérations retenues dans le plan atteignait 14,624 Md€, ce qui diminuait d'autant le taux d'accompagnement, qui ne représentait plus que 43 %.

Cet écart, dont le ministère de la santé et en particulier la DHOS n'ignoraient pas les risques, provient de ce que les ARH ont parfois validé des projets comportant un montant d'ORPI cible très inférieur au coût prévisionnel de l'investissement.

L'intégration des dossiers du FIMHO, dispositif d'aide financé par l'Etat qui préexistait au plan hôpital 2007, mais qui représentait un montant bien moins élevé de subvention (504 M€) et d'investissement (1,3 Md€), a été l'un des facteurs de ce dépassement.

La reprise des dossiers FIMHO

Le plan a pris le relais des subventions non encore allouées par l'Etat au titre du FIMHO et des contrats plan Etat régions (CPER) c'est-à-dire de toutes les opérations bénéficiant déjà d'un arrêté de subvention non honoré. Afin d'assurer la continuité des engagements financiers de l'Etat, il a été demandé aux ARH d'intégrer les opérations FIMHO dont les dossiers avaient été acceptés au 31 décembre 2002, mais qui n'avaient pu faire l'objet d'une décision de subvention. Pour les dossiers en cours d'examen, les ARH pouvaient juger de l'opportunité de les financer. Dans

la pratique, elles les ont presque tous retenus et ont complété ce financement par des aides du plan.

Ces programmes représentaient une part non négligeable du plan en nombre d'opérations et en montant d'investissements : 326 opérations sur les 937 retenues, soit 1,3 Md€ en 2003. Fin 2007 ce montant, réévalué en fonction des surcoûts était estimé à plus de 2,3 Md€.

2 – Un contexte d'incertitudes sur la situation financière des EPS

En 2003, lors du lancement du plan, comme l'a souligné la Cour¹³⁷, la situation financière des EPS était mal appréhendée du fait de pratiques comptables contestables. Les outils permettant une meilleure appréciation de la situation financière des établissements, à savoir l'EPRD et le PGFP (plan global de financement pluriannuel) n'ont été introduits qu'en 2006, postérieurement à la sélection des projets retenus au titre du plan par les ARH. Par ailleurs, l'outil qui aurait dû permettre aux décideurs d'objectiver les conséquences financières de leurs options n'a été disponible qu'en mai 2007¹³⁸. Ce manque d'instruments n'a pas facilité la réalisation d'études *ex ante*, pourtant nécessaires à l'évaluation des retours sur investissement, lorsque la notion est pertinente¹³⁹.

L'introduction de la T2A, tant dans ses modalités que dans son échéancier, a constitué une autre source d'incertitude. Certes, les contrats de retour à l'équilibre financier (CREF)¹⁴⁰ mis en place en 2004 pour faciliter la transition, devaient permettre d'assainir les situations financières dégradées. Mais dans ce contexte de multiplication des sources de financement, il était difficile d'analyser les résultats financiers des EPS, notamment d'apprécier leur capacité d'autofinancement (CAF). Du fait de l'imbrication de l'ensemble de ces financements, la CAF

137. Voir chapitre IV sur « la fiabilité des comptes des hôpitaux », dans le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007.

138. L'élaboration de cet outil dénommé EIFIC-HOS avait été confiée à la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) créée en 2003 pour renforcer l'expertise des directeurs des EPS.

139. Tout investissement ne permet pas nécessairement de retour, ainsi par exemple de travaux de mise aux normes.

140. La circulaire du 14 juin 2004 a prévu une aide nationale non reconductible de 300 M€ destinée à financer les reports de charges des établissements de façon à permettre le passage à la nouvelle tarification « sans passif ».

La répartition de cette enveloppe entre les ARH a été effectuée en tenant compte de la situation financière des établissements de chaque région. Ensuite l'ARH devait répartir l'enveloppe en fonction d'une « analyse approfondie de la situation de chaque établissement » notamment « au regard des effets de la T2A ».

pouvait être surévaluée en raison de reports de charges, voire être faussée par le caractère non-pérenne de certaines ressources, notamment celles accompagnant les contrats de retour à l'équilibre.

II - Le pilotage du plan

Ce contexte financier, comme le dépassement initial des prévisions aurait dû inciter le ministère de la santé à organiser un suivi renforcé du plan. Cela n'a pas été le cas. La DHOS et la MAINH se sont focalisées sur le suivi de l'attribution des aides et sur l'avancement des travaux, mais pas sur le suivi global du plan. Elles ont ainsi incité les EPS à engager rapidement leurs dépenses d'investissement plutôt que de s'assurer de la viabilité financière des projets.

A – Un suivi cloisonné

1 – La création de la MAINH

La MAINH¹⁴¹ est une structure d'appui créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 pour assurer le suivi technique et financier du plan en liaison avec la DHOS et les ARH. Sa mission est triple :

- « faciliter la réalisation et la diffusion de nouvelles modalités de maîtrise d'ouvrage au sein du secteur hospitalier ;
- appuyer techniquement les directeurs d'ARH et les établissements de santé ;
- participer à l'élaboration du cadre juridique et financier du programme, à son suivi et à son évaluation ».

La MAINH est composée d'une équipe de 14 personnes, en plus du directeur. Elle s'appuie sur un réseau de 26 chargés de mission recrutés par les ARH pour veiller à la bonne mise en œuvre des projets du plan, notamment en termes de respect des délais et des coûts. Ces correspondants locaux étaient chargés :

- du contrôle de la gestion du plan. A ce titre ils assuraient le recensement et la remontée régulière vers la MAINH et la DHOS des

141. Le budget de la MAINH s'élevait en 2008 à 5,58 M€, et à 6,12 M€ pour les équipes régionales, soit au total 11,70 M€. Il a augmenté de 19,5 % depuis sa création en 2003 (2,5 M€ pour la mission nationale et 3,5 M€ pour les équipes régionales).

informations nécessaires au suivi de l'avancement physique et financier des opérations du plan ;

- d'appuyer les projets à la demande des établissements, ou de leur propre initiative, de diligenter ou faire diligenter des études et expertises portant sur une opération (par exemple : maîtrise des délais, des coûts, amélioration de la performance du bâtiment) ;
- d'un rôle d'animation de la maîtrise d'ouvrage, en liaison avec la MAINH.

2 – Un suivi partiel assuré par la DHOS et la MAINH

La DHOS a été chargée de la coordination du plan hôpital 2007. La MAINH devait donc lui rendre compte régulièrement des actions qu'elle menait. Mais la répartition des rôles entre ces deux acteurs n'a pas été suffisamment formalisée, malgré la demande de la MAINH fin 2003.

La DHOS a notifié aux ARH le 12 septembre 2003 le montant de leur objectif régional d'investissement (ORPI), le cadrage à cinq ans des aides financières et le montant des aides allouées annuellement. Les règles de gestion de ces aides ont été précisées dans les circulaires budgétaires annuelles.

La DHOS a concentré son suivi sur les aides qu'elle notifiait. Bien qu'elle ait su que le montant du plan dépassait largement l'objectif initial, elle a estimé qu'elle n'avait pas de raison de réglementer le financement de ces investissements supplémentaires. Elle s'en est tenue aux 10,2 Md€ arrêtés de travaux éligibles par le ministre en 2003 et ne s'est pas mise en mesure de suivre la totalité des investissements engagés par les EPS. Mais elle n'a pas pour autant confié à la MAINH cette responsabilité.

Le suivi du plan a été organisé autour de revues annuelles entre la MAINH, les ARH et la DHOS. Ces revues avaient pour seul but de valider les évolutions de l'ORPI cible, de vérifier l'avancement du plan, d'ajuster l'accompagnement des aides en fonction de l'avancement des opérations et de proposer des redéploiements de crédits, en cas d'abandon d'opérations ou de retard d'exécution. La priorité a été de montrer que la dynamique du plan était bien lancée et qu'il ne se substituait pas aux investissements courants que les EPS devaient continuer d'assurer.

Ce suivi partiel, aggravé par une mauvaise gestion de l'outil d'information du plan (voir infra), a pour conséquence qu'en juillet 2009, la DHOS et la MAINH ne sont à même de produire qu'une estimation du coût total des investissements engagés sur la durée du plan. Les seules données disponibles proviennent de la direction générale des finances publiques (DGFIP). Mais elles globalisent tous les investissements, y

compris ceux courants. Il n'existe donc aucune information précise sur l'état d'avancement des opérations en cours et sur la part relevant du plan.

3 – L'interventionnisme sélectif du ministère de la santé

Alors que, dans le cadre du plan, les aides avaient été fixées à 6 Md€, puis réparties entre les régions après les arbitrages du ministre de la santé en 2003, des aides complémentaires ont été attribuées ultérieurement de manière sélective à certains EPS, suite à des interventions directes des ministres en exercice.

Le montant total de ces soutiens atteint, selon les estimations de la Cour, 580 M€ soit 10,2 % du montant total des aides du plan.

Les CHU et les CHR ont été les principaux bénéficiaires de ces aides directes. A titre d'exemple, le CHU de Toulouse a reçu 9,1 M€, le CHR d'Orléans 10 M€, le CHU de Reims 4,6 M€ sous forme d'aides reconductibles. Le CHU de Caen (4,6 M€) et de Montpellier (13 M€) ont reçu des aides non reconductibles. Ces aides ont souvent été versées en fin de plan.

4 – L'action des ARH

Les ARH ont disposé d'une grande liberté dans le choix des opérations, la gestion des aides et le suivi du plan. D'une part elles ont pu apporter des financements complémentaires aux EPS grâce aux marges de manœuvre qu'elles s'étaient constituées, d'autre part elles ont pu décider de leur propre politique vis-à-vis des cliniques.

a) L'attribution d'aides supplémentaires à certains EPS

L'enquête a confirmé que les ARH disposaient de moyens financiers propres, constitués parfois de longue date, par prélèvement sur les allocations de ressources aux établissements. Ainsi l'ARH d'Aquitaine avait instauré un prélèvement dit de solidarité depuis 1997. Elle a accordé ainsi 13,9 M€ supplémentaires aux EPS, en concentrant ses aides sur les opérations majeures (CHU de Bordeaux, CH de Bayonne, de Pau, de Libourne, Périgueux, Dax, Mont-de-Marsan et Agen). L'ARH de Rhône-Alpes a constitué sa marge par un prélèvement sur les allocations hospitalières et sur des crédits fléchés attribués par la DHOS. Ceci lui a permis d'allouer une aide en crédits reconductibles supérieure à celle apportée par le plan lui-même (47,9 M€ pour une aide ONDAM de 39 M€). Les deux autres ARH (Bourgogne et Haute-Normandie) ont également constitué ponctuellement des marges de manœuvre financière, en n'affectant pas tous les crédits fléchés attribués par la DHOS.

b) Un soutien financier aux cliniques inégal

La DHOS a encadré le montant global des aides en capital allouées aux cliniques. Elle a demandé que le taux de l'aide tienne compte de leur part dans la dotation budgétaire régionale et dans l'activité régionale. Elle a été très vigilante sur le respect de ces critères. Ainsi elle a demandé en 2003 à des ARH de revoir à la hausse leurs aides pour les cliniques. En revanche elle n'a donné aucune directive sur le taux d'accompagnement qui pouvait leur être appliqué.

Dès lors, chacune des ARH a déterminé sa propre politique. Ainsi l'ARH d'Aquitaine a plafonné le montant de l'aide à 30 % du montant total de l'investissement et n'a retenu que des projets correspondant à des regroupements actés par le SROS. L'ARH de Haute-Normandie a soutenu un projet de reconstruction au Havre et un regroupement à Dieppe, mais en plafonnant les aides à 15 %. L'ARH de Rhône-Alpes a sélectionné de façon stricte des projets inscrits dans le SROS, mais les a financés à hauteur de 50 %. Enfin l'ARH de Bourgogne a appliqué un taux uniforme de 20 %.

B – Une gestion et un suivi du plan centrés sur le rythme de la dépense

1 – Un suivi axé sur le niveau de réalisation du plan cible plutôt que sur la viabilité des projets

Les ARH ont été encouragées à obtenir un « effet levier » maximal sur le niveau des investissements, au delà des 30 % prévus initialement. Mais à aucun moment la question du financement de ces investissements supplémentaires n'a été posée. Bien au contraire la MAINH s'est toujours félicitée de l'augmentation des investissements et la DHOS ne s'est pas inquiétée des conséquences de cette évolution.

Des faiblesses dans le montage financier des projets ou des doutes quant à leur viabilité avaient pourtant pu être recensés. Dès 2004¹⁴², la MAINH identifiait en effet 39 établissements pour lesquels une opération importante présentait des risques financiers, soit que l'EPS rencontre des difficultés pour assurer son équilibre d'exploitation, soit que les ARH aient souligné la fragilité du plan de financement. Le CH de Bayonne (Aquitaine), le CHU de Dijon et le CH de Chalon-sur-Saône (Bourgogne), le CH de Rouen et le CH du Havre (Haute-Normandie) et

142. Note n° 0457 du 12 juillet 2004 au ministre de la santé. Dossier d'analyse de la revue 2004 intitulé « synthèse de la MAINH ».

les CH de Villefranche-sur-Saône, le CHU de Saint-Etienne (Rhône-Alpes) font partie de cette liste. Cette liste a été actualisée chaque année lors des revues, mais les opérations concernées n'ont pas fait l'objet d'un suivi particulier de la part des ARH, de la MAINH ou de la DHOS. La plupart de ces opérations ont connu soit des retards d'exécution, soit d'importants dépassements de coûts. Aucune n'était achevée fin 2008.

2 – L'absence de prise en compte du retour sur investissement

La rentabilité économique des projets (rapport coût/bénéfice) n'a pas figuré parmi les critères de sélection des opérations. Cependant la circulaire du 15 octobre 2003 avait précisé que le « plan hôpital 2007 devait contribuer à l'amélioration de la productivité des établissements de santé ». Elle demandait donc aux ARH de faire mentionner par les EPS les économies nettes attendues sur les dépenses de personnel et d'exploitation courante.

Faute d'outil, cette disposition n'a pas été appliquée. Les contrats signés avec les EPS dans les quatre régions examinées ne mentionnent aucune économie à attendre.

3 – Une attention insuffisante aux conséquences financières

Comme il a été indiqué, le financement du plan par subvention en capital était minoritaire. Le Parlement a accentué ce déséquilibre en décidant dans la LFSS de 2006 de transférer une partie du FMESPP sur l'ONDAM : la dotation du FMESPP a été ramenée de 300 M€ à 100 M€¹⁴³. Cette décision a été soutenue par la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAMTS), au motif qu'en diminuant les apports en capital, les EPS devraient davantage s'interroger sur la pertinence de leurs investissements.

Comme l'indique le tableau ci-après, les EPS ont donc reçu moins de subventions d'investissement que prévu. Les cliniques, en revanche, ont été peu concernées par cette décision car elles ont été prioritaires sur les affectations des fonds restants du FMESPP. Ainsi, dans les quatre régions étudiées, les ARH n'ont pas réduit les subventions prévues.

143. Article 61 de la LFSS pour 2006.

Les investissements par types d'établissements et mode de financement

En M€ (arrondi au chiffre supérieur)

Type d'établissement	ORPI cible	FMESPP cible	FMESPP versé	ONDAM cible	ONDAM versé
Cliniques	1 553	411	399	2,5	1
PSPH ¹⁴⁴	1 003	137	86	41,5	41
EPS	7 256	862	533	395	376
Total	9 812	1 410	1 018	439	418

Source : MAINH janvier 2009

4 – Une gestion du plan peu rigoureuse

La circulaire du 15 octobre 2003 prévoyait une restitution des aides en cas d'abandon d'une opération ou de retard d'engagement supérieur à un an. De fait, des aides libérées à ce titre ont été réutilisées au sein de la région ou entre régions. Ainsi ces retraits ont permis de mieux financer d'autres projets.

Mais la DHOS n'a pas en général appliqué cette procédure, alors que cela aurait permis d'imposer aux EPS plus de rigueur dans la gestion de leurs projets.

Dans les quatre ARH étudiées, il n'y a pas eu restitution de crédits pour cause de retard, mais accord entre les EPS et l'ARH sur un report de calendrier d'exécution. Or il y avait parfois matière à s'interroger sur la poursuite de certaines opérations. Peuvent ainsi être citées à titre d'exemple l'hôpital de Chalon-sur-Saône, dont la reconstruction n'a débuté qu'en janvier 2008 ; le pôle mère enfant du CH d'Auxerre, en gestation depuis 2003 et retenu à nouveau de manière dérogatoire dans le cadre du plan Hôpital 2012 ; le projet de construction du bâtiment central du CHU de Rouen, dont la fin des travaux, non commencés en octobre 2008, est prévue pour 2012 ; la reconstruction du CH de Bourgoin-Jallieu sous forme de bail emphytéotique hospitalier qui n'a débuté qu'en 2008 et dont certaines activités devront être reconfigurées lors de sa mise en service.

La Cour constate que plusieurs des opérations citées ci-dessus ont été lancées en 2008, au mépris des règles fixées au début du plan, qui visaient à une mise en œuvre des projets sur la durée du plan.

Les seuls abandons de projets dans ces quatre régions ont eu lieu en Aquitaine (CH de Villeneuve-sur-Lot) et en Haute-Normandie

144. Etablissements participant au service public hospitalier.

(clinique du Petit Colmoulins, à Harfleur). Ces opérations n'avaient fait l'objet d'aucun versement de crédits.

La DHOS a indiqué à la Cour que « le bilan définitif du plan hôpital 2007 déterminera s'il y a nécessité d'appliquer la procédure de restitution ». La Cour recommande la mise en œuvre de cette procédure, d'autant plus que certaines opérations majeures récemment engagées ne se termineront pas avant plusieurs années.

C – L'insuffisance des outils de suivi

1 – Un outil de suivi peu exploitable

La MAINH devait concevoir et alimenter un outil de suivi des opérations (état d'avancement, dépenses réalisées et consommation des aides) et d'agrégation des données nationales et régionales pour comparer les prévisions aux réalisations sur les plans techniques et financiers.

Or cet outil dénommé SIDONIH (système d'information des données nationales de l'investissement hospitalier) s'est avéré trop complexe et dépourvu de règles précises d'utilisation. La MAINH n'a stabilisé qu'en 2006 la définition des champs à remplir et a laissé trop de latitude aux ARH sur le périmètre de suivi des dépenses engagées par les établissements.

Le suivi du plan a par exemple reposé sur un indicateur, l'ORPI cible, dont le montant devait correspondre à celui notifié aux ARH par la DHOS en octobre 2004. Ce montant ne pouvait pas, en principe, être modifié car il servait de base de calcul pour le suivi national du plan. Or il a été modifié dans les régions étudiées. Le système SIDONIH permettait pourtant de prendre en compte les évolutions des opérations (retrait, ajout ou modification du montant de l'aide cible) grâce à la notion d'ORPI ajusté, fonctionnalité semble-t-il non utilisée.

Par ailleurs SIDONIH permettait de suivre les dépenses réellement payées par les établissements dans le cadre du plan. Or, les pratiques des ARH ont obéré l'utilité de cette base consolidée. Ces dernières ont en effet soit plafonné les montants engagés au niveau de l'ORPI cible, soit inscrit les dépenses réellement engagées par l'établissement dans le cadre du plan (ORPI constaté).

Considérée comme une région à part entière pour tout ce qui concerne le plan, l'AP/HP a fait l'objet d'un traitement spécifique qui a eu des incidences sur la fiabilité des données disponibles. En effet, l'AP/HP, malgré les relances de la MAINH, n'a alimenté que partiellement le logiciel. Alors que la DHOS lui a notifié un ORPI cible de

488,8 M€ en octobre 2007 et que le montant de ses investissements sur la période est estimé à 872 M€, elle n'a porté qu'un montant d'ORPI constaté de 8,4 M€ et n'a pas indiqué le montant des aides perçues.

Le traitement statistique des opérations FIMHO : un exemple de dysfonctionnement

Pour les opérations relevant du FIMHO, la MAINH et la DHOS ont demandé aux ARH de n'inscrire dans l'ORPI cible que le montant des aides, qui n'a donc pas de lien avec le montant de l'opération.

De plus, contrairement aux consignes, les ARH n'ont pas comptabilisé de manière homogène le montant des opérations FIMHO. L'ARH d'Aquitaine a inscrit seulement le montant financier des crédits de paiement qui restaient dus pour les opérations achevées, les autres étant traitées comme des opérations du plan. La Bourgogne a distingué un montant d'ORPI cible et un montant total de l'opération. L'ARH de Haute-Normandie a traité différemment les opérations FIMHO selon qu'elles avaient déjà fait ou non l'objet d'un arrêté. Dans le dernier cas elle a distingué un montant d'ORPI cible et un montant d'opération, dans l'autre cas elle a porté seulement le montant de la subvention dans l'ORPI cible. L'ARH de Rhône-Alpes a procédé de la même manière. Ces pratiques divergentes ont ôté toute cohérence à la base SIDONIH.

Enfin, la Cour observe que la MAINH lui a fourni trois bilans du plan différents entre juillet 2008 et janvier 2009, ce qui illustre le manque de fiabilité des données restituées par l'outil SIDONIH.

La MAINH tente de remédier à ces dysfonctionnements pour le suivi du plan Hôpital 2012, mais aucune décision n'était prise en avril 2009, alors que ce nouveau plan venait d'être lancé.

2 – Une absence d'indicateurs

Aucun indicateur n'avait été fixé pour apprécier la réalisation des objectifs du plan. Les avenants signés entre les ARH et les EPS ne comportaient pas d'objectifs contractualisés permettant d'évaluer l'impact du plan. L'évolution des taux de vétusté ou de mise aux normes, le nombre de chambres individuelles ou de sanitaires, les économies réalisées sur la maintenance, le nombre de blocs opératoires reconstruits auraient pourtant pu constituer autant d'indicateurs adaptés.

Les ARH n'avaient pas à produire d'analyse sur l'évolution des effectifs ou sur les améliorations apportées dans la prise en charge des patients. La MAINH n'a pas non plus développé de ratios permettant de comparer les situations avant et après investissement pour des activités comparables, ou d'apprécier le caractère réaliste des coûts d'investissement.

Cette absence d'indicateurs a ensuite rendu plus difficile l'établissement d'un bilan provisoire. Elle a sans doute contribué à justifier le recours à un prestataire de service, d'un coût conséquent¹⁴⁵, pour évaluer les effets du plan. Pour autant, cette évaluation n'était toujours pas diffusée en mars 2009 car elle n'avait pas été validée par le comité de pilotage¹⁴⁶ mis en place pour participer à son élaboration.

III - Le bilan contrasté du plan de relance des investissements

Au-delà du bilan quantitatif, la Cour a cherché à apprécier si les résultats ont été à la hauteur des objectifs initiaux au plan qualitatif et si ces investissements ont contribué efficacement à la politique hospitalière voulue par les concepteurs du plan hôpital 2007.

A – Une forte relance de l'investissement

1 – Des dépenses d'investissement estimées à 16 Md€

Le montant des dépenses du plan n'est pas connu précisément. La MAINH l'évalue à 16 Md€, mais ce chiffre est sous-estimé car il n'inclut pas le coût total des nombreuses opérations en cours de réalisation, ni le montant exact des opérations FIMHO intégrées dans le plan.

145. La MAINH a retenu un prestataire extérieur privé et a notifié un premier marché le 20 mars 2008 pour un montant de 125 580 € TTC qui a été ensuite porté à 145 912 € TTC. Cette augmentation de 16 % a été justifiée par « les modifications successives apportées à l'échantillon retenu initialement et des difficultés non prévisibles rencontrées dans l'extraction des données ».

146. Le comité était constitué de représentants de la DHOS, des ARH, et de la MEAH et de membres de la MAINH.

Les montants d'investissement du plan Hôpital 2007

En M€ (arrondis à l'euro supérieur)

Type Etablissement	ORPI plan cible	ORPI constaté (1)	Aide FMESPP versée	Aide ONDAM versée	Aides attribuées (FMESPP + ONDAM)	Montant final de l'investissement
Cliniques	1 553	1 631	399	1	411	1 906
PSPH	1 003	919	86	41	580	1 375
EPS	7 256	5 764	533	376	5 054	12 732
dont AP-HP	494	8,3	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	872
Total	9 812	8 314	1 018	418	6 057	16 013

Source : MAINH janvier 2009¹⁴⁷

(1) L'ORPI constaté correspond aux dépenses engagées par l'établissement

Comme l'indique ce tableau, les établissements publics de santé (EPS) présentent l'écart le plus important entre les montants initialement prévus et les réalisations. Selon la MAINH, ils ont investi plus de 12,7 Md€ pour un montant d'aide notifié de 533 M€ en capital et 376 M€ en ONDAM soit l'équivalent de 5 Md€¹⁴⁸. Ils ont donc financé 7,7 Md€ sur leurs fonds propres.

Le taux de subvention du plan s'élève pour les EPS à 39 % (5 Md€/ 12,7 Md€ investi), et pour l'ensemble des établissements il se situe à environ 37,5 % (6 Md€/16 Md€). Ce taux est très inférieur à celui annoncé en 2003.

Dans les régions étudiées, les taux de soutien à l'investissement (aide constatée/montant final ou estimé), hors soutien ministériel ponctuel, sont très disparates et sont parfois très inférieurs au taux moyen. Ainsi, en Bourgogne, le taux atteint seulement 19 %, en Haute-Normandie, il est de 26,5 %. En revanche il atteint 45,9 % en Rhône-Alpes et 52,3 % en Aquitaine.

2 – 123 opérations de reconstructions partielles ou totales

Selon la MAINH, 123 opérations de reconstruction ou de restructuration partielles ou entières ont été engagées, pour un montant total de 5,6 Md€ et un ORPI cible de 3,1 Md€.

147. Des données plus récentes, d'un niveau proche, mais non détaillées, ont par la suite été transmises. Du fait de l'absence de décomposition des investissements, elles n'ont pas été retenues.

148. L'aide ONDAM est multipliée par le coefficient de 12,054 qui a été retenu lors du cadrage du plan. Les 375 M€ permettent d'emprunter 4,52 Md€.

Le coût des 123 reconstructions*En M€*

Nombre opérations	ORPI - plan cible	ORPI - constaté	Montant final
123	3 135	2 677	5 607

Source : MAINH 2009

Dans les régions examinées, on dénombre plusieurs reconstructions, terminées ou encore en cours :

- en Aquitaine, la reconstruction partielle des CH de Périgueux et de Bayonne et la restructuration du plateau technique du CH de Pau ;
- en Bourgogne, les reconstructions des CH de Chalon-sur-Saône, d'Autun, de Paray-le-Monial, et du CHS de l'Yonne à Auxerre ;
- en Haute-Normandie, la reconstruction du CH d'Evreux et la restructuration du pôle mère enfant du Havre ;
- en Rhône-Alpes, les reconstructions des CH de Bourgoin-Jallieu et d'Annemasse-Bonneville, du CH de Valence, du Haut-Bugey, la restructuration du CH de Villefranche-sur-Saône, le pôle mère enfant du CH de Roanne et les restructurations des CHU de Grenoble et Saint-Etienne.

Enfin, plusieurs cliniques ont été entièrement reconstruites dans les régions examinées par la Cour : deux en Aquitaine, deux en Bourgogne, deux en Haute-Normandie et cinq en Rhône-Alpes.

3 – Un bilan d'ensemble difficile à établir

Selon le bilan établi par la MAINH en mai 2009, le nombre d'opérations financées aurait doublé, passant de 937 en 2003 à 1 927 en 2007, dont 1 049 opérations immobilières. Cette augmentation serait due à des ajouts d'opérations dans trois régions : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Alsace, qui disposaient d'un volet financier non affecté au moment du lancement du plan concernant des cliniques. A partir des données enregistrées dans SIDONIH, la Cour observe toutefois que seuls deux ajouts d'opérations sont listés (pour 40 retraits). Ils ne peuvent à eux seuls expliquer cet écart.

Par ailleurs, 183 opérations immobilières hors AP/HP, n'étaient pas achevées en janvier 2009. Elles correspondent à un montant de 5,5 Md€ restant à mandater. Leur montant total est estimé à plus de 9,8 Md€, mais rien ne permet d'affirmer que cette évaluation est définitive. En effet les opérations concernées sont souvent des opérations importantes de reconstruction, menées par les CHU et les CH. Or,

certaines font l'objet de révisions consécutives à des problèmes budgétaires.

Pour toutes ces raisons, la Cour constate que le bilan financier du plan sera difficile à établir, notamment parce que les opérations qui ont démarré après la fin du plan peuvent encore connaître des aléas, alors que certaines courent jusqu'en 2015, c'est-à-dire bien au-delà de la fin du deuxième plan hôpital 2012.

B – Des objectifs partiellement atteints

Au regard des sommes investies, la mise en œuvre du plan hôpital 2007 appelait un bilan qualitatif complet. En son absence, les données disponibles permettent seulement d'en esquisser les contours.

1 – Le taux de vétusté

Le taux de vétusté avait été l'un des critères retenus pour fixer le montant des aides dans les régions. Mais il n'a fait l'objet d'aucun suivi. Au demeurant il n'existe actuellement aucun indicateur fiable sur son évolution, les seules données comptables disponibles n'étant pas assez significatives.

2 – La mise aux normes des EPS

La modernisation des EPS devait leur permettre de mieux respecter les normes de sécurité. Avant le plan, 24 % des CHU avaient reçu un avis défavorable des commissions locales de sécurité. Selon l'enquête réalisée auprès des ARH par un prestataire de service, il resterait 18 % d'EPS nécessitant d'importants travaux de mise aux normes de sécurité.

3 – Des investissements entraînant des dépenses de fonctionnement supplémentaires

A la demande du Parlement, la MAINH a fait réaliser en 2005 une étude spécifique sur le « retour sur investissement dans le plan hôpital 2007 ». Cette étude, la seule effectuée pendant le plan, a porté sur 166 établissements, mais à un moment où seuls 9 % d'entre eux avaient mis en service leur investissement.

Cette enquête constatait une augmentation brute d'environ 8 % du nombre de salles d'opérations, concentrée dans les grandes régions. Elle notait également une réduction du nombre de services d'environ 10 %, mais une augmentation des surfaces immobilières, évaluée à un peu plus

de 10 % (de 26 000 à 28 000 m² SDO [surface dans œuvre]). Enfin dans 55 % des cas, les établissements prévoyaient une augmentation future d'effectifs de 2,8 % à l'occasion de la mise en service des nouveaux équipements. Ces constats n'ont fait l'objet d'aucun suivi particulier et n'ont pas été actualisés depuis lors, du moins à partir d'un échantillon significatif d'établissements.

4 – Un faible nombre d'opérations de coopérations ou de regroupements internes

Selon la MAINH, 235 opérations dont 170 immobilières, auraient permis de regrouper des établissements sur un seul site ou d'initier des complémentarités entre secteurs public et privé. Le mode de comptabilisation retenu recouvre cependant des opérations de nature et d'ampleur très différentes : regroupement interne, mise en conformité ou aménagement de locaux, rapprochement d'établissements, ou recomposition de l'offre avec suppression d'établissements. De plus, en raison de divers doubles décomptes ou de référencements inexacts, ce dénombrement reste sujet à caution.

Ces regroupements sont intervenus pour plus de la moitié dans le secteur privé, ce qui conforte le constat fait par la Cour sur le retard pris par les EPS en matière de restructurations¹⁴⁹.

Les opérations dites de complémentarité entre le public et le privé ont été les plus nombreuses en Bretagne, en Lorraine, en Pays-de-Loire et en Picardie. Dans les quatre régions étudiées, seules deux opérations ont été recensées et sont en cours : la constitution d'un pôle de cardiologie public/privé au CH de Bayonne (Aquitaine) et la création du médipôle de l'Isère à Bourgoin-Jallieu (Rhône-Alpes). Là encore, aucun élément n'est disponible pour évaluer l'impact de ces diverses opérations en termes d'économies ou d'optimisation des moyens.

C – Un risque d'aggravation des difficultés budgétaires dans certains EPS

1 – Un calendrier de réformes mal coordonné

Les réformes envisagées dans le cadre du plan global hôpital 2007 (tarification à l'activité, transformation de la planification sanitaire pour favoriser les complémentarités et les collaborations, réforme de l'organisation interne des EPS) devaient aboutir à une meilleure

149. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2008, p. 287 et suivantes.

régulation des dépenses hospitalières, en combinant rationalisation de l'offre de soins et optimisation des dépenses. Alors que la relance des investissements aurait dû venir en appui de ces objectifs, elle les a précédés, ce qui n'était pas de nature à inciter les EPS à adapter leurs infrastructures à leur activité, ni à se préoccuper des retours sur investissement. Au contraire cela a encore plus fragilisé certains établissements, lorsqu'ils ont engagé des projets trop ambitieux, ou mal évalué leur incidence financière.

L'introduction de l'EPRD en 2006 seulement a ensuite objectivé les difficultés financières dans lesquelles se trouvaient un certain nombre d'EPS. Par ailleurs, les hypothèses de travail sur la T2A montraient que seuls 57 % des EPS devaient être « gagnants » dans cette réforme. Faute d'avoir dès l'origine adapté les aides ou les conditions de leur attribution à la situation de ces établissements, ces constats auraient dû inciter la DHOS, la MAINH et les ARH à resserrer le pilotage du plan et à réexaminer le dimensionnement des projets des EPS considérés comme perdants à la T2A, ce qui n'a pas été effectué.

2 – Des projets mal dimensionnés

Les ARH ont parfois procédé à la redéfinition ou à une réévaluation des projets rencontrant des difficultés d'exécution. Ces recadrages ont consisté à rediscuter du bien fondé des projets ou à les redimensionner. Toutefois, plusieurs projets ont été revus à la hausse dans les régions étudiées, alors même que l'établissement n'était pas en mesure de les financer.

Dans d'autres cas, le dimensionnement des projets ne reposait pas sur une analyse prévisionnelle solide de l'évolution de l'activité ou ne prenait pas assez en compte la concurrence d'autres établissements. A titre d'exemple, on citera le nouveau pôle mère-enfant du CH du Havre, projet jugé surdimensionné par la CRC de Haute-Normandie¹⁵⁰, qui relevait qu'il reposait sur une prévision d'activité de 4 000 accouchements par an, soit une augmentation de près de 33 % par rapport à l'activité actuelle. Cette prévision semble irréaliste en raison de l'offre de soins existant dans d'autres établissements du secteur. En outre le transfert des services de pédiatrie et de maternité, localisés au Havre dans

150. Selon l'avis rendu le 15 septembre 2008 suite à la saisine de la CRC par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Haute-Normandie en application des dispositions de l'article L. 6143-3 II du Code de la santé publique afin d'évaluer, sur la base de l'exercice 2007, la situation financière du groupe hospitalier du Havre et de lui faire part des mesures en vue du redressement de l'établissement.

le nouveau pôle nécessitera des moyens supplémentaires (brancardiers, agents de maintenance...) qui pèseront sur les charges d'exploitation.

Tirant sur ce point les leçons du premier plan, le plan hôpital 2012 semble avoir pris en compte la nécessité de mesurer en amont le retour sur investissement des projets. Afin de sélectionner les projets, la DHOS a imposé aux ARH de lui fournir un dossier type par projet immobilier, comportant notamment des éléments sur la capacité de l'EPS à porter financièrement l'opération et sur l'impact des investissements sur son exploitation future.

3 – Un accroissement du recours à l'emprunt

La DGFIP estime que la situation financière des EPS est marquée en 2008¹⁵¹ « par le recul de l'autofinancement du fait de l'augmentation plus importante des charges d'exploitation que des produits, par des dépenses d'équipement toujours dynamiques au terme du plan hôpital 2007 », ce qui explique selon elle le recours accru à l'emprunt des EPS.

Le tableau présenté ci-dessous montre d'une part que la capacité d'autofinancement (CAF) des EPS en 2007 est revenue à son niveau de 2003, alors que les dépenses d'investissement ont progressé nettement pendant le plan et que l'encours de la dette a augmenté de 6,6 Md€. Le taux de dépendance financière des EPS est ainsi passé de 33,2 % en 2004 à 40 % en 2007¹⁵².

Dans un contexte où la capacité d'autofinancement des EPS ne s'améliorait pas, sans que l'on puisse savoir si cette évolution était due à une insuffisance de recettes ou à une trop forte augmentation de leurs charges par rapport à l'activité, la Cour estime que le non respect du cadrage initial du plan a accru la dépendance financière des EPS. Certains d'entre eux ont même eu recours à des emprunts à risque¹⁵³ dont le suivi leur est difficile car ils sont indexés sur des paramètres qui ne leur sont pas familiers.

151. DGFIP : première tendances 2008 des finances locales, janvier 2009.

152. Le taux de dépendance financière exprime le rapport entre dettes consolidées et capitaux permanents.

153. Rapport public annuel 2009 (première partie, p. 254 et suivantes).

L'évolution du financement des investissements

En M€

Libellé	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total 2003-2007
Capacité d'autofinancement (1)	2 627	2 814	3 478	3 093	3 047	2 877	15 311
Plus-values de cessions (2)	92,3	49,9	196	77,3	41,5	60,9	426
Subventions d'équipement reçues (3)	206	269	399	399	283	316	1 668
Financements d'investissements (1)+(2)+(3)	2 926	3 132	4 075	3 570	3 372	3 254	17 405
Dépenses d'investissement (hors placements budgétaires)	3 129	3 646	4 418	4 794	5 345	5 617	23 822
Encours de la dette (situation au bilan)	9 235	9 798	10 909	11 962	13 504	15 874	6 639

Source : DGFIP : données au 31 août 2008.

Hors que les opérations du plan hôpital 2007 ne sont pas toutes terminées, même si les aides ont été versées en totalité, au fur et à mesure des travaux, les EPS continuent, voire commencent à rembourser des annuités d'emprunt. En outre, à partir de 2010, les premiers effets du plan hôpital 2012 se feront sentir. Au total, si les CAF ne s'améliorent pas significativement dans les années à venir, la situation financière des EPS risque de se dégrader encore plus.

Ainsi, l'insuffisante maîtrise du plan a contribué, certes parmi d'autres facteurs, à la dégradation de la situation financière des EPS, et en particulier des CHU, qui ont eu une politique intensive d'investissements sur la période 2003-2007.

4 – Le cas particulier des CHU

Les CHU se trouvent généralement en situation plus délicate, bien qu'ils aient bénéficié d'un taux d'accompagnement supérieur aux autres EPS. Ainsi, leur taux de dépendance financière est passé de 31,1 % en 2004 à 45,1 % en 2007.

Le CHU de Dijon illustre bien ce constat avec l'opération de restructuration, « le Bocage central ». Celle-ci est passée de 185 M€ en 2004 à 248 M€ en 2007, soit une augmentation de 34 %. Alors qu'il a bénéficié d'un soutien massif de l'ARH de Bourgogne qui lui a apporté

l'équivalent de 129 M€, soit presque le double du plan, la CRC¹⁵⁴ constate une dégradation de sa CAF. Ses investissements ont été financés par emprunt à hauteur de 59 % contre 32 % pour la période 1996-2000.

Dans l'ensemble, fin 2007, de nombreux CHU ont une CAF nette¹⁵⁵ qui baisse par rapport à 2006, alors même que leurs travaux ne sont pas terminés.

SYNTHESE

Le plan hôpital 2007 a contribué à moderniser le parc hospitalier et à l'adapter aux normes, tout en améliorant l'accueil des patients et les conditions de travail des personnels. Le rythme des dépenses consacrées aux nouveaux investissements a atteint un niveau élevé, correspondant à 3 Md€ par an contre 1,1 Md€ au début des années 2000.

Le gouvernement a décidé de prolonger cette dynamique en lançant un nouveau plan sur la période 2008-2012. L'effort d'investissement porte sur 10 Md€ avec un financement de 5 Md€ reposant de nouveau majoritairement sur l'emprunt aidé.

La sélection des projets entend remédier aux principales faiblesses constatées pour le plan hôpital 2007. Ainsi l'accent a été mis sur la recherche de l'efficience, sur l'opportunité stratégique des projets, sur leur cohérence avec l'équilibre financier d'exploitation, ainsi que sur l'exigence de retours sur investissement. L'accompagnement des opérations de restructuration est une priorité.

La Cour constate toutefois que 279 projets ont été retenus pour la première tranche du plan hôpital 2012, dont plus de 100 projets immobiliers, ce qui est à nouveau élevé. Elle s'interroge sur le bien fondé de plans qui conduisent le plus souvent à une « politique de guichet », alors qu'il conviendrait de réserver les financements à un nombre d'opérations plus limité, dont il peut être démontré que les objectifs sont en phase avec la politique hospitalière poursuivie.

Elle relève également que cette relance s'est effectuée sans que le pilotage par le niveau national soit clarifié et que les modalités de suivi soient revues, notamment pour les opérations les plus importantes. Les travaux d'amélioration de l'outil SIDONIH, qui a été l'une des sources des difficultés observées dans le suivi du plan semblent paralysés. Par ailleurs,

154. Relevé d'observations définitives du 11 juillet 2008 portant sur les exercices de 2002 à 2007.

155. CAF après le remboursement des annuités d'emprunt, emprunts destinés pour l'essentiel au financement des investissements.

aucune analyse n'a été réalisée sur les besoins de renforcement en expertise au niveau des ARH pour le suivi des projets.

La Cour rappelle que les opérations les plus importantes du plan hôpital 2007 ne sont pas terminées et continuent de générer des charges financières. Devant ces constats, il apparaît prioritaire de solder le plan hôpital 2007, d'instaurer une méthodologie de suivi des projets importants déjà sélectionnés pour 2012, enfin de clarifier les modalités de pilotage du nouveau plan.

RECOMMANDATIONS

17. Pour les opérations relevant du plan hôpital 2007, réexaminer les projets peu ou pas avancés à ce jour afin de déterminer s'il y a lieu d'appliquer la procédure de restitution des crédits.

18. Pour le plan hôpital 2012 :

a) dans la phase de sélection des projets, intégrer les perspectives d'activité des établissements pour apprécier le calibrage des opérations d'investissements ;

b) organiser un suivi spécifique des opérations dépassant 50 M€ par exemple ;

c) définir des indicateurs de suivi des investissements hospitaliers et bâtir un outil permettant de recueillir auprès des ARH ou des futures ARS des informations homogènes et validées, notamment du point de vue du retour sur investissement.

Chapitre VII

La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours

PRESENTATION

Dans les années 1990, le financement par dotation globale des hôpitaux publics n'avait pas induit les efforts de gestion et d'économie attendus, malgré les efforts entrepris de convergence inter et intrarégionales. Dès lors, l'introduction d'une tarification à l'activité (T2A) constituait un volet essentiel du plan hôpital 2007, à côté d'autres composantes comme la réforme de la gouvernance de l'hôpital public, avec la mise en place des pôles, ou la relance de l'investissement¹⁵⁶.

La T2A consiste en effet à répartir entre les établissements une enveloppe votée par le Parlement au sein de l'ONDAM, non plus en fonction de données historiques plus ou moins corrigées, mais compte tenu de l'activité réelle des établissements. La T2A est dès lors un révélateur des difficultés de certains d'entre eux et elle n'empêche pas l'apparition de déficits si l'établissement ne parvient pas à faire des progrès d'organisation et de fonctionnement¹⁵⁷.

Dans une précédente insertion consacrée « au pilotage de la politique hospitalière¹⁵⁸ », la Cour avait souligné que la T2A était devenue, dès sa première année de déploiement, « une donnée majeure de la gestion des établissements de santé », mais que sa finalisation prévue pour 2012 nécessitait d'importantes améliorations relatives à la définition même des tarifs et des missions d'intérêt général ainsi qu'un effort de clarification du scénario de convergence des tarifs entre secteurs public et privé¹⁵⁹.

Depuis lors, peu de travaux d'évaluation de la réforme ont été réalisés. A partir de l'information disponible, surabondante dans certains cas mais souvent imprécise ou inexacte, la Cour a cherché à dresser un bilan à mi-parcours de la mise en œuvre de la T2A au niveau national.

A ce stade, deux constats peuvent être faits : la T2A est devenue un dispositif opaque pour les gestionnaires (I) et la définition et le suivi des recettes des établissements sont insuffisants (II). Cela conduit à s'interroger sur les modalités d'évolution de la T2A pour que celle-ci apporte une contribution accrue à une meilleure gestion hospitalière (III).

156. Voir supra, respectivement aux chapitres V – L'organisation de l'hôpital p. 113 et VI – Plan hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers p. 143.

157. Voir supra chapitre V - L'organisation de l'hôpital.

158. RALFSS de 2006, pages 153 à 202.

159. Le terme « public » désigne les établissements publics et privés à but non lucratif antérieurement financés par dotation globale (DG) mentionnés aux a, b, c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et le terme « privé » les établissements privés à but lucratif, mentionnés aux d et e du même article, antérieurement régulés par l'objectif quantifié national (OQN).

I - Un modèle opaque d'allocation de ressources

A – Un scénario cible dynamique

1 – Deux principes directeurs

La réforme T2A a été pensée autour de deux principes directeurs qui visaient principalement à favoriser une mutation du secteur public :

- dynamiser la gestion des établissements publics en substituant au financement par dotation instauré en 1983 des recettes issues de l'activité de soins produite. Ce principe s'est également traduit à partir de 2006 dans le volet budgétaire et comptable¹⁶⁰ du plan hôpital 2007 ;
- éliminer progressivement les disparités historiques de financement entre établissements, qu'ils soient publics ou privés, en faisant converger leurs tarifs pour appliquer un principe simple en apparence : à prestation identique, tarif identique.

2 – Une progressivité limitée à huit ans

Fruit d'une volonté politique forte, cette réforme majeure, adoptée en 2003, a été déployée dès 2005, alors que certains de ses volets :

- nécessitaient d'être plus clairement définis, en particulier le scénario de convergence entre secteurs public et privé ;
- restaient à construire, telles l'extension de la T2A aux disciplines de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR)¹⁶¹ ou la mise en place d'une facturation directe aux caisses d'assurance maladie dans les établissements publics ;
- exigeaient d'importants ajustements, signalés dès 2006 par la Cour et destinés principalement à mieux définir le contenu respectif des tarifs et des MIGAC.

Aussi la réforme T2A nécessitait-elle une mise en œuvre progressive dont le législateur a fixé le terme en 2012. Cette période de huit ans a également été jugée suffisante pour lisser les effets de revenu subis par les établissements en raison du processus de convergence tarifaire appliqué dès le début de la réforme, selon des modalités initialement distinctes entre secteurs public et privé.

160. Mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), du plan global de financement pluriannuel (PGFP) et du nouveau plan comptable.

161. Ce chantier distinct, dont les travaux sont en cours, n'est pas analysé ici.

A l'horizon 2012, chaque établissement doit converger vers des tarifs nationaux, calculés à la moyenne nationale de son secteur. Dans cette opération, s'opère un transfert de ressources entre les établissements historiquement surdotés et ceux historiquement sous-dotés. Le montant du redéploiement a été évalué à 1,2 Md€ dans le secteur public et à 137 M€ dans le secteur privé. Etaient a priori perdants 43 % des établissements publics et 55 % des établissements privés¹⁶².

3 – Une dynamique d'optimisation de l'activité

La réforme a été présentée aux établissements, qu'ils soient « gagnants ou « perdants » à la T2A, comme un cadre propice à leur développement et à leur responsabilisation en tant qu'entreprises : gagner plus en produisant plus et en gérant mieux. Un meilleur positionnement sur le marché des soins hospitaliers et une organisation interne plus rationnelle devaient leur permettre d'augmenter leur volume d'activité à moyens constants et de réduire ainsi leurs coûts moyens unitaires de production.

Ce scénario d'optimisation de l'activité hospitalière, qui ne se conçoit raisonnablement que dans la durée, était forcément précédé d'une première phase génératrice de dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie. En effet, la T2A avait pour première conséquence d'inciter les établissements à porter immédiatement leurs efforts sur le codage de leurs séjours¹⁶³, dont dépendaient désormais leurs recettes. Leur objectif était de tendre à une exhaustivité des codages (effet quantité) et à une optimisation de l'usage des règles de facturation (effet de structure).

De plus, l'activité hospitalière étant complexe, la tarifier a conduit à dessiner un système composite dans lequel les forfaits de séjour (GHS¹⁶⁴), socle dur du système, ont été complétés par de multiples éléments, rappelés dans l'encadré ci-dessous. Fin 2007, les GHS représentaient moins des deux tiers des dépenses d'AMO relatives à la T2A. L'éclatement de la T2A en de multiples composantes a augmenté le risque de croissance des dépenses, chacune de ces recettes étant susceptible de connaître une évolution à la hausse.

162. Par ailleurs, la dispersion initiale des établissements autour de la moyenne était plus importante dans le secteur public que dans le secteur privé.

163. Les caractéristiques administratives et médico-économiques de chaque séjour sont saisies dans des résumés de sortie standardisés (RSS) qui permettent ensuite de le rattacher à un groupe homogène de malades (GHM), grâce à un logiciel de groupage.

164. Les groupes homogènes de séjours (GHS) fixent les tarifs opposables (base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire -AMO-) des groupes homogènes de malades -GHM- : il s'agit donc de forfaits de séjour.

Rappel des composantes de la T2A

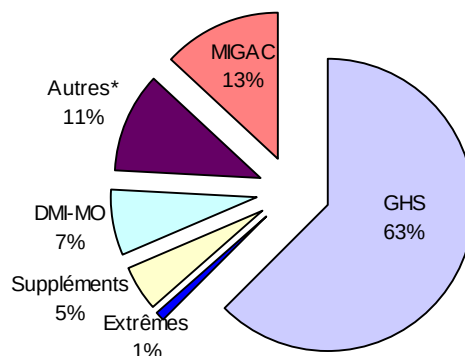
Les dépenses relatives à la T2A sont agrégées dans le premier sous-objectif hospitalier de l'ONDAM.

Ces dépenses T2A sont elles-mêmes réparties en deux blocs principaux, donnant lieu chaque année à la fixation par arrêté de deux objectifs de dépenses d'assurance maladie, communs aux secteurs public et privé. D'une part, l'objectif des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO) rassemble les financements rémunérant l'activité de soins. D'autre part, la dotation MIGAC finance les missions d'enseignement et de recherche (MERRI), les missions d'intérêt général (MIG) et l'aide à la contractualisation (AC).

Si les MIGAC ne sont financées que par dotation, l'ODMCO correspond à des modalités de financement plus variées. En sus des tarifs GHS, existent ainsi des tarifs spécifiques à certaines activités (comme l'hospitalisation à domicile ou la dialyse) des facturations selon une autre référence que les GHM (consultations et actes externes facturés selon la nomenclature), mais aussi des forfaits annuels, s'apparentant à des dotations (pour les urgences ou les greffes).

En outre, les tarifs GHS, qui ont vocation à rémunérer des séjours « tout compris », peuvent aussi être complétés par des « extrêmes » pour les séjours dont la durée est atypique, par des « suppléments journaliers » (de réanimation et de néonatalogie) et par la facturation, dite « en sus », de dispositifs médicaux implantables et de médicaments onéreux (DMI-MO) inscrits sur une liste fixée par arrêté et remboursés à 100 % par l'AMO.

Répartition des dépenses T2A de 2007



*Autres :

- consultations et actes externes en établissements ex DG
- forfaits techniques ATU, MG
- GHT (hospitalisation à domicile)
- forfaits annuels

Source : Cour

B – L’incidence des contraintes financières

La T2A a été introduite dans un contexte financier difficile, caractérisé par un effet de ciseaux, résultant de deux facteurs. Premièrement, au moment de son introduction, il a été décidé de freiner fortement la croissance de l’ONDAM, devenue difficilement soutenable. Deuxièmement, la relance de l’investissement hospitalier a eu pour effet d’accroître les charges de l’assurance maladie et des établissements. Le cumul des phénomènes a accru les difficultés des établissements « perdants » à la T2A en raison de la convergence évoquée plus haut.

1 – Les charges d’investissement

Les plans d’aide à l’investissement (plan quinquennal Hôpital 2007, immédiatement relayé par le plan Hôpital 2012) semblaient a priori en synergie avec le projet de redynamisation des établissements de santé.

Toutefois, sans lien économique avéré avec l’entrée en T2A et les adaptations qu’elle allait nécessiter, ils ont engendré un accroissement des charges des établissements, pour la partie non aidée des investissements ; mais surtout une dépense supplémentaire de l’assurance maladie obligatoire, pour la partie aidée¹⁶⁵. Cette aide qui s’est imputée sur un ONDAM hospitalier en décélération a donc réduit la marge disponible pour l’augmentation des recettes d’assurance maladie des établissements.

2 – La décélération programmée de l’ONDAM

La dynamique de croissance qui sous-tend la T2A s’est surtout heurtée au plan de redressement triennal (2005-2007) de l’assurance maladie, mis en place pour casser le rythme d’augmentation des dépenses de l’ONDAM¹⁶⁶. Pour le secteur hospitalier était prévue une décélération très volontariste, consistant à passer d’une croissance constatée de +5,2 % en 2004 à +2,0 % en 2007 (+3,5 % en 2005, +2,9 % en 2006).

Le plan reposait à la fois sur une maîtrise de l’effet prix-volume dans la sphère médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) soumise à la T2A et sur des économies, fixées ex ante à 1,9 Md€ sur les trois années du

165. Subventions en capital du FMESPP et surtout aides en fonctionnement, intégrées dans les dotations MIGAC pour les établissements sous T2A ou dans la dotation annuelle de financement (DAF) pour les autres. Voir supra, chapitre VI.

166. +7,2 % dont +6,4 % pour les établissements de santé en 2002, +6,2 % dont +5,1 % pour les établissements de santé en 2003, +4,9 % dont +5,2 % en 2004.

plan. S'ils ont effectivement permis une maîtrise relative des dépenses d'assurance maladie afférentes à la T2A, ces cadrages nationaux annuels ont été à la fois artificiels et opaques.

a) Les économies

Les économies attendues étaient de deux types :

- les premières, quasi certaines, devaient résulter d'un transfert de charge sur l'assuré ou son régime complémentaire (augmentation du forfait journalier hospitalier de 1 € par an sur trois ans et création d'une participation forfaitaire de 18 € sur les actes exonérés supérieurs à 91 €). Dans ce cas, la recette est présumée constante pour les établissements, mais la dépense AMO est en diminution ;
- les secondes, potentielles, résultaient des économies de gestion que les établissements devaient réaliser pour supporter la limitation des tarifs.

Les travaux d'audit en organisation, menés notamment par la MEAH, révèlent toujours des gisements de productivité importants, quoique variables selon les établissements. Toutefois, ces économies de gestion potentielles ont conduit le ministère à présenter, dans les cadrages annuels, un taux virtuel de progression des ressources des établissements (mentionné sous le terme de « taux brut ») supérieur au taux de croissance autorisé des dépenses d'assurance maladie obligatoire.

Economies intégrées dans la construction des campagnes hospitalières

En M€

	Economies totales	Dont transfert sur l'assuré	Taux de croissance de l'ONDAM hospitalier Toutes disciplines (objectif / base)	Taux « brut » ou taux de progression théorique des recettes des établissements (si les économies totales sont réalisées)
2005	350	100	+ 3,69 %	+ 4,21 %
2006	1 260	180	+3,43 %	+ 5,64 %
2007	460	180	+3,49 %	+ 4,22 %
2008	405	0	+ 3,18 %	+ 3,80 %
2009	303	0	+3,18 %	+ 3,64 %
Total	2 778	460		

Source : Cour

b) Les arbitrages entre prix et volume

Le taux de croissance en valeur de l'ODMCO (activité hors MIGAC) a été réparti entre l'effet volume et l'effet prix de manière

prudente, afin de limiter les hausses tarifaires. En effet, contrairement à l'arbitrage rendu en 2005, destiné à assurer un contexte politiquement favorable au lancement de la T2A, la croissance prévisionnelle en volume a été privilégiée à partir de 2006.

Comme en outre, à l'intérieur de l'ODMCO, le poste des produits (DMI-MO) remboursés sur facture à 100 % par l'assurance maladie a échappé à la maîtrise, la rigueur s'est donc principalement concentrée sur l'activité tarifée. La marge de manœuvre laissée à l'effet prix a donc été réduite et celle des hausses tarifaires proprement dites davantage encore, puisque des « provisions » (en fait un gel de mesures nouvelles) sont également venues en déduction (250 M€ en 2006, 200 M€ en 2007).

Ce cadrage financier avait d'abord pour objectif de limiter la croissance des dépenses d'assurance maladie, les établissements étant présumés bénéficier d'une progression supérieure de leur marge disponible en raison des économies de gestion réalisées en parallèle.

Taux de croissance de 2005 à 2008 (en dépenses d'assurance maladie)

En %

	Taux de croissance valeur ODMCO	Taux de croissance volume DMI-MO	Taux de croissance volume base tarifs	Hausses tarifaires	
	Secteurs public et privé			public	privé
2005	3,29	9,7	1,0	0,27	1,98
2006	2,04	11,8*	2,6	-1,00	- 1,00
2007	2,83	12,1	1,7	1,26	1,26
2008	2,78	10,0	1,7	0,43	0,43

Source : Cour

*Le taux de croissance réel est supérieur (+12,4 %) car des produits ont été sortis de la liste et transférés en tarifs pour 153 M€ en 2006.

Si l'activité dans certains établissements croît moins vite que le taux retenu nationalement (lors de la répartition des mesures nouvelles ONDAM), ils peuvent se trouver en difficulté financière, une grande partie des charges étant fixes (et inversement dans le cas contraire).

3 – La DAC utilisée comme frein

Outre les mécanismes de régulation examinés ci-dessus, la dotation annuelle complémentaire (DAC), qui devait simplement accompagner la mise en œuvre progressive de la T2A, a été détournée de son but initial et utilisée comme outil de maîtrise des dépenses d'AMO, au détriment de la lisibilité de la réforme.

a) L'objet initial de la DAC

La DAC était en principe uniquement destinée à lisser dans le temps la convergence tarifaire entre les EPS, en substituant progressivement aux dotations historiques les recettes calculées sur la base des tarifs nationaux¹⁶⁷. La DAC devait donc disparaître au fil du temps dans chaque établissement, selon une progression presque linéaire¹⁶⁸.

Ce mécanisme ne devait avoir aucune conséquence sur l'évolution de la base tarifs du secteur public à laquelle l'effet prix-volume examiné ci-dessus aurait dû être appliqué en totalité, comme il l'a été à la base tarifs du secteur privé.

b) Un mécanisme discret de maîtrise des dépenses

La part de la DAC dans les ressources aurait donc dû diminuer au fil des ans, tout en bénéficiant néanmoins d'une revalorisation similaire à celle appliquée à la base tarifs hors DAC. A partir de 2006, pourtant, la pratique instaurée n'a pas été celle-là. La DAC n'a pas été revalorisée comme la base tarifs hors DAC, en raison de l'inapplication de l'effet prix-volume décrit plus haut. Il en résulte un « manque à gagner » pour les établissements, apparaissant clairement au plan national quand on compare les dépenses d'assurance maladie versées au titre de l'activité tarifée (ODMCO hors forfaits annuels et DMI-MO) avec le montant résultant du produit de l'activité nationale par les tarifs nationaux du moment. L'écart s'est élevé à -367 M€ en 2006 et -654 M€ en 2007.

En réalité, la DAC a perdu sa fonction initiale et a été utilisée au niveau national comme une enveloppe d'ajustement. Privée d'effet prix et volume, elle a en outre été ponctionnée de 412 M€ en 2006 et de 260 M€ en 2007¹⁶⁹.

167. Eux-mêmes calculés à la moyenne nationale des recettes versées aux établissements.

168. Résultant de la fraction définie par la LFSS de 2004 et fixée annuellement par le gouvernement : 90/10 en 2004, 75/25 en 2005, 65/35 en 2006 et 50/50 en 2007.

169. En 2006, pour alimenter la part tarifs du secteur public de 244 M€ et la base tarifs du secteur privé de 168 M€, et, en 2007, de 260 M€ pour alimenter la part tarifs du secteur public, laquelle a néanmoins fait l'objet dans le même temps d'un gel de 200 M€ pour compenser partiellement le surplus de 244 M€ apporté en 2006.

Evolution de la DAC en 2006 et 2007

	Part DAC théorique	Part DAC en objectif	Taux d'évolution DAC	Taux d'évolution Part tarifs (publics)
2006	65 %	59,5 %	- 0,72 %	+3,24 %
2007	50 %	47,7 %	+ 0,23 %	+3,85 %

Source : Cour

c) La sortie du dispositif

En 2008, il a été décidé de mettre fin au mécanisme de la DAC, considéré comme insuffisamment incitatif par les établissements publics les plus dynamiques, et d'appliquer le mécanisme de convergence mis en œuvre dans le secteur privé depuis 2005.

Principe du passage à 100 % dans le secteur public : l'alignement sur le mécanisme du coefficient de transition du secteur privé

La mesure intitulée « passage à 100 % », introduite à partir de 2008 dans le secteur public, a uniquement consisté à substituer au mécanisme de convergence intrasectorielle de la DAC celui en vigueur dans le secteur privé depuis le début de la réforme, le coefficient de transition.

Ce coefficient, qui permet aux établissements privés d'atteindre progressivement les tarifs nationaux de leur secteur en 2012, est simple dans son principe. Il a consisté à calculer au départ, un ratio propre à chaque établissement et applicable jusqu'en 2012, rapportant les recettes historiques aux recettes théoriques.

Chaque établissement a donc été doté d'un « coefficient de transition », qui n'a pas été modifié depuis lors : supérieur à 1 si l'établissement était historiquement surdoté et devenait perdant à la T2A et inversement. Selon une progression linéaire, tous les établissements doivent aboutir à un coefficient 1 en 2012 : ainsi, selon qu'ils étaient historiquement surdotés ou sous-dotés, les établissements voient leurs tarifs diminuer ou augmenter chaque année de l'équivalent de 1/8^{ème} de leur coefficient initial, appliqué aux tarifs de l'exercice qui débute.

En 2006, la Cour avait notamment souligné qu'un des défauts de ce processus était de ne pas prendre en compte la modification de structure d'activité que chaque établissement était susceptible de connaître au cours d'une période aussi longue¹⁷⁰ et qui pouvait, de facto, modifier substantiellement sa situation initiale de perdant ou gagnant.

Il n'en demeure pas moins que ce mécanisme par coefficient a fait bénéficier le seul secteur privé de deux avantages dès 2005 : anticiper l'effet de la convergence intrasectorielle sur leurs tarifs et recueillir la totalité des fruits de l'augmentation de volume d'activité.

170. D'autant plus longue que le ratio avait été en réalité calculé sur la base de l'activité 2002.

La mutation devant se faire à somme nulle pour l'assurance maladie, les tarifs nationaux du secteur public ont été recalculés à la baisse avant que soit calculé le nouveau coefficient de transition des établissements publics, selon la méthode utilisée en 2005 dans le secteur privé (recettes historiques/recettes théoriques, cf. encadré ci-dessus). En effet, faire disparaître la DAC, en appliquant les tarifs nationaux de 2007 (avant hausse tarifaire de la campagne 2008) à l'ensemble de l'activité produite, aurait généré un surcoût pour l'assurance maladie équivalent à ce qui n'avait pas été versé au cours des deux exercices précédents. Le passage à 100 % s'est donc traduit (avant hausse tarifaire de 2008 de +0,4 %) par une baisse de -3,7 % de l'enveloppe tarifaire (équivalent à -1 Md€¹⁷¹).

Masse financière venant en diminution des tarifs en vigueur fin 2007

	Surplus mesures nouvelles sur les tarifs ex DG	Surplus mesures nouvelles sur les tarifs ex OQN	Calculs réalisés par la DHOS	Montant à récupérer pour équilibrer l'ONDAM lors du passage à 100%
2006	244	168	$(244 / 0,35) + 168$	865
2007	260		$260 / 0,51$	510
Total « surplus »				1 375
Provisions en 2007	200		$200 / 0,50$	- 400
Total à récupérer				975
Total à récupérer avec évolution activité 2008			$975 * 1,025$	1 000

Source : ATIH

d) Une opacité source d'incompréhensions

Ce recalcul des tarifs que les acteurs ont eu beaucoup de peine à comprendre, -ce qui se conçoit aisément- a fait l'objet de nombreuses présentations pédagogiques a posteriori, fondées sur la métaphore des vases communicants ou des écluses. Les établissements les plus actifs étaient demandeurs du passage à 100 %, mais ils n'avaient pas anticipé cette baisse tarifaire et avaient établi des prévisions de recettes sans commune mesure avec ce qui s'est produit.

L'opacité de ces divers ajustements a alimenté diverses polémiques sur les évolutions respectives des tarifs dans les deux secteurs.

171. Le fait d'avoir récupéré dans la base des tarifs publics le montant utilisé en 2006 pour le secteur privé (168 M€) et d'avoir appliqué un effet volume de +2,5 % en 2008, alors que l'effet volume du cadrage national était de +1,7 % n'a fait qu'aggraver la rigueur de l'opération.

L'augmentation très importante de la dotation consacrée aux MIGAC (voir infra), jusqu'en 2008 inclus¹⁷², a notamment été présentée très souvent comme financée au détriment de la croissance des tarifs du secteur privé. Le raisonnement alors tenu est le suivant : si le taux de progression global de la T2A avait été appliqué à la base ODMCO du secteur privé à la place du taux -inférieur- qui lui a été effectivement dévolu, les mesures nouvelles accordées auraient été supérieures. C'est ce différentiel qui financerait les MIGAC publiques¹⁷³.

En réalité, les établissements publics ont de facto autofinancé la croissance de leurs MIGAC par la moindre croissance de leur base tarifs, comme le montre le tableau qui suit, qui compare les montants attribués en 2008 à l'objectif initial de 2005.

Quel secteur a financé quoi ?

En M€

	ODMCO public	MIGAC publiques	T2A privée	T2A totale
Bases initiales 2005	30 130	4 320	7 939	42 389
Avec taux T2A affiché toutes enveloppes	34 529	4 951	9 098	48 578
Objectif 2008	32 932	6 508	9 395	48 835
Différence	- 1 597	+ 1 557	+ 297	+ 257
Total public	- 40		+ 297	+ 257

Source : Cour (objectifs 2008/bases initiales 2005)

Méthode suivie

Au total des quatre exercices, la base T2A totale (ODMCO + MIGAC des deux secteurs) a bénéficié d'un taux affiché de croissance de +14,6 % (soit +3,47 % en moyenne par an).

En comparant le montant qui résulte de ce taux appliqué à chaque enveloppe et le montant des objectifs 2008, on mesure un écart qui agrège tous les effets (opérations sur bases, transferts et différenciation de taux).

On constate que le sous-objectif T2A a dérapé de 257 M€ par rapport au taux fixé. Le secteur privé a bénéficié de la totalité de ce dérapage et d'un apport supplémentaire du public, qui, lui, a perdu 40 M€

172. L'économie de la campagne 2009 ne semble pas devoir inverser ce phénomène, même si le principe d'un autofinancement des nouvelles MIGAC a à nouveau été retenu, en particulier puisque la permanence des soins hospitalières -PDSH- est financée par un prélèvement sur la base ODMCO public de 760 M€ en année pleine, entraînant une baisse mécanique de -3,3 % des tarifs.

173. En pratique, ce raisonnement conduit à dire que le secteur privé a financé à hauteur de 135 M€ l'augmentation des MIGAC du public, de 2005 (base initiale) à 2008 (objectif) ; le différentiel entre le taux T2A et le taux ODMCO privé a été de 0,4 point en moyenne annuelle sur quatre ans (+3,2 % au lieu de +3,6 %).

par rapport à la situation théorique d'un taux T2A commun à toutes les enveloppes. Le secteur privé a donc bénéficié d'un gain de 0,9 % par an par rapport au secteur public, nonobstant les MIGAC.

L'écart de -1 597 M€ constaté sur l'ODMCO public a surtout servi à financer le surplus de croissance de la dotation MIGAC (voir infra).

C – Une dérive des dépenses enrayée

1 – L'évolution constatée

En 2005, c'est-à-dire au cours du premier exercice de déploiement, les dépenses d'assurance maladie relatives à la T2A avaient connu une très forte croissance. Au lieu du taux accordé de +3,8 % (1 602 M€ de mesures nouvelles sur une base de 42 389 M€), les dépenses ont en réalité augmenté de +5,2 % (soit +620 M€ décomposés en 527 M€ de rebasage en cours d'exercice et 93 M€ de dépassement en fin d'exercice).

Dès 2006, cette dérive a été enrayée. Au total des cinq exercices cumulés, la croissance annuelle moyenne constatée a été de +3,6 %, au lieu du taux autorisé de +3,5 % (mesures nouvelles ajoutées à la base retenue de chaque exercice). L'effet des opérations effectuées chaque année sur la base (rebasages et débasages), ainsi que des dépassements et sous-consommations cumulés, est donc resté marginal¹⁷⁴.

La croissance du sous-objectif T2A (ODMCO + MIGAC) a donc été maîtrisée. Elle n'est guère supérieure à celle des deux autres disciplines de psychiatrie et SSR, incluses dans le second sous-objectif (ODAM et OQN). Entre la base de 2005 et l'objectif de 2009, la croissance annuelle moyenne des deux sous-objectifs a en effet été respectivement de +3,56 % et de +3,28 %¹⁷⁵.

En revanche, il convient de souligner que, malgré son ralentissement, la croissance des dépenses hospitalières a été significativement supérieure à celle qu'avait prévue le plan de redressement de l'assurance maladie 2005-2007 évoqué plus haut.

2 – Des résultats à confirmer

Le ralentissement des dépenses hospitalières demande toutefois à être confirmé. Les statistiques d'activité comportent en effet des éléments d'incertitude, notamment dans le secteur public. Les perturbations liées à

174. 164 M€ rajoutés en base et 54 M€ consommés en dépassement de l'objectif.

175. Il a été tenu compte des changements de périmètres, en particulier du passage en T2A des services de santé des armées en 2009.

la suppression en 2007 du taux de conversion (cf. infra) ont pu faire obstacle à une déclaration normale d'activité¹⁷⁶ ; la perspective du « passage à 100 % » en 2008 a pu également susciter une rétention de déclaration en 2007. Quant à l'exercice 2008 qui devrait être plus fort en raison de ce retard de déclaration de 2007, il a été marqué par plusieurs grèves du codage des séjours qui peuvent diminuer l'activité déclarée.

Sous ces réserves, si la maîtrise des dépenses hospitalières a été relativement atteinte, la T2A n'a néanmoins pas donné sa pleine efficacité. Trop opaque, elle a de surcroît laissé subsister d'importants déficits.

II - Une définition et un suivi des recettes encore insuffisants

Les efforts pour mieux définir et expliciter les recettes des établissements en provenance de l'assurance maladie sont restés très limités. Par ailleurs, les autres recettes, à la charge des assurés et de leur assurance complémentaire, sont insuffisamment suivies par le ministère.

A – Les recettes en provenance de l'assurance maladie

1 – Une définition incertaine des tarifs GHS

Un des principes de fonctionnement de la T2A est que les coûts de production des GHM doivent être globalement couverts par les tarifs (GHS), eux même assis sur une échelle de coûts. La présentation de la nouvelle échelle nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) sur le site de l'ATIH en octobre 2008, ainsi que l'utilisation opaque qui en a été faite pour recalculer l'ensemble des tarifs de la campagne 2009, ont relancé le débat sur sa fiabilité et surtout sa véritable fonction. Pour la première fois d'ailleurs, le secteur privé est directement concerné par cette problématique, les GHS privés ayant été valorisés jusqu'alors sur la base de l'ancienne facturation.

La confusion qui règne en ce domaine est due à la fois à la méconnaissance du processus théorique de fixation des tarifs et au fait que la pratique s'en écarte assez souvent. La Cour relève en effet que

¹⁷⁶ La Cour, dans le cadre de ses missions de certification des comptes du régime général pour 2007 et dans la partie du RALFSS 2008 consacrée à l'ONDAM a souligné ce problème : de fait, les provisions incluses dans les comptes de 2007 ont été calculées en fonction de l'objectif fixé.

l'articulation entre coûts et tarifs demeure très incertaine : la doctrine de l'administration, explicitant le périmètre de charges présumé couvert par les tarifs est floue et l'application de coefficients géographiques, inchangés depuis 2005, aggrave les distorsions probables entre coûts et tarifs.

a) Des pratiques empiriques

La fonction théorique de l'échelle des coûts

Une assimilation trop rapide est souvent faite entre les coûts « complets » des GHM recueillis auprès d'un échantillon d'établissements, reportés dans l'ENCC, et les tarifs nationaux des GHS. L'échelle de coûts a en fait uniquement pour finalité de produire une échelle relative, appliquée à la masse de dépenses d'assurance maladie disponible ou base « tarifs ».

Etapas simplifiées du passage des coûts complets aux tarifs GHS

- La première étape consiste à transformer les coûts « complets » en coûts dits « coûts modèle T2A », en déduisant toutes les charges qui sont rémunérées par d'autres voies que les GHS, comme les MIGAC, les actes externes, les suppléments ou les DMI-MO.
- La seconde étape vise à tenir compte de la fréquence de chaque GHM et donc de son poids financier relatif dans la masse totale des coûts (d'où le terme « d'échelle »).
- La troisième étape vise à calculer les tarifs « bruts » en répartissant l'enveloppe disponible de dépenses d'assurance maladie (ou base tarifs), en fonction de ces poids relatifs.
- Enfin, la quatrième étape correspond à la mise en œuvre de la politique tarifaire du ministère. Elle consiste à prendre ou non en compte l'actualisation annuelle de l'échelle pour moduler les hausses tarifaires, mais surtout à utiliser les tarifs comme vecteurs des plans de santé publique ou comme moyens de favoriser tel type de prise en charge au détriment de tel autre (par exemple, pour inciter à une prise en charge en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation complète). Payer des tarifs figés, directement indexés sur les coûts moyens observés, serait d'ailleurs un principe contestable, car peu susceptible d'améliorer l'efficacité globale du marché hospitalier.

De ce schéma théorique devraient découler logiquement plusieurs conséquences dont on constate, dans la pratique, une application imparfaite.

La divergence entre les périmètres des charges et des tarifs

Les transferts entre la masse tarifaire (GHS) et les autres bases (DMI-MO, MIGAC etc.) ne devraient pas modifier le taux de couverture

des charges par les tarifs, les deux périmètres étant en théorie superposables. Ainsi toute évolution constatée dans la masse tarifaire devrait trouver sa contrepartie dans les autres bases.

Or, tel n'est pas le cas, puisque la méthode de déduction des charges relevant de financements hors tarifs GHS est imparfaite. En effet, tant pour les MIGAC que pour l'activité externe, ce ne sont pas les charges afférentes à ces activités, trop difficiles à estimer, qui sont déduites des coûts complets, mais les *financements* auxquels elles ouvrent droit. Par ailleurs, les charges rémunérées par certaines recettes en sus des tarifs (par exemple les suppléments pour chambres particulières) ne sont pas isolables : elles ne sont donc pas déduites des coûts. Ainsi le périmètre des coûts et des tarifs diffère.

L'idée d'une compensation globale est souvent évoquée pour excuser ces lacunes méthodologiques qui auraient tendance, au plan national, à se neutraliser. Si tant est qu'une telle compensation s'opère, elle ne joue en tous cas qu'au plan macro-économique : au niveau de chaque établissement, elle perd toute crédibilité.

Un flou entretenu sur les coûts de structure

Les coûts de structure (charges d'amortissement immobilier¹⁷⁷ et charges financières des emprunts, quelle que soit leur destination), sont présentés dans l'ENCC, mais ils ne sont pas inclus dans les « coûts complets » et donc dans les « coûts T2A »¹⁷⁸, ce qui suggère que la majeure partie des amortissements de l'investissement immobilier et des charges financières sont financés autrement que par les tarifs. Une part importante (mais non mesurable) de ces charges est en effet financée en sus aux établissements publics, par le biais de la dotation d'aide à la contractualisation (AC). Une telle explication s'applique en revanche assez mal au secteur privé.

177. L'ancienneté des bâtiments du secteur public qui ne s'amortissent plus pour la plupart contribuerait à expliquer que les coûts de structure du secteur privé soient plus élevés que ceux du secteur public.

178. Ce principe fait l'objet d'hésitations de doctrine pour le moins étonnantes : une note de l'ATIH mentionne en effet que les coûts ont été calculés hors charges de structure, « alors que les tarifs couvriraient, au moins partiellement, ces charges de structure ».

Des taux de couverture approximatifs et multiples

Ces multiples incertitudes conduisent l'ATIH à calculer plusieurs taux de couverture, différents selon le périmètre de tarifs et de charges pris en compte, ainsi que l'expose le tableau ci-dessous.

Taux de couverture des charges par les tarifs en 2006

	Etablissements ENCC		Ensemble des établissements ¹⁷⁹
	Secteur privé	Secteur public	Secteur public
Ratio 1 : Tarifs / Coûts (hors charges de structures)	1,13	1,05	1,025
Ratio 2 : Tarifs / Coûts+charges de structures	1,02	1,016	0,99
Ratio 3 : (Tarifs + recettes non déductibles des coûts)/ (Coûts +charges de structures)	1,08	1,025	0,99

Source : ATIH (Activité 2006 * tarifs 2008 déflatés des hausses tarifaires 2007 et 2008)

Le constat principal est que le taux de couverture des charges par les tarifs apparaît donc difficile à cerner exactement, en raison de la construction imprécise de cet indicateur, pourtant essentiel.

Plusieurs constats peuvent être en outre tirés de ces chiffrages :

- pour les établissements publics, l'écart entre les taux de couverture estimés pour les seuls établissements de l'ENCC et ceux de l'ensemble des établissements montre que ceux de l'échantillon sont plus performants ;
- la comparaison montre également (3^{ème} ligne du tableau) qu'une partie importante de la couverture des charges du secteur privé provient des recettes supplémentaires pour exigences particulières des malades (recettes comme on l'a vu non déduites des coûts de l'ENCC).
- le taux de couverture des établissements privés apparaît supérieur à celui du secteur public ; mais il convient de préciser qu'il n'est nullement tenu compte dans cette approche de la rémunération du capital investi dans les cliniques privées.

179. Le calcul des coûts ne peut être réalisé dans le secteur privé que sur l'échantillon d'établissements participant à l'échelle.

b) Les coefficients géographiques

L'articulation déjà difficile entre coûts et tarifs est aggravée par le maintien des coefficients géographiques tels que fixés en 2005, dans des conditions que la Cour avait d'ailleurs déjà critiquées en 2006.

Les coefficients géographiques

Leur objet est de majorer les tarifs des établissements situés dans les six régions présumées entraîner des surcoûts. La Cour avait montré, en 2006, que leur fixation était particulièrement approximative. Des travaux devaient être engagés dès 2006 avec l'INSEE. Finalement, aucun coefficient n'a été modifié depuis 2005.

Or, la masse financière allouée à ces coefficients, très significative, revient à faire financer certaines régions par les autres, puisque cette masse a été initialement prélevée de la base conduisant au calcul des tarifs nationaux.

De 2005 à 2007, cette masse a augmenté de 16,5 % (de 550 M€ à 640 M€) là où l'ensemble de l'ODMCO n'a augmenté que de +8,63 % (réalisations 2007/base 2005) et de +3,92 % en réalisations 2007/réalisations 2005. Ce différentiel très important d'évolution mériterait une explication.

Coefficients géographiques en 2007

En M€ ou en %

Régions	Coefficient géographique régional	Incidence (tous secteurs)	Poids relatif (tous secteurs)
Corse	1,05	7	1%
Guadeloupe	1,25	46	7%
Guyane	1,25	2	0%
Ile-de-France	1,07	433	68%
Martinique	1,25	46	7%
Réunion	1,30	107	17%
Total		641	100%

Source : DHOS

En raison d'incertitudes méthodologiques, doublées de distorsions liées à l'application de coefficients géographiques, la Cour n'a ainsi pas été en mesure de déterminer dans quelle mesure les charges de GHM étaient bien couvertes par la composante tarifaire de la T2A (GHS). Or, une dégradation dans le temps de la couverture des GHM par les GHS pourrait -pour partie au moins- expliquer la dégradation de la situation financière de nombre d'établissements.

Le Conseil d'Etat¹⁸⁰ a d'ailleurs annulé les arrêtés tarifaires de 2007 et 2008, précisément pour des motifs tenant à l'articulation insuffisante entre coûts et tarifs.

2 – Une meilleure appréhension du taux de prise en charge par l'assurance maladie

Au moment du passage en T2A un taux de conversion a été calculé par la DHOS pour convertir les dépenses globales précédemment autorisées par la tutelle en « dépenses d'assurance maladie ». Ce calcul a été réalisé au plan national d'une part, par établissement d'autre part, avec une déclinaison par activité (MCO) et sous-activité (GHS, HAD, MIGAC etc.). Or, le taux de conversion national initial (fixé en 2005) a été sous-évalué, ce qui a abouti à un manque à gagner pour les établissements¹⁸¹.

Une facturation directe dans les établissements publics devait mettre un terme à cette situation. Alors que la LFSS pour 2004 prévoyait son application au 1^{er} janvier 2006, elle a été reportée plusieurs fois¹⁸², en dernier lieu par l'article 54 de la LFSS de 2009 qui fixe au 1^{er} juillet 2011 la date butoir du régime transitoire. La même disposition autorise cependant les établissements à participer à une expérimentation de facturation avec l'assurance maladie au cours de la même période.

Toutefois, afin d'améliorer le calcul de la part réellement due par l'assurance maladie à chaque établissement, il a été mis fin à l'utilisation du taux de conversion en 2007. Il a alors été demandé aux établissements d'apparier, par assuré, l'activité déclarée à l'ARH et valorisable en dépenses d'assurance maladie avec la participation réellement facturée à l'assuré (FJH, TM etc.). Chaque établissement a donc vu de ce fait le taux de participation de l'assurance maladie à ses recettes évoluer à la hausse

180. Le 21 novembre 2008, le Conseil d'Etat a annulé les deux arrêtés tarifaires de février 2007 et 2008 suite au recours de la fédération hospitalière privée (FHP-MCO) motivé par le non respect de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale qui précisait : « Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1^o du I du même article sont également déterminés à partir des données afférentes au coût relatif des prestations établi sur un échantillon représentatif d'établissements ». L'article 53 de la LFSS 2009 l'a modifié : « Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1^o du I du même article peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations. »

181. Dès avril 2005, une enveloppe complémentaire a d'ailleurs été dégagée pour combler partiellement ce manque à gagner.

182. 1^{er} janvier 2007 (ordonnance 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005) ; 1^{er} janvier 2008 (LFSS 2007), 1^{er} janvier 2009 (LFSS 2008).

ou à la baisse, ce qui a entraîné des redéploiements de ressources entre catégories d'établissements, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Effets de la disparition du taux de conversion

Catégorie d'établissements	Nombre d'établissements en 2007	Taux de conversion appliqué en 2006	Différence entre TC 2006 et taux moyen constaté 2007	Différence en M€
AP-HP	1	88,38%	2,14%	60,68
CH	457	91,50%	0,45%	72,23
CHR-U	30	93,41%	-0,32%	-28,08
CLCC	20	96,46%	0,13%	1,11
EBNL ¹⁸³	134	93,76%	-0,30%	-7,30

Source : ATIH

L'ensemble de ces évolutions, parfois complexes dans leurs modalités de mise en œuvre, ont permis, depuis 2007, une meilleure connaissance des recettes provenant de l'assurance maladie. Celle-ci pourrait toutefois encore être améliorée par des progrès en termes de facturation.

B – Les recettes en provenance des assurés

1 – La participation obligatoire aux prestations remboursables

L'économie générale de la participation obligatoire des assurés aux prestations remboursables dans le secteur public (recettes de type II) est différente de celle appliquée dans le secteur privé. Deux types de ticket modérateur doivent être distingués, sur les soins hospitaliers et sur les soins externes.

a) Le maintien du tarif journalier de prestations pour les séjours hospitaliers

Rappel du système « transitoire » mis en place en 2005

Avant la réforme de la T2A, l'assuré participait à l'ensemble des charges supportées par l'établissement, par le biais du ticket modérateur (TM) hospitalier de 20 % appliqué aux tarifs journaliers de prestations (TJP) calculés dans chaque établissement, ainsi que par le paiement du forfait journalier hospitalier (FJH) fixé nationalement.

183. EBNL : établissements à but non lucratif.

Lors de l'introduction de la T2A, deux solutions permettaient de maintenir à leur niveau les recettes de type II des établissements : soit augmenter le taux du TM et l'appliquer aux seuls GHS, soit le maintenir à 20 % et l'appliquer à un tarif plus large. Pour des raisons d'affichage, c'est la seconde solution qui a été retenue, contrairement aux préconisations du conseil de l'hospitalisation.

Il a donc été décidé que l'assuré hospitalisé participerait au financement de toutes les composantes de la T2A, y compris les MIGAC et les forfaits annuels d'urgence et de greffes (dotations couvrant les charges fixes), la seule exception à cette règle étant celle des produits facturables en sus (DMI-MO) remboursés à 100 % sur facture par l'assurance maladie.

A travers le TJP qui demeure la base de calcul du TM (et non le tarif du GHS comme dans le secteur privé), l'assuré hospitalisé paie donc en réalité sa participation à la prestation qu'il a reçue, mais aussi sa participation financière aux MIGAC et aux différents forfaits annuels.

Compte tenu de la croissance différenciée des composantes de la T2A, les défauts de ce choix initial se sont amplifiés et ont rendu la situation difficilement réversible : la croissance relative plus élevée de la dotation MIGAC a augmenté l'écart initial entre les tarifs des GHS et les tarifs journaliers de prestation.

Par ailleurs, les TJP, fixés par les établissements, sont devenus pour eux une variable d'ajustement des recettes, mal connue par le ministère¹⁸⁴. La DHOS estime cependant que, dans 50 % des établissements, les TJP sont évalués à un niveau supérieur de 10 % à 50 % par rapport à ce que produirait la seule application d'un TM de 20 % sur les composantes de la T2A. Les chiffres ci-dessous semblent néanmoins indiquer que le phénomène de rattrapage¹⁸⁵ s'est ralenti à partir de 2007.

Evolution des recettes de type II

En K€

EPS	2005	2006	2007	2006/2005	2007/2006
Recettes totales -type II	2 700 535	3 254 028	3 453 127	20,50%	6,12%
dont recettes type II MCO	2 254 962	2 734 521	2 886 728	21,27%	5,57%
dont FJH MCO	578 347	617 493	655 531	6,77%	6,16%
dont autres	1 676 615	2 117 028	2 231 197	26,27%	5,39%

Source : Cour d'après comptes DGFIP

184. En janvier 2009, l'ATIH ne pouvait estimer l'évolution 2006/2005 des recettes de type II afférentes au MCO que pour 590 établissements publics seulement.

185. L'évolution d'environ +20 % constatée en 2006 inclut l'augmentation du FJH, la montée en puissance de la participation forfaitaire de 18 € et la croissance du TJP.

Dans ces conditions, un alignement du secteur public sur le secteur privé, à réglementation constante, semble difficile. Si le TM était appliqué aux seuls GHS et non plus aux TJP, il faudrait passer son taux de 20 % à 26 % (selon les simulations de l'ATIH en 2008) pour conserver aux établissements publics des recettes de type II équivalentes. Le système actuel est donc conservé au moins jusqu'au 31 décembre 2012, en application de la LFSS pour 2009.

b) L'activité externe

Avant la T2A, les assurés non hospitalisés mais recevant des prestations en activité externe (actes et consultations facturés aux tarifs de la nomenclature) devaient s'acquitter d'un TM de 30 %, comme en ville.

Avec la T2A, ils ont continué de payer ce TM de 30 % sur les actes, mais, de manière curieuse, ont été exemptés de TM sur les nouveaux forfaits associés à cette activité externe, à savoir le forfait de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation (ATU), le forfait de financement de petit matériel (FFM), enfin le forfait de sécurité et d'environnement créé en 2007 (SE).

Une modification a été apportée en février 2009 à ce dispositif visant à faire payer le TM sur les forfaits associés par les patients externes concernés (et non plus par les assurés hospitalisés qui le finançaient indirectement à travers le tarif journalier de prestation). Si la mesure est louable dans son principe, ses modalités d'application sont en revanche critiquables, car le taux du TM a été fixé à 20 %. Une différence de traitement peu souhaitable a ainsi été créée entre les actes externes réalisés dans l'enceinte d'un hôpital et en ville (remboursés quant à eux à 70 %), ce qui paraît contraire à l'orientation générale consistant à limiter les consultations externes des hôpitaux.

La mesure prive de surcroît l'assurance maladie d'économies conséquentes et justifiées, de plus de 300 M€¹⁸⁶. La fixation d'un TM à 30 % dans les deux secteurs d'établissements aurait également économisé l'équivalent de 10 % des honoraires facturés par les médecins libéraux en cliniques pour les actes externes donnant lieu à facturation de forfaits associés.

186. Environ 30 M€ par application d'un TM de 20 % au lieu de 30 % sur les forfaits : 307 M€ en ATU et 52 M€ en SE (+3 M€ de FFM) et environ 280 M€ par réduction du TM de 30 % à 20 % sur les actes et consultations externes réalisés dans le secteur public (2,8 Md€ en 2007).

2 – Les recettes en provenance des prestations non remboursables par l'assurance maladie

Les recettes perçues au titre des prestations non remboursables par l'assurance maladie constituent une troisième ressource des établissements (de « type III », selon la nomenclature en usage). Les facturations du supplément pour chambre individuelle en constituent la majeure partie. Or ces recettes ont évolué avec la T2A, puisque le plafond de facturation d'une chambre particulière a été supprimé dans les établissements publics. La tentation peut dès lors être forte¹⁸⁷ dans ces établissements de maximiser cette source de financement, ainsi qu'on le constate dans les établissements privés où elle représente 8 % du chiffre d'affaires.

Les informations disponibles sont cependant limitées, car le supplément de chambre individuelle n'était pas isolé dans le plan comptable appliqué jusqu'en 2005. En outre, il n'est pas ventilé par discipline. Toutefois, l'évolution est remarquable : on constate d'une part que les établissements à but non lucratif (EBNL) pratiquent davantage cette facturation que les EPS, d'autre part que la croissance en est partout très soutenue.

Evolution des suppléments pour chambre individuelle

En M€

	2006	2007	2007/2006
Total établissements ex DG	128,5	146,9	14,3 %
EPS hors HL et CHS	52,8	62,4	18,2 %
EBNL	70,4	78,3	11,4 %

Source : ATIH (retraitements comptables)¹⁸⁸

*

* *

La mise en place de la T2A semble ainsi avoir conduit les établissements publics à augmenter leurs recettes hors assurance maladie, dites de type II et de type III. Cette dynamique est positive puisqu'elle les incite à améliorer leur procédure de facturation et de recouvrement, mais elle comporte un risque de déport de la charge sur les assurés ou leurs assurances complémentaires.

187. Comme en témoigne par exemple le numéro de « Finances hospitalières » de septembre 2008 « Et si la politique hôtelière pouvait servir le patient et équilibrer les comptes ? ».

188. Dans les comptes financiers, les montants des EPS sont un peu plus élevés que ceux récupérés dans les retraitements comptables, mais la tendance est la même.

A cet égard, les comptes nationaux de la santé montrent que le taux de couverture par les financeurs publics¹⁸⁹ (assurance maladie obligatoire + CMU) a régressé d'un point entre 2004 et 2007 et soulignent surtout la différence importante entre les deux secteurs.

Taux de couverture des dépenses hospitalières par les financeurs publics

	2004	2007
Etablissements publics	95,4 %	94,6 %
Etablissements privés ¹⁹⁰	85,5 %	84,6 %

Source : DREES comptes nationaux de la santé 2007

III - Interrogations sur les modalités d'évolution de la T2A

Des progrès encore trop limités ont ainsi été apportés aux questions relatives à la connaissance des recettes et à leur construction. Mais, à la lumière des évolutions constatées à mi-parcours, plusieurs questions de principe peuvent être formulées :

- les modifications incessantes et surtout peu lisibles intervenues depuis 2005 sont-elles compatibles avec l'objectif initial consistant à faire du signal tarifaire un instrument d'évolution interne des établissements, ce qui suppose une certaine prévisibilité des tarifs ?
- l'équilibre entre financement par dotation et tarifs n'est-il pas désormais perdu de vue, remettant en cause la pertinence des signaux tarifaires ?
- quel sens peut désormais avoir l'objectif de convergence intersectorielle ?

A – Des redéploiements incessants

La démarche de redéploiements incessants néglige leur soutenabilité par les établissements qui subissent des variations de revenu importantes, non anticipées et en fait peu connues de l'administration.

189. La partie hors financeurs publics (reste à charge) se répartissant en 2/3, 1/3 entre les assureurs complémentaires et les ménages en 2007

190. Dans les CNS, les dépenses des cliniques privées incluent les honoraires facturés par les médecins libéraux (honoraires et dépassements si secteur 2).

1 – De 2006 à 2008

De 2006 à 2008, des ajustements plus ou moins importants ont donné lieu à des redéploiements à somme nulle pour l'assurance maladie, pouvant passer par de simples modulations des tarifs ou par des transferts d'enveloppes.

Or, ces redéploiements ont pour effet mécanique de redistribuer des recettes entre établissements qui, en raison de leur différence de structure d'activité, subissent à chaque ajustement des effets de revenu à la hausse ou à la baisse, à activité inchangée. Les simulations n'ont pas été réalisées systématiquement, mais uniquement pour les mouvements les plus importants. Parfois partielles, celles-ci estiment la masse financière totale redistribuée, sa part dans les recettes globales des établissements concernés (en dépenses d'assurance maladie) ainsi que l'impact sur le revenu des différentes catégories d'établissements.

Par ailleurs, si ces redéploiements sont calculés à somme nulle ex ante, ils génèrent ensuite d'importants effets de structure, car toute modification des règles est suivie d'une adaptation de la part des établissements. Ainsi, les modifications introduites dans la classification des GHM provoquent inéluctablement des changements de pratiques.

Parmi les principaux redéploiements opérés, on peut citer en 2006 le changement de classification des GHM¹⁹¹, couplé à une correction importante des suppléments de réanimation et de néonatalogie : il n'a été simulé que dans le secteur public et a redistribué 84 M€. Ainsi, selon l'ATIH, les centres hospitaliers et les centres de lutte contre le cancer auraient connu un effet revenu positif dû au changement de classification de l'ordre de 0,5 % de leur chiffre d'affaires GHS. A l'inverse, les CHU et l'AP-HP auraient subi un effet de revenu négatif de l'ordre de 0,6 % de leur chiffre d'affaires GHS.

De même, le nouveau mode de valorisation de la partie forfaitaire des missions d'enseignement et de recherche (MERRI) appliqué en 2008 (puis corrigé en 2009, voir infra) a été simulé comme redistribuant 107 M€ entre CHU (-0,02 % des recettes MCO), CHR (+2,36 %), CLCC (+0,73 %) et autres (+0,75 %)¹⁹². Afin d'amortir ces effets, la variation de revenu théorique a été étalée sur quatre ans (écart total répercuté à hauteur de 15 % en 2008, puis 35 %, 65 % et 100 % en 2011).

191. Passage de la version 9 à la version 10.

192. A cette occasion, l'AP-HP a bénéficié d'une dotation supplémentaire de 25 M€ (soit le quart des montants redéployés), ce qui représente une augmentation de +0,9 % des recettes MCO, alors que les autres établissements ont subi des variations de recettes MCO comprises dans une fourchette allant de +14 % à -13,7 %.

Ces multiples opérations, qui expliquent en grande partie les variations de chiffre d'affaires de chaque établissement à activité identique, n'ont pas été programmées et n'ont été communiquées aux ARH, dans le meilleur des cas, que sous forme globale (et non par établissement) et au coup par coup en début de campagne. Une telle gestion, à laquelle n'échappe pas la campagne 2009, ne favorise pas l'objectif de bonne gestion qui sous-tendait la réforme.

2 – Les changements importants de la campagne 2009

a) Des évolutions positives

La campagne 2009 recueille les fruits de travaux de fond engagés depuis la mise en place de la T2A : refonte souhaitable de la classification des GHM (V11, cf. infra) et nouvelle échelle de coûts dans le public et le privé

De même, la liste des dispositifs médicaux implantables (DMI) facturables en sus, jusqu'alors différente selon les secteurs d'établissements, a été harmonisée¹⁹³, ce qui s'est traduit par un transfert de l'enveloppe DMI vers les tarifs de 35 M€ dans le secteur privé et de 4,5 M€ dans le secteur public.

Par ailleurs, d'une façon sans doute prématurée au vu des travaux en cours, il a été décidé d'y ajouter des requalifications de financement, se traduisant par des inclusions en missions d'intérêt général (MIG) de ce qui était rémunéré jusqu'alors en GHS. C'est le cas des charges afférentes à la permanence des soins hospitalière (PDSH) pour 760 M€ dans le seul secteur public (induisant une baisse mécanique de 3,3 % des tarifs) et de celles liées à la précarité pour 100 M€ (dont 5 M€ dans le secteur privé, soit -0,1 % de baisse tarifaire, et 95 M€ dans le public, soit une baisse tarifaire de -0,5 % des tarifs publics).

En outre, dans le secteur privé, il a enfin été mis un terme à un régime d'exception fondé sur l'ancien classement des cliniques en soins particulièrement coûteux (SPC) datant de 1978. Le maintien de ce régime dérogatoire du secteur privé dans le système T2A avait été fortement critiqué par la Cour en 2006, parce qu'il conservait à certains

193. Cette harmonisation n'est cependant pas synonyme d'optimisation, car elle a maintenu certains DMI, comme les prothèses de hanche, alors qu'ils devraient relever des GHS.

établissements, hors convergence intrasectorielle, des avantages financiers peu justifiés et en tout cas obsolètes¹⁹⁴.

Au total, les effets de revenu occasionnés par les divers changements de la campagne 2009 sont si importants que le ministère évoque un « modèle de financement rénové » et la FHP « une année plus cruciale encore pour les cliniques que l'année 2005 qui avait vu la mise en œuvre de la T2A ».

b) Des modalités contestables

Afin de limiter les effets¹⁹⁵ de ces changements ou de les étaler dans le temps, de nombreux aménagements ont été apportés, dans des conditions opaques, aux résultats bruts des premières simulations. Cette alchimie a surtout permis de réduire de plus de la moitié le montant redéployé en 2009 dans le secteur privé (61 M€ au lieu de 154 M€), celui du secteur public étant estimé à 174 M€ (au lieu de 189 M€ initialement).

Alors que les nouveaux tarifs s'appliquent depuis le 1^{er} mars 2009 (arrêté du 27 février 2009), les établissements n'avaient bénéficié fin mars que d'une communication officielle globale et peu compréhensible. En revanche, aucune information relative à la progression des tarifs (voir encadré ci-dessous) et aux effets de revenu individuels n'a été portée à leur connaissance.

De fait, la simulation des effets de revenu par établissement a été réalisée ex post par la DHOS et n'a été communiquée qu'aux ARH. Quant aux établissements, ils se sont employés à simuler, individuellement, la variation de recettes prévisible pour 2009 (en appliquant les tarifs de 2009 à leur activité de 2008).

Une communication incomplète sur le cadrage 2009

La DHOS a communiqué exclusivement sur une croissance en valeur de l'ODMCO, supérieure aux exercices précédents : +2,46 % au total, dont +2,42 % dans le secteur public et +2,60 % dans le secteur privé.

En fait, les opérations exposées ci-dessous ont modifié l'économie générale de la campagne :

194. Voir rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, pages 183 et suivantes.

195. Par exemple, limitation de l'incidence 2009 entre -2 % et +3 % des recettes par catégorie majeure de diagnostic ou sous-catégorie, sauf pour le cancer, les soins palliatifs et certaines activités lourdes. Pour ces derniers, les tarifs initiaux de 2009 sont égaux aux tarifs dits repères.

- la base de 36 742 M€ a subi une diminution préalable de 168 M€ : le taux de croissance total en valeur est donc en réalité de +2,33 % et non de +2,46 % ;
- l'hypothèse de volume est de +2,10 % dans le secteur public et +2,09 % dans le secteur privé (pour tenir compte de l'effet de structure possible de la nouvelle classification) ;
- enfin, une provision de 100 M€ a été constituée sur la marge disponible du secteur public.

Les variations tarifaires effectives de la campagne 2009, non communiquées, ont été en réalité de -0,12 % dans le secteur public et de +0,54 % dans le secteur privé, donc très éloignées des chiffres mis en exergue dans la communication de la DHOS.

La décision d'introduire en même temps tant de changements radicaux peut être comprise si elle permet une réelle stabilisation du système dans les années qui viennent. En outre, elle n'est soutenable par les établissements qu'à certaines conditions, à commencer par une anticipation et une information transparente de cette évolution substantielle, ce qui n'a pas été fait.

B – La progression des MIGAC

1 – Les différentes composantes

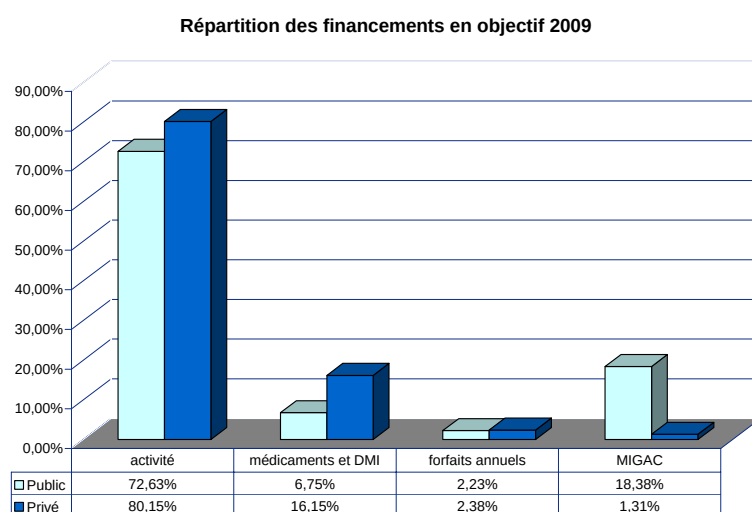
Les MIGAC¹⁹⁶ regroupent trois composantes :

- les MERRI (missions d'enseignement, recherche, référence et innovation) correspondent globalement aux activités universitaires de recherche et d'enseignement. Une partie (MERRI dites « fixes ») est financée forfaitairement, l'autre fait l'objet d'activités identifiées dans une liste fixée par arrêté (MERRI dites « variables ») ;
- les MIG (missions d'intérêt général stricto sensu) sont identifiées dans une liste fixée par arrêté ;
- l'AC (aide à la contractualisation) principalement destinée, à l'origine, à financer les charges d'amortissement induits par les

196. L'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale définit l'objet de la dotation nationale : elle ne finance pas d'activité de soins, sauf pour des populations spécifiques (détenus, femmes enceintes et précaires à partir de 2009) ; elle finance des engagements contractuels (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM- ou autres) relatifs aux missions de service public, à la mise en œuvre des SROS, aux priorités nationales ou locales de santé publique et à l'amélioration de la qualité (accréditation). Cette liste, précédée de l'adverbe « notamment », a juridiquement permis d'étendre le champ d'application des MIGAC, en particulier par la définition sans cesse actualisée du contenu des CPOM.

investissements ayant fait l'objet d'un contrat (dont ceux du plan hôpital 2007).

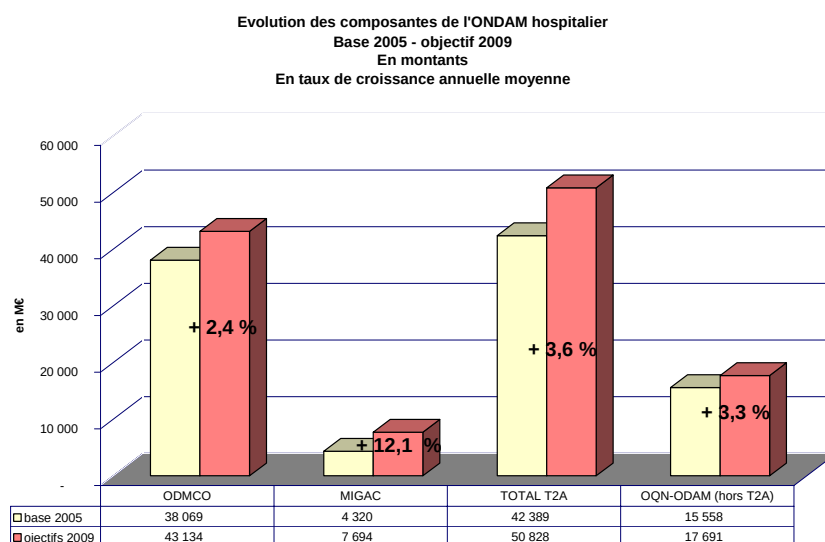
Comme on le voit dans le graphique suivant, ces financements concernent presque exclusivement les établissements du secteur public (et cette répartition serait encore plus déséquilibrée entre les deux secteurs s'il était tenu compte de la masse d'honoraires afférente à l'activité des cliniques, comptabilisée en soins de ville et non incluse dans la T2A).



Source : Cour d'après le tableau DSS de construction de l'ONDAM 2009.

2 – Une croissance rapide et régulière

A l'intérieur des dépenses d'AMO consacrées à la T2A, la croissance s'est faite en défaveur de l'activité de soins et plus particulièrement de l'activité rémunérée en GHS. Cette évolution va à l'encontre de celle attendue, recommandée tant par le Conseil de l'hospitalisation dès 2005 que par la Cour en 2006. L'ODMCO (activité de soins) et la dotation MIGAC ont ainsi augmenté respectivement de 2,4 % et de 12,1 % en moyenne annuelle entre 2005 et 2009.



Source : Cour

La communication du ministère masque généralement ce différentiel de croissance entre les MIGAC et l'ODMCO. Les taux de progression sont à cet effet présentés en ignorant les transferts préalables entre bases. Ainsi, pour 2009, les taux de croissance des MIGAC et de l'ODMCO sont présentés à +4,7 % et +3,2 %, alors que, selon les calculs de la Cour, les taux effectifs sont respectivement de +16,4 % et de +3,0 %¹⁹⁷. En réalité, le montant transféré de la base de l'ODMCO vers la base MIGAC (733 M€) représente plus du double du montant des mesures nouvelles (348 M€) qui lui ont été affectées.

A l'intérieur de l'ODMCO, la croissance respective des diverses composantes montre l'envol des suppléments et des produits facturables en sus (DMI-MO).

Evolution de certaines composantes de l'ODMCO dans le secteur public¹⁹⁸

	Evolution 2007/2005
GHS	+ 4,39 %
Suppléments journaliers	+ 21,48 %
MO-DMI	+ 37,50 %

Source : Cour d'après informations de l'ATIH

197. L'élargissement du périmètre de l'ODMCO dû au passage en T2A des services de santé aux armées n'entre pas dans ce taux calculé à périmètre constant.

198. Cette évolution ne peut être observée qu'à partir d'informations limitées au secteur public, délicates à manipuler et qui s'arrêtent à 2007 : il s'agit des dépenses théoriques, qui neutralisent l'effet de la DAC en multipliant les tarifs nationaux par les quantités déclarées. Dans le secteur privé, les montants de 2005 sont réputés non disponibles.

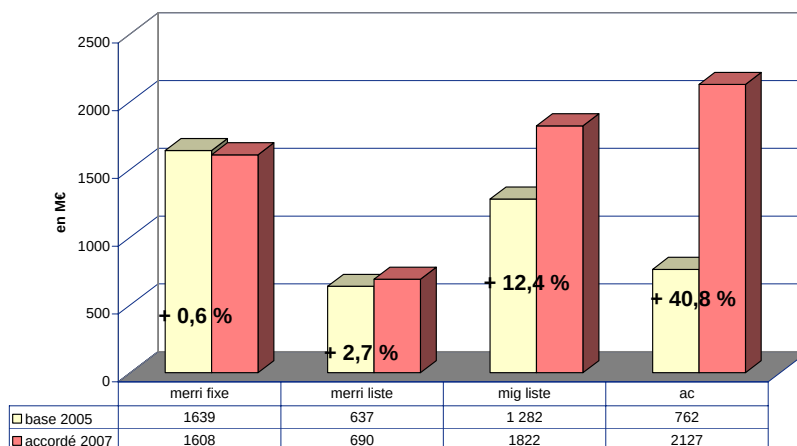
Tant les MIGAC que les rémunérations hors tarifs ont connu une croissance sans commune mesure avec le taux d'augmentation du sous-objectif T2A : cette croissance résulte donc de redéploiements opérés au détriment de la « base tarifs ». Or, les trois rapports remis par le ministère au Parlement¹⁹⁹, relatifs aux exercices 2005, 2006 et 2007 n'ont pas rendu compte de cette évolution avec la clarté nécessaire. Les tendances significatives ont été diluées dans un grand nombre d'informations non hiérarchisées, peu lisibles, voire trompeuses.

Depuis 2005, l'évolution de la dotation MIGAC est allée à rebours des préconisations de diminution de leur poids relatif dans les ressources des établissements. Leur mise en œuvre aurait nécessité une actualisation des listes de missions dans lesquelles figuraient des activités de soins tarifables, une mise à jour des valorisations alors fondées sur la photographie des coûts historiques disparates de chaque établissement et enfin une définition resserrée du périmètre des aides à la contractualisation.

3 – Des défauts persistants

a) Une liste des missions non réduite

Evolution des composantes des MIGAC sur trois ans 2005-2007
(croissance annuelle moyenne en %)



Source : Cour (d'après chiffres DHOS)

199. Remis en octobre, ces rapports sont rendus obligatoires par l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale qui définit la dotation nationale de financement des MIGAC.

Bien que très souvent modifiée, la liste arrêtée des missions (MERRI variables et MIG²⁰⁰), a connu peu de changements structurants et ne s'est pas réduite. Trois missions seulement ont été transférées vers le dispositif tarifaire, toutes relatives aux greffes, pour un montant de 4,6 M€. En revanche, des missions ont été ajoutées, le plus souvent pour des raisons d'affichage et non parce qu'il s'agissait de charges non affectables aux activités de soins rémunérées en tarifs. Jusqu'en 2008, il s'est agi des plans de santé publique financés par l'affectation d'une partie des mesures nouvelles (mesures « fléchées » selon la terminologie de la DHOS). Ces plans, en particulier le plan cancer, consomment près du tiers des mesures nouvelles attribuées à la dotation MIGAC qui les finance à hauteur de 46 % (62 % en 2007). En 2009 s'y ajoutent deux MIG dont les charges étaient jusque là financées par les tarifs : précarité et permanence des soins hospitalière.

b) De fortes variations régionales

Sans reprendre la distinction parfois faite, entre missions en lien direct ou non avec la population, les disparités globales sont résumées ci-dessous. Dans ce tableau, l'Ile de France et l'APHP sont isolées car atypiques. Le caractère parfois peu rationnel de la gestion de la dotation peut être mis en évidence avec l'exemple de la Corse : avec pourtant 0 en MERRI, la Corse obtient en effet un montant total de 88,92 € par habitant, soit un peu plus que la moyenne nationale.

Variations régionales de la dotation MIGAC en € par habitant

	MIG	MERRI	AC	Total
Moyenne (hors DOM et IdF)	26,87	31,16	29,65	87,68
Bornes	32,79 / 18,35	40,95 / 17,62	43,54 / 19,83	104,40 / 64,04
IdF sans APHP	10,35	11,90	24,87	47,12
IdF avec APHP	29,12	67,05	45,43	141,61

Source : Cour d'après informations de la DHOS

c) Une valorisation trop lente des missions énumérées dans la liste

Les nombreux travaux de modélisation et de normalisation des financements, seuls à même de réduire la disparité des coûts historiques qui servent actuellement de base aux dotations accordées, ont produit peu de résultats. Ils ont dans certains cas conclu à la difficulté de modéliser et

200. Qui représentent 2,5 Md€ en 2007 et +12,4 % de croissance annuelle moyenne.

n'ont abouti jusqu'ici que sur 16 missions seulement, dont les montants (environ 300 M€) ne représentaient que 12 % du montant total des missions listées en 2007²⁰¹. Les travaux se poursuivent sur les missions les plus coûteuses (SAMU, SMUR et actes hors nomenclature, soit environ 1 Md€). En outre, ces modèles de valorisation ne sont que proposés aux ARH qui ont loisir d'en faire usage non pour réduire leur dépense, mais pour la réallouer de façon utile. La DHOS indique que cette liberté devrait être plus encadrée en 2009.

d) Des premiers travaux sur les MERRI « fixes » (hors liste)

A partir de 2008, un travail d'ampleur a permis de modifier le calcul de la dotation qui finance les MERRI.

Pour les MERRI dites « fixes », hors liste, ce travail n'a conduit toutefois qu'à réallouer in fine 100 M€ sur un total d'environ 1 600 M€. L'essentiel du changement consiste à calculer désormais un peu plus de la moitié de cette dotation selon des critères de résultats répartis comme suit : 64 % pour le nombre de publications internationales au cours des cinq dernières années, 34 % pour le nombre d'étudiants, enfin 2 % pour le nombre de brevets, licences et contrats. En 2009, le critère d'études cliniques doit être ajouté.

Pour la partie restante du financement des MERRI hors liste, qui continue de rémunérer les moyens, les facteurs pris en compte sont plus affinés qu'auparavant et intègrent désormais une part importante des charges de personnels médicaux en MCO (25 % pour les CHU et 20 % pour les autres établissements).

4 – La reconstitution de marges de manœuvre à la main des ARH

Plus de 2 Md€ sont désormais consacrés à l'aide à la contractualisation (AC) entre les ARH et les établissements de santé. Octroyée en sus des recettes tarifaires qui rémunèrent les activités de soins et indépendante des activités d'enseignement, de recherche et d'intérêt général vues supra, cette dotation mérite une attention particulière puisqu'elle déroge a priori à la logique T2A du paiement à l'activité (de soins ou de service public). Elle connaît de plus la croissance la plus forte de toutes les composantes du système.

201. Les deux tiers de ces travaux se sont du reste concentrés sur deux missions (soins aux détenus et addictologie).

Ce problème concerne spécifiquement le secteur public, puisque les établissements privés n'ont reçu que 24 M€ d'AC en 2007. Dans le public, ces recettes ont représenté un surplus de +5,6 % par rapport à l'ODMCO réalisé en 2007.

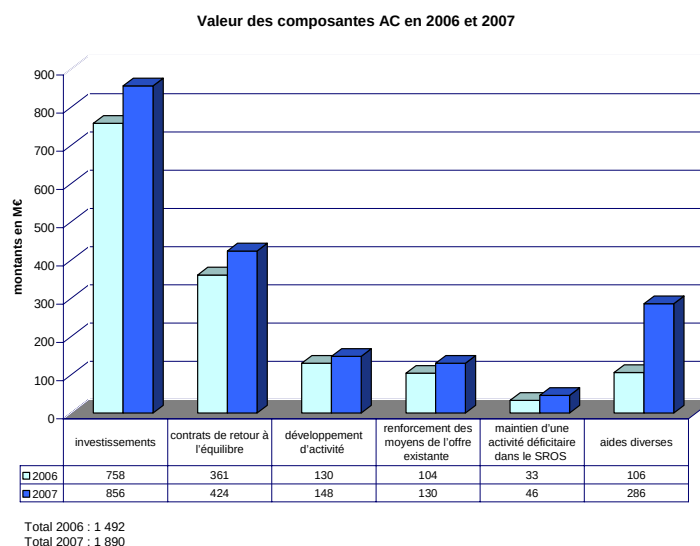
A partir de 2006, la DHOS a demandé aux ARH de rattacher les dotations AC aux six catégories détaillées ci-dessous.

Les six catégories d'AC

- développement de l'activité (aide au démarrage d'une activité ou aide au développement d'une activité déjà existante en attendant que les recettes tarifaires permettent à l'établissement de financer les charges afférentes) ;
- maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS III ;
- amélioration de l'offre existante (renforcement de moyens) ;
- restructurations et soutien aux établissements déficitaires (plan de retour à l'équilibre, aides aux restructurations...) ;
- aides à l'investissement ;
- aides diverses (compensation temporaire de l'effet revenu lié à un changement du modèle tarifaire, culture à l'hôpital, ...).

En termes de répartition, une part prépondérante est donnée aux investissements qui représentent en moyenne, plus de 50 % des crédits AC en 2006 et 45,2 % en 2007 avec, cependant, de très fortes disparités régionales (de 13,2 % en Franche-Comté à 69,1 % en Aquitaine). En revanche, le maintien d'une activité déficitaire en conformité avec le SROS, considéré par la Cour comme l'une des principales justifications de ces aides dans son rapport de 2006²⁰², ne consomme que 2 % des AC.

202. RALFSS 2006, chapitre précité, p. 153 à 202.



Source : Cour d'après les données des rapports au Parlement

Sur les 398 M€ des mesures nouvelles de la dotation AC 2007, près de la moitié a abondé la catégorie « aides diverses » (soit 180 M€) qui représente désormais plus de 15 % des AC. Elle atteint même 71 % de l'AC notifiée à l'AP-HP. Cette tendance, qui fait obstacle à la transparence et à l'évaluation de l'utilité économique des crédits alloués par les ARH, montre surtout une propension de ces dernières à se doter de marges de manœuvre destinées en priorité à apporter une aide financière temporaire aux établissements selon des critères non explicites.

La tutelle a encouragé progressivement cette expansion de la part AC qui dénature fondamentalement le modèle de la T2A. Elle a d'abord, décidé de maintenir en dotation le financement des charges dites de « fonctionnement de l'investissement » (amortissements et charges financières des emprunts), au lieu de les intégrer dans les coûts des GHM, considérant qu'il s'agissait d'engagements alors que les recettes tarifaires sont fonction de l'activité et donc en partie aléatoires²⁰³. En second lieu, elle a choisi de créer une articulation systématique entre financements AC

203. Dans la part AC consacrée aux investissements, les charges relatives au plan Hôpital 2007 ne représentaient que 376 M€ sur 856 M€ en 2007 en base. Le solde n'a pas été explicité.

et engagements des CPOM, quelle qu'en soit la destination²⁰⁴. Enfin, le ministère a préconisé aux ARH de financer des engagements de très courte durée (parfois même annuels) afin de fluidifier une masse financière contrainte et de se doter ainsi de marges de manœuvre.

*

* *

La fonction de la dotation nationale des MIGAC s'est clairement éloignée de sa vocation primitive, en particulier du fait de la dotation d'aide à la contractualisation, qui a augmenté en moyenne de +41 % par an et qui en représentait plus d'un tiers en 2007.

L'évolution quantitative et qualitative de cette dotation paraît ainsi avoir contrevenu aux deux principes directeurs de la réforme T2A, à savoir la dynamisation des établissements publics et l'élimination progressive des disparités historiques de financement des établissements en faisant converger leurs tarifs.

C – La convergence tarifaire intersectorielle reste incertaine

Les constats qui précèdent dessinent les contours d'un système de financement propre à chaque secteur, ce qui conduit à examiner la question de la convergence tarifaire intersectorielle sous un éclairage nouveau.

1 – Evolution du cadre législatif

En 2006, la Cour avait souligné les incertitudes s'attachant au scénario retenu, sur le sens et le niveau de la convergence recherchée. La référence visée pour la convergence pouvant être soit les tarifs moyens des deux secteurs confondus, soit les tarifs moyens ou les tarifs les plus bas d'un seul des deux secteurs. Elle s'interrogeait également sur la possibilité d'une telle convergence, quelle que fût sa cible, tant que les règles de financement appliquées dans chaque secteur demeuraient aussi différentes.

204. Dans l'intention légitime d'inclure les plans de retour à l'équilibre financier dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et de trouver une liaison juridique jusque là inexistante entre CPOM et contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) lancés en 2004, la LFSS de 2008 a prévu dans l'article L. 6114-2 du code de la santé publique un principe de financement par dotation AC de tous les engagements inclus dans les CPOM, quelle que soit leur nature.

Enfin et surtout se posait une question essentielle, relative à la signification du principe d'équité si souvent évoqué pour justifier la convergence intersectorielle. Deux acceptions de ce principe d'équité sont en effet envisageables :

- entre établissements (par disparition des inégalités historiques de ressources à considérer alors dans leur totalité) ;
- entre assurés (même niveau de reste à charge total).

2 – Un débat encore confus

Depuis 2005, la loi a partiellement clarifié le cadre de la convergence tarifaire intersectorielle en lui fixant une échéance et une cible (les tarifs des cliniques), tout en laissant la place à une différenciation possible dont les critères ne sont pas limitatifs.

Les dispositions successives relatives à la convergence tarifaire

L'exposé des motifs de la LFSS 2004 qui a posé le principe de la tarification à l'activité pour le champ MCO distinguait deux objectifs, l'harmonisation des règles de financement et la convergence des tarifs.

La LFSS 2005 (article 17) fixait un objectif de convergence, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs²⁰⁵ ; elle devait être atteinte en 2012 avec une étape intermédiaire en 2008, prévoyant une réduction de 50 % des écarts de tarifs.

La LFSS de 2008 a précisé que « (le) processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ». Sont ainsi expressément visés les tarifs des cliniques privées.

La loi HPST, dans son article 1^{er}, VI, 2°, a enfin implicitement reporté le calendrier de cette convergence à 2018.

Pour autant, le débat semble s'être poursuivi à l'identique, sans grand progrès sur les principaux thèmes cernés dès le départ : la mesure des écarts entre les tarifs des seuls GHS et la mesure des écarts de coûts dus à la spécificité de chaque secteur (charges d'exploitation, en particulier de personnel, contenu de l'activité de soins et de service public, différences des populations accueillies).

205. Les motifs de différenciation des tarifs par catégories d'établissements au moment de leur fixation ne sont pas énumérés de manière limitative par l'article L. 162-20-10 du CSS (« chaque année l'Etat fixe (...) : 1° Les tarifs nationaux (...) qui peuvent être différenciés par catégorie d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical »).

Certes, deux rapports sont venus en octobre 2008 alimenter le premier sujet : un rapport du Gouvernement au Parlement²⁰⁶ et une étude réalisée par la CNAMTS²⁰⁷. Faisant abstraction des incertitudes relevées par la Cour²⁰⁸, ces rapports mettent en exergue un élément de nature méthodologique : la mesure des écarts de tarifs varie de manière significative en fonction de l'activité de référence à laquelle on applique les tarifs de chaque secteur pour les comparer. Ainsi, selon l'ATIH, les tarifs du secteur privé sont inférieurs à ceux du secteur public de 37 % en 2008, quand ils sont appliqués à la structure d'activité du secteur public, de 25 % si l'on prend comme base de référence l'activité du secteur privé, enfin de 33 % si l'on retient la structure de la somme d'activité des deux secteurs.

La DHOS en tire deux conclusions :

- en premier lieu, qu'il y a eu convergence des tarifs malgré des hausses tarifaires identiques ;
- en second lieu, que la convergence doit consister à rapprocher les tarifs, mais pas nécessairement les activités.

Sur le premier point, l'analyse de la Cour a effectivement mis en évidence les nombreuses opérations qui peuvent conduire à diminuer l'écart entre les tarifs des GHS, en particulier le transfert en MIGAC de charges qui n'ont donc plus à être rémunérées en tarifs (transfert de charges de personnel lié à la nouvelle valorisation des MERRI en 2008 et à la PDSH en 2009, cf. supra). Cette « externalisation » progressive s'apparente, surtout dans le second cas, à une convergence en trompe-l'œil consistant à vider progressivement les tarifs de leur fonction et à réduire singulièrement le principe de rémunération forfaitaire au séjour.

Quant au second point, s'il est souhaitable en effet que la convergence ne conduise pas les établissements à produire la même activité de soins, ce qui serait contraire aux besoins de la population, il est alors sans doute illusoire de penser que la convergence tarifaire peut se mettre en place. En effet, les coûts de production ne peuvent pas être les mêmes selon qu'une activité est centrale ou marginale.

206. Rapport préparé par la DHOS et l'ATIH.

207 . « Remboursement moyen de l'assurance maladie pour un séjour MCO standardisé ».

208. En particulier le fait, essentiel, qu'on ne sache pas précisément quel périmètre de charges les tarifs de GHS rémunèrent.

L'exemple des endoscopies digestives (thérapeutiques et diagnostiques avec et sans anesthésie)

En appliquant successivement les tarifs publics et les tarifs privés (auxquels sont ajoutés les honoraires facturés en soins de ville) à l'activité d'endoscopies digestives produite par les deux secteurs, on constate précisément que l'écart de tarifs est le même dans tous les cas de figure : le tarif moyen est supérieur d'environ 20 % dans le secteur public. Néanmoins, la lecture de l'échelle de coûts montre que, même avec ces tarifs supérieurs de 20 %, les établissements publics sont globalement déficitaires sur cette activité (tarifs inférieurs aux coûts).

Il est probable que la différence provienne de la place qu'occupe cette activité dans la production de soins de chacun des secteurs : elle représente 11,0 % de l'activité du secteur privé (1 million d'actes) et 1,6 % dans le secteur public (270 000 actes).

3 – La nouvelle classification des GHM : une avancée

La nouvelle classification des GHM (V11), mise en place en 2009, semble en mesure d'apporter une réponse concrète et juste à la différence si souvent évoquée de lourdeur des prises en charge à l'intérieur de GHM identiques. Cette différence ne renvoie d'ailleurs pas seulement au clivage entre établissements publics et privés, mais aussi à celui qui existe manifestement entre les établissements, en fonction de leur taille et de leur vocation.

La nouvelle classification a en effet pour objet principal de décliner systématiquement chaque racine de GHM en quatre niveaux de sévérité (d'où le passage de 950 GHS à 2 500). Elle devrait donc réduire le risque de déficit couru par les établissements qui prennent en charge les cas les plus lourds d'un GHM et, a contrario, priver les autres d'un effet d'aubaine. Néanmoins les effets concrets de cette nouvelle classification et des tarifs qui l'accompagnent sur les écarts tarifaires entre les deux secteurs d'établissements ne pourront être mesurés qu'ex post.

Mais dans ce contexte prometteur, la Cour regrette qu'ait été mis en œuvre en 2009 le transfert des tarifs GHS vers la dotation MIGAC, des charges affectables à la permanence des soins hospitalière, permettant ainsi de minorer artificiellement l'écart de tarifs entre les deux secteurs.

Enfin, si la nouvelle classification conduit à clarifier une partie du débat relatif à la convergence tarifaire intersectorielle, elle ne saurait de toute façon faire ignorer que celle-ci peut difficilement se concevoir tant que les actes des praticiens des cliniques seront rémunérés en honoraires hors GHS.

CONCLUSION

De grands espoirs sont placés dans la T2A et sa capacité à modifier en profondeur la gestion du secteur hospitalier. Le bilan réalisé par la Cour à mi-parcours montre pourtant que cet objectif n'a pas été atteint.

Certes, l'administration a dû faire face à de nombreuses difficultés :

- la lourdeur sans doute mésestimée des travaux requis par le déploiement volontariste en 2005 d'un dispositif alors non finalisé ;*
- les pressions fortes mais divergentes du Parlement et des fédérations d'établissements publics et privés ;*
- l'absence d'une évaluation indépendante et experte des effets de la réforme à laquelle il semble absolument nécessaire de remédier.*

Cet environnement contraint l'a conduite à prioriser ses travaux de manière insuffisante, à introduire prématurément des changements sur des bases non finalisées, à éluder certains problèmes de fond tels que l'articulation entre secteurs public et privé, enfin à déconcentrer vers les ARH, peu outillées pour ce faire, le soin de concilier les inconciliables au sein des CPOM, dans une perspective d'optimisation quantitative, qualitative et financière de l'offre.

Les établissements, de ce fait, n'ont pas été véritablement mis en situation de jouer leur rôle de gestionnaires. La vie économique et financière des établissements a été largement soumise à des décisions découlant d'une gestion centrée sur l'évolution de l'ONDAM, restées opaques et aggravées par une politique de communication tardive en cours d'année et inadaptée. Ils n'ont dès lors été jusqu'ici que trop peu incités à rechercher les gains de productivité potentiels, pourtant déjà mis en évidence notamment par les audits d'organisation de la MEAH.

La T2A a néanmoins produit certains des effets attendus, à commencer par la convergence intrasectorielle ou l'accroissement de l'activité dans le secteur public. Les travaux de fond menés à bon terme, en particulier le financement plus efficient des MERRI et la nouvelle classification V11 des GHM, devraient contribuer à optimiser le dispositif dès 2009.

Aussi conviendrait-il de poursuivre en ce sens, d'une part en imposant un financement standardisé des MIG par ailleurs réduites, d'autre part en donnant une légitimité accrue au dispositif tarifaire lui-même, propice à l'efficiency micro-économique, ce qui passe à la fois par un affinement des ventilations analytiques et une explicitation de la doctrine relative à l'articulation entre les tarifs et les coûts.

Afin de préparer ces améliorations sereinement, il semble dès lors opportun de mettre fin, pendant une période d'au moins trois ans, aux ajustements incessants qui privent les établissements de toute visibilité.

Enfin, le modèle de financement cible doit être clarifié en tirant tous les enseignements des évolutions divergentes enregistrées entre secteurs public et privé : l'objectif d'unification tarifaire intersectorielle, d'ores et déjà reporté à 2018, devrait être réévalué en tenant compte de la question toujours ouverte de la rémunération des actes des praticiens du secteur privé en sus des GHS et hors de la T2A et à partir d'un bilan à établir de la nouvelle classification des GHM.

RECOMMANDATIONS

19. Appliquer au ticket modérateur de l'activité externe (consultations, actes et forfaits associés) réalisée dans les deux secteurs d'établissements, le même taux que celui des soins de ville, à savoir 30 %.

20. A l'avenir, imposer un calendrier de notification précoce des mesures tarifaires permettant aux établissements d'anticiper leurs conséquences et de leur donner leur plein effet en termes d'organisation interne.

21. Stabiliser le dispositif actuel et donc conserver pendant au moins trois ans les règles mises en place en 2009, afin d'éviter aux établissements de subir de nouveaux bouleversements.

22. Utiliser cette période pour finaliser les travaux de fond, en particulier ceux relatifs :

a) à la valorisation standardisée des MIG, afin de faire disparaître la valorisation des missions par les coûts historiques propres à chaque établissement ;

b) à la clarification du modèle de fixation des tarifs et à son application rigoureuse.

TROISIEME PARTIE

LA GESTION DES RISQUES

Chapitre VIII

Le contrôle médical

PRESENTATION

Les missions du contrôle médical de la sécurité sociale sont très étendues. Elles portent « sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité... ainsi que sur l'activité des établissements de santé et des professionnels de santé »²⁰⁹. Ce contrôle est actuellement assuré par quelque 10 300 médecins et agents administratifs répartis entre le régime général (9 200 personnes), la mutualité sociale agricole (820 personnes) et le régime social des indépendants (300 personnes). Les charges du service médical du régime général s'élèvent à près de 660 M€ en 2008²¹⁰. C'est sur lui seul que portera la présente insertion, même si des progrès notables sont attendus dans les deux autres régimes²¹¹.

Le partage des tâches entre notamment le contrôle des demandes de prestations des assurés et celui des professionnels et des établissements de santé a toujours posé problème. Le rapport sur la sécurité sociale de 1997 constatait que « l'activité traditionnelle de contrôle exhaustif des demandes individuelles des assurés continue d'absorber la moitié de ses moyens sans avoir de réel impact dans la mesure où les taux de refus sont, dans la plupart de cas, inférieurs à 10 %. Un allègement sensible des contrôles obligatoires centrés sur les demandes présentées par les assurés doit donc être envisagé pour permettre l'indispensable redéploiement des moyens vers le contrôle des professionnels et des établissements de santé ».

En 2009 un constat identique doit être fait en dépit de l'importante réforme de la gouvernance du contrôle médical du régime général intervenue en 2004. Cette réorganisation a renforcé le pilotage national mais la gestion des moyens se caractérise par une répartition territoriale

209. Article L. 315-1 du CSS. Le contrôle médical porte également sur les prestations relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles.

210. Elles s'élèvent exactement à 655,4 M€ pour les 20 directions régionales du service médical, les charges de personnel de la CNAMTS non comprises (comptes CNAMTS 2008).

211. Les services du contrôle médical de la MSA et du RSI sont constitués de services ou directions intégrés dans les organismes locaux des deux régimes. Ces services n'atteignent cependant pas la taille critique pour permettre une mutualisation efficace des moyens ni favoriser la spécialisation des praticiens conseils (0,8 à 10,5 ETP pour le régime agricole et trois à quatre praticiens conseils pour le RSI). La constitution par la MSA d'un réseau resserré de 35 caisses ne permettra pas de remédier à ce problème. Le RSI n'a pas recouru aux possibilités de mutualisation des services médicaux de plusieurs caisses permises par l'article R. 613-56 du CSS. Par ailleurs, la capacité de pilotage national des deux réseaux reste perfectible.

des effectifs inégale, des systèmes d'information insuffisamment développés et l'absence de mesure fiable de la productivité. Par ailleurs le contrôle individuel de prestations, qui constitue le cœur de métier du contrôle médical, devrait être profondément réformé, notamment en ce qui concerne le contrôle des ALD. Enfin, parmi les autres domaines d'activité, le contrôle contentieux peut être amélioré.

I - L'organisation et les moyens du contrôle médical

A – Une réforme importante

Le contrôle médical du régime général comprend 20 directions régionales du service médical (DRSM) et 128 échelons locaux (ELSM). Ces DRSM sont implantées auprès des 16 caisses régionales d'assurance maladie de métropole (CRAM) et des quatre caisses générales de sécurité sociale des DOM et chaque ELSM est installé dans ou près d'une CPAM. L'ensemble des DRSM et ELSM constitue un service national unique directement rattaché à la CNAMTS. Une importante réorganisation a été mise en œuvre en 2004-2005, tant au niveau national que local.

1 – La fusion des services administratifs et médicaux de la caisse nationale

L'organisation antérieure de la CNAMTS était fondée sur un cloisonnement des personnels médicaux et des personnels administratifs, du fait de l'existence d'une direction nationale du contrôle médical autonome : cette direction et celle de la gestion du risque adressaient chacune leurs propres instructions respectivement au réseau médical et au réseau administratif des CPAM avec le risque de décalages importants dans les priorités mises en œuvre au niveau local.

En 2004-2005, la direction nationale du contrôle médical a été supprimée et les 73 praticiens conseils qui la composaient ont été répartis entre les directions déléguées créées à la même époque, notamment la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS), la direction déléguée aux opérations (DDO) et la direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes (DCCRF).

Cette réorganisation s'est accompagnée d'un renforcement du pilotage national. La définition de programmes de travail et d'objectifs communs aux CPAM et aux DRSM contribue à unifier leur action.

2 – La régionalisation de la gestion des moyens

Parallèlement, les DRSM et les ELSM ont été réorganisés autour de cinq pôles d'activité :

- contrôle des prestations et relations avec les assurés (CPR2A), qui correspond au contrôle des demandes individuelles de prise en charge par l'assurance maladie de certaines prestations. Ce pôle constitue le cœur de métier du service du contrôle médical ;
- contrôles contentieux (contrôles réalisés en vue d'une sanction -CCX-);
- relations avec les professionnels de santé (RPS), qui reposent sur des entretiens destinés notamment à les informer des actions de l'assurance maladie ;
- organisation du système de soins (OSS)²¹² ;
- prévention et promotion de la santé (PPS).

La répartition des moyens du contrôle médical entre les cinq pôles et les fonctions supports est donnée dans le tableau ci-dessous. Il montre le poids prépondérant du pôle CPR2A et de la fonction logistique (77,5 % du total). Il en était de même en 1997²¹³. Ces données (aussi bien en 1997 qu'en 2008) sont cependant très approximatives en raison de l'absence d'une comptabilité analytique fiable et des modalités²¹⁴ de leur recension, mais ce sont les seules données disponibles.

Répartition de l'activité du service médical de la CNAMTS au premier semestre 2008

	En %						
	CPR2A	RPS	OSS ²¹⁵	CCX	PPS	Fonctions supports	Total
Personnel médical et administratif	51,7	6,3	4,5	11,1	0,7	25,8	100
Praticiens conseil	42,5	11,7	9,9	19,7	1,3	15,0	100
Personnel administratif	55,3	4,2	2,4	7,8	0,5	29,9	100

Source : CNAMTS

212. Ce pôle comprend les activités réalisées par des praticiens conseils pour le compte des ARH et MRS notamment.

213. En 1997, le pôle « expertise médico-économique » correspondait au pôle « CPR2A » actuel. Une tentative avait été faite en 1998 de réorienter profondément l'activité du contrôle médical en direction des actions de santé publique, au détriment des avis individuels (sur une base 2/3 et 1/3), mais cette orientation n'a pas survécu au directeur général qui l'avait initiée.

214. Le dispositif de recension est fondé sur l'observation des activités des personnels durant deux jours par mois.

215. La Cour n'a pas examiné l'activité des pôles OSS et PPS.

La réorganisation de l'activité du contrôle médical en cinq pôles permet d'améliorer la gestion des moyens. Elle conduit, d'une part, à la spécialisation des praticiens conseils, nécessaire au regard de la technicité croissante de certaines activités²¹⁶. Elle permet, d'autre part, d'optimiser la répartition des moyens au niveau régional, notamment de mieux répondre aux problèmes de vacances de postes affectant certains échelons locaux, certains pôles ne nécessitant pas le rattachement géographique des praticiens conseils à un échelon particulier.

3 – Un pilotage de l'activité « CPR2A » encore incertain

Le contrôle des prestations ne fait pas l'objet d'un pilotage national aussi structuré que celui des autres pôles d'activité. Il n'existe pas de programme annuel national formalisé et le partage des responsabilités au sein de la CNAMTS est plus flou : ainsi le contrôle des indemnités journalières (IJ) et des affections de longue durée (ALD) relève conjointement de la DDGOS et de la DDO, la procédure de mise sous accord préalable (cf infra) est, au plan national, de la responsabilité de la DCCRF pour les IJ et de la DDGOS pour la chirurgie ambulatoire. De ce fait l'identification des interlocuteurs qualifiés est parfois difficile pour les échelons locaux. La désignation d'un coordonateur du processus CPR2A et des réunions régulières des responsables régionaux du pôle, prévues par la CNAMTS, devraient permettre de résoudre ces difficultés.

B – La gestion des moyens du contrôle médical

1 – Des effectifs en baisse et inégalement répartis sur le territoire

Les effectifs du service médical du régime général ont été soumis, comme les autres services de la CNAMTS, à la déflation prévue par la COG.

216. Les praticiens conseils ne peuvent exercer d'activités relevant de plus de deux pôles.

Evolution des effectifs depuis 2000²¹⁷

	Praticiens conseils en ETP	Personnel administratif en ETP	Total en ETP	Total en effectifs physiques
2000	2 430	7 038	9 468	9 969
2002	2 430	7 412	9 842	10 135
2006	2 396	6 800	9 196	9 485
2007	2 341	6 561	8 902	9 181

Source : CNAMTS. Les chiffres en ETP de 2008 ne sont pas disponibles.

Entre 2002 et 2007, la diminution a été particulièrement sensible pour les personnels administratifs (-11,5 %) et elle devrait se poursuivre compte tenu de l'objectif fixé par la COG pour 2006-2009 (remplacement de 60 % des départs en retraite).

En outre, les services du contrôle médical du régime général et des deux autres régimes connaissent des difficultés persistantes de recrutement des praticiens conseils. Dans le régime général, au 30 mai 2008, 119 postes étaient vacants, dont 108 pour les seuls médecins conseils²¹⁸. Ces postes vacants sont inégalement répartis entre les régions : six DRSM présentent des effectifs supérieurs au nombre théorique attendu ; 13 DRSM ont des postes vacants, notamment celles d'Ile-de-France et du Nord-Pas-de-Calais-Picardie.

2 – Des systèmes d'information insuffisamment développés*a) Une dématérialisation des données insuffisante*

Actuellement, les données médicales transmises par les professionnels de santé au service médical ne sont pas encore dématérialisées. Par ailleurs, les systèmes d'information des services médicaux et des services administratifs ne peuvent échanger par des liaisons automatisées²¹⁹.

A titre d'exemple, le circuit de transmission et d'instruction des données administratives et médicales des ALD et des arrêts de travail dans le régime général est le suivant :

217. Les délégués de l'assurance maladie (DAM) qui sont des agents administratifs des CPAM effectuant des missions auprès des professionnels de santé ne sont pas compris dans les effectifs du service du contrôle médical (cf. infra).

218. Les effectifs théoriques sont déterminés pour chaque région en fonction de la population protégée, du nombre de professionnels libéraux et de lits de court séjour.

219. Des requêtes croisées sur les données administratives et médicales peuvent cependant être réalisées par le service médical.

1. transmission par le médecin ou l'assuré de la demande d'avis à l'assurance maladie ;
2. réception de la demande et saisie des données médicales par le service médical dans l'applicatif Hippocrate ;
3. transmission (simultanée ou non) par le service médical à la CPAM de l'avis médical rendu²²⁰ et de la partie administrative de la demande de l'assuré ou du médecin traitant ;
4. réception de ces données par la CPAM et saisie dans l'applicatif de liquidation de ces dernières.

L'absence de transmission automatisée des données conduit ainsi à mobiliser des moyens relativement importants pour des fonctions de secrétariat sans valeur ajoutée et à allonger les délais de contrôle.

b) Des projets importants en cours

La CNAMTS conduit plusieurs projets dans le but d'obtenir des gains de productivité et de fiabiliser les données des différents systèmes d'information.

Un projet de dématérialisation en amont des données transmises aux services médicaux et administratifs a pour objectif de développer la saisie des données à la source, dans les cabinets des médecins et dans les établissements de santé. Un test est actuellement en cours à Chartres et à Orléans sur la mise en place d'un protocole de soins électronique (PSE) pour les ALD. Cette opération s'accompagne, pour les médecins continuant à utiliser les protocoles papier, d'une scanérisation de ces derniers.

Ce dispositif qui a vocation à être étendu aux arrêts de travail est déployé dans l'ensemble du réseau à partir de mai 2009. Sa réussite dépendra cependant de l'appétence des médecins libéraux à utiliser cette procédure, de la réactivité des services informatiques et de la campagne d'information qui sera menée par la CNAMTS.

Un projet de développement des liaisons automatisées entre les caisses et les services médicaux préservant le secret médical est également à l'étude.

Ces projets sont porteurs de gains de productivité importants.

220. Dans le respect du secret médical.

3 – L'impossible mesure de la productivité

La productivité du contrôle médical pour le régime général, comme pour les autres régimes, ne peut encore être mesurée.

Dans le régime général, le manque de fiabilité du dispositif de mesure des ressources mobilisées pour faire fonctionner le service conduit actuellement la CNAMTS à développer un nouveau système dit de « contrôle de gestion ». Ce système en vigueur depuis septembre 2008 doit permettre, à l'avenir, de comptabiliser de manière plus fiable, par pôle et par programme, les ETP disponibles et les ETP consommés par les praticiens conseils et les personnels administratifs. Pour le pôle CPR2A, la CNAMTS a par ailleurs la possibilité, à partir de l'applicatif de production du service médical (Hippocrate) de calculer les ETP mobilisés à partir, d'une part, du nombre d'avis individuels rendus et, d'autre part, du temps standard de traitement arrêté au niveau national.

Mais ce système est partiel (il ne prend pas en compte les effectifs administratifs mobilisés par les fonctions supports), déclaratif et seulement en cours de mise en œuvre. Il est donc insuffisant. Par ailleurs, le coût des moyens mobilisés ne peut encore être rapporté aux résultats obtenus, intermédiaires ou finaux. La mise en place d'indicateurs de performance adaptés aux différentes missions est donc indispensable.

II - La nécessaire réforme du contrôle individuel des prestations

Les avis sur les demandes individuelles de prise en charge de certaines prestations par l'assurance maladie constituent le noyau fondateur des missions du contrôle médical. L'importance quantitative des dossiers qui lui sont adressés rend nécessaire une réforme du contrôle de certaines demandes de prestations, notamment des demandes d'admission en ALD.

A – Un suivi de masse

1 – Plus de cinq millions de demandes d'avis individuels

Le nombre de demandes reçues par le service médical du régime général est toujours extrêmement important : il s'élève à près de cinq millions en 2007.

Ventilation des avis définitifs émis en 2007 par le régime général²²¹

Prestations	Nombre d'avis	Pourcentage
ALD	1 963 123	45,9%
Invalidité	88 698	2,1%
AT/MP ²²²	631 032	14,8%
Arrêts de travail	1 591 825	37,2%
Total	4 274 678	100%

Source : CNAMTS. Ce tableau recense tous les derniers avis émis par le contrôle médical pour les principales activités décrites dans ce rapport. Il ne tient pas compte des avis rendus en matière d'inaptitude (environ 82 000), ni surtout de tous les avis intermédiaires rendus : sur cette base le nombre total d'avis émis a été de 5 430 653 en 2007.

2 – Près de 17 millions d'ententes préalables (EP)

Les ententes préalables constituent une forme particulière d'avis individuel ; leur régime juridique prévoit notamment que le silence gardé pendant plus de 15 jours par l'organisme de sécurité sociale sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation. Malgré la restriction du champ des actes et traitements soumis à entente préalable²²³, le volume des demandes d'EP reste très important : il a été estimé par extrapolation²²⁴ à environ 16,8 millions par an dans le régime général.

B – Des évolutions nécessaires dans le contrôle des principales prestations

Les avis du contrôle médical portent principalement sur les demandes d'admission en ALD, sur les arrêts de travail ainsi que sur les prestations rendues en matière d'AT-MP.

221. La portée des avis rendus sur ces différentes prestations est exposée infra.

222. Hors avis sur arrêts de travail.

223. Le périmètre des ententes préalables a notamment été réduit par un arrêté de mars 2003 qui les a supprimées en matière de soins dentaires à l'exception des actes d'orthopédie dento-faciale. Pour ce seul segment de soins, cette décision a conduit à diminuer le volume des EP de 7,7 millions à 1 million.

224. A partir du recensement des demandes d'EP enregistrées durant une semaine en 2007.

1 – Le contrôle des demandes d'ALD et leur suivi

Les demandes de reconnaissance ou de prolongation d'ALD, qui ouvrent droit à une exonération du ticket modérateur, sont soumises systématiquement à l'avis du contrôle médical. La loi du 13 août 2004 a posé le principe de la signature, pour toute demande, d'un nouveau protocole de soins établi conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil.

Ce contrôle présente cependant des lacunes majeures, exposées ci-dessous.

a) Un nombre d'avis défavorables relativement faible

Plus de 2,3 millions d'avis (en admission et en prolongation) ont été rendus en 2007 (1,9 million par le régime général, 218 000 par le RSI et 220 000 par la MSA). Leur nombre devrait s'accroître dans les années à venir : selon le rapport d'information sur les ALD de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) de novembre 2008 « le nombre de personnes en ALD pourrait augmenter d'ici 2020 au rythme annuel moyen de 3,8 % soit de 20 % en cinq ans et passer d'environ 10 millions à 12 millions de personnes (dans le régime général) ».

Le pourcentage d'avis négatifs rendus est toujours relativement faible : en 2007, dans le régime général, il a été de 6,7 % sur les 1 400 353 demandes d'admission et de 2,3 % sur les 562 770 demandes de prolongation déposées. Des pourcentages équivalents avaient été constatés ces dernières années dans le régime général. Dans le RSI et à la MSA, ces pourcentages sont moindres.

Mais, d'après la CNAMTS, ce faible taux global d'avis défavorables peut varier fortement selon la pathologie déclarée : des taux de l'ordre de 30 % ont été évoqués par la caisse nationale par exemple pour l'ALD 22 (polyarthrite rhumatoïde grave). Toutefois, les taux d'avis défavorables rendus sur les demandes d'admission au titre de chacune des ALD ne sont pas connus car ils sont recensés par le service médical en fonction de la classification CIM (classification internationale des maladies) et non selon l'ALD concernée.

b) Des mesures de simplification soulignant la faible utilité de la procédure d'avis systématique

Devant les contraintes du traitement de masse des demandes d'admission en ALD²²⁵, la CNAMTS a diffusé en 2007 des directives simplifiant l'utilisation du nouveau protocole de soins envoyé par le médecin traitant au service médical. Elles posent le principe de l'acceptation d'éléments déclaratifs (qui dispense le médecin traitant de fournir la preuve de la gravité de la pathologie) et précisent que la simple mention de la liste des recommandations de la HAS suffit sans qu'il soit besoin de préciser le contenu des actes et prestations nécessaires à l'assuré concerné. Ces mesures de simplification réduisent ainsi considérablement la pertinence de l'avis donné par le médecin conseil et donc l'efficacité du contrôle.

La CNAMTS soutient aussi les initiatives tendant à déléguer le plus possible le contrôle aux techniciens administratifs. Par exemple, dans la région du Nord-Pas-de-Calais-Picardie, depuis septembre 2008 le traitement des avis sur les ALD faisant l'objet d'un guide et d'une liste de la HAS est presque totalement délégué aux agents administratifs du contrôle médical. Ceux-ci saisissent dans l'application Hippocrate le diagnostic et l'avis (qui est dans ce cas favorable) et le praticien conseil peut signer par lots plusieurs protocoles de soins sans examiner leur contenu médical. Une telle organisation ne prend son sens que si elle s'accompagne de contrôles conduits par les médecins *a posteriori* sur des patients déjà admis en ALD et choisis en fonction d'atypies détectées à partir de requêtes informatiques (cf. infra). Or ce type de contrôle, s'il est expérimenté à la DRSM de Nord-Pas-de-Calais-Picardie, n'est pas mis en œuvre dans le réseau. Actuellement, le service médical n'effectue presque aucun contrôle sur la masse des patients déjà admis en ALD.

Dans la plupart des cas, la réalité de l'affection ainsi que la qualité de la prise en charge médicale du patient ne sont donc pas contrôlées.

c) L'imprécision des recommandations de la HAS : une difficulté pour le contrôle médical

La précision des critères médicaux d'admission en ALD et des référentiels de traitements propres à chaque pathologie est nécessaire au bon exercice du contrôle médical. Celui-ci doit porter en effet à la fois sur la reconnaissance de l'ALD et sur la qualité de la prise en charge

225. A titre d'exemple, l'ELSM de Lens traite un flux quotidien de 70 demandes d'ALD.

médicale, les actes et prestations prévus par le médecin traitant devant être conformes au diagnostic établi. La HAS est chargée de formuler des recommandations en ces domaines.

Or certains critères médicaux de définition des ALD manquent de précision : pour certaines pathologies, comme l'asthme, l'insuffisance cardiaque grave ou l'hypertension artérielle, les critères sont soit objectifs (résultant d'examens complémentaires), soit fondés sur des appréciations cliniques subjectives qui, lorsque le médecin traitant y a recours, sont plus difficilement appréciables par le médecin conseil. La CNAMTS a par ailleurs observé que les critères d'admission permettent actuellement, pour certaines ALD, de larges marges d'interprétation qui expliqueraient que la géographie de ces ALD ne soit pas bien corrélée avec les données épidémiologiques²²⁶.

La HAS a soumis au gouvernement en décembre 2007 trois scénarii de réforme des critères d'admission : un scénario de simple actualisation médicale des critères pour 19 ALD, qui n'emportait aucune modification significative du périmètre d'admission en ALD, un scénario de refonte partielle de la liste des ALD et de révision des critères d'admission pour certaines affections, enfin un scénario de maintien en l'état des critères dans l'attente d'une réforme d'ensemble du dispositif. La HAS plaidait en faveur de ce dernier scénario qui a ensuite été intégré dans la réflexion sur le bouclier sanitaire. Celui-ci consistait à exonérer de ticket modérateur toute la population, et pas seulement les personnes ayant une ALD, dès lors que serait atteint un total de dépenses de santé (le reste à charge) variable selon le niveau de ressources de l'assuré. Cela consistait donc à introduire une condition de ressources dans la gestion des prestations de maladie. Cette réforme lourde d'impact n'a pas été retenue.

Dès lors, il faut sortir de l'impasse et reprendre la réflexion sur les ALD, afin de mieux les cibler sur les traitements les plus longs et les plus coûteux. De même, les recommandations relatives aux traitements ne sont pas suffisamment hiérarchisées²²⁷. La mise à disposition de référentiels de traitement hiérarchisés a été demandée par la MECSS dans le rapport précité.

226. Cf. Points de repère n° 1, août 2006 CNAMTS.

227. Elles ne distinguent pas par exemple les prescriptions de première, deuxième ou troisième intention.

d) Quelle politique de contrôle ?

La CNAMTS et la DSS sont clairement opposées à toute suppression du contrôle a priori des ALD au motif qu'une telle décision pourrait entraver toute régulation en amont des demandes d'admission et placerait nombre de médecins dans une situation difficile par rapport aux exigences de leurs patients.

Les constats ci-dessus montrent cependant que le contrôle de nature médicale est très faible, voire inexistant. Dès lors, le dispositif de contrôle des ALD doit être profondément réorganisé.

Le contrôle a priori pourrait être maintenu pour les ALD qui présentent les taux d'avis défavorables les plus élevés. Pour les autres, il conviendrait de donner au médecin traitant la responsabilité de l'admission en ALD et de développer parallèlement des contrôles *a posteriori* sur des patients déjà admis en ALD et choisis en fonction d'atypies détectées à partir de requêtes informatiques. Ces contrôles viseraient à vérifier à la fois la réalité de l'affection (confirmation du diagnostic déclaré) et la qualité de la prise en charge médicale du patient.

Une telle réforme suppose la suppression du protocole de soins tel que prévu actuellement par l'article L. 324-1 du CSS, la déclaration justifiée par le médecin traitant à l'assurance maladie, sans signature du médecin conseil, étant suffisante. Bien évidemment, la capacité de ce dispositif à prévenir l'inflation des admissions en ALD dépendra de l'efficacité des contrôles menés *a posteriori*²²⁸.

A cet égard une expérience est également en cours depuis juillet 2008 dans la DRSM du Nord-Pas de Calais-Picardie sur l'ALD 16 (maladie de Parkinson) : sur 1 991 patients ciblés, 388 (soit 20 %) ont été évalués comme bénéficiant de traitements non en adéquation avec le référentiel de la HAS et étaient en l'occurrence sous ou sur médicalisés avec tous les effets négatifs que cela peut entraîner. Ce type de diagnostic, généralisé à l'ensemble des ALD, montre le potentiel important en matière de qualité des soins qui résulterait d'un réexamen de l'ensemble des protocoles d'ALD. Par ailleurs, ces travaux ont également montré que 46 patients (2 %) bénéficiaient à tort de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD, ce qui a abouti à leur radiation.

228. Il y a lieu, au demeurant, d'observer que l'attribution au médecin traitant pour chaque patient en ALD d'une rémunération forfaitaire annuelle de 40 €, à laquelle s'ajoute la consultation approfondie annuelle (CALD) de 26 € représente un mécanisme inflationniste certain.

2 – Le contrôle des arrêts de travail

a) Une politique de contrôle volontariste

Les indemnités journalières (IJ) versées par le régime général au titre de l'assurance maladie en 2007 s'élèvent à près de 5,4 Md€. Le contrôle des arrêts de travail constitue une priorité de la maîtrise médicalisée des dépenses. Une politique volontariste de contrôle a été mise en œuvre.

Le nombre d'arrêts de travail contrôlés a considérablement augmenté depuis 2001 : il s'élève dans le régime général à 1 591 825, dont 339 605 au titre des AT/MP en 2007.

Le dispositif de contrôle du régime général repose sur un contrôle ciblé des arrêts de courte durée et un contrôle systématique des arrêts de travail de plus de 45 jours. Près de la moitié des avis sont rendus après examen sur personne. Si les arrêts de courte durée représentent la plus grande partie des arrêts de travail, les arrêts de moins de huit jours représentaient en 2007 seulement 2,8 % des dépenses d'indemnités journalières et les arrêts de plus de 45 jours près de 74 % de ces dépenses. La politique consistant à contrôler systématiquement les arrêts de longue durée apparaît donc pertinente.

Répartition des arrêts et des IJ maladie au premier semestre 2008

En %

	Nombre d'arrêts	Montant des IJ ²²⁹
Moins de 8 jours	38%	3%
8-14 jours	21%	6%
15-30 jours	16%	10%
31-90 jours	15%	25%
Plus de 90 jours	11%	56%
Total	100%	100%

Source : CNAMTS

D'après les évaluations de la CNAMTS, le coût du contrôle reste faible : le coût des ressources humaines du service médical (personnel administratif exclu) sur le contrôle des assurés est estimé à 31,5 M€ pour une économie directe estimée pour l'année 2008 à 240 M€. Les économies indirectes générées par le contrôle des arrêts de travail seraient bien supérieures.

229. Le montant total s'élève à 2,825 Md€.

La part d'avis défavorables est relativement élevée en matière d'assurance maladie (11 % en moyenne), en particulier pour les arrêts en rapport avec une ALD et pour ceux de courte durée.

Suivi des arrêts de travail en 2007 -assurance maladie- régime général

	Avis favorables	Avis défavorables	Part des avis défavorable	Avis technique impossible	Total
Arrêts de travail en rapport avec une ALD ²³⁰	452 325	82 546	14,4 %	38 151	573 022
Arrêts de travail de longue durée	308 136	22 522	5,3 %	96 055	426 713
Arrêts de travail de courte durée ²³¹	189 982	32 074	12,7 %	30 429	252 485
Total assurance maladie	950 443	137 172	11 %	164 635	1 252 220
Total AT/MP	281 486	17 904	5,3%	40 125	339 605
TOTAL	1 231 929	155 046	9,7%	204 850	1 591 825

Source : Cour des comptes selon données de la CNAMTS

b) Une forte variabilité régionale des taux d'avis défavorables

Des variations sensibles sont constatées selon les DRSM. Le nombre d'avis défavorables varie du simple au double en France métropolitaine entre les Pays-de-la-Loire et le Limousin-Poitou-Charente d'une part (7 % et 7,7%) et l'Alsace-Moselle, le Nord Est et le Nord-Pas de-Calais-Picardie d'autre part (13,5 à 14 %).

Pour remédier aux disparités régionales, au-delà de la pratique des revues de dossiers, la mise en place d'un barème indicatif doit être privilégiée. La CNAMTS a récemment déposé auprès de la HAS et à destination des médecins généralistes une demande de recommandation pour cinq pathologies qui sont à l'origine d'un nombre important d'IJ et dont les critères de prescription sont flous²³². Un tel barème serait également utile pour les praticiens conseils.

230. Il s'agit de tous les avis sur les arrêts de travail en rapport avec une ALD, que ce soit les arrêts de plus de 45 jours (et plus de 60 jours à partir d'août 2007) ou les arrêts suivis ultérieurement pendant la période des trois ans.

231. Le contrôle porte en priorité sur certains types d'arrêts, notamment ceux reposant sur des critères subjectifs.

232. Episodes dépressifs, lombalgies, lésions internes du genou, interventions sur le canal carpien et varices des membres inférieurs.

3 – Des pratiques trop hétérogènes en matière d'AT/MP et d'invalidité

Les avis donnés par le contrôle médical en matière d'invalidité et d'AT/ MP concernent des volumes beaucoup plus faibles que ceux relatifs aux ALD et aux arrêts de travail mais des variabilités fortes sont également constatées entre les diverses DRSM.

a) Les avis pour admission en invalidité

En 2007, les 88 698 demandes examinées²³³ dans le régime général ont donné lieu à 72 691 avis favorables (82 %) dont 27 % en catégorie 1, 71 % en catégorie 2 et 1 % en catégorie 3. L'attribution d'une pension est de droit lorsque l'invalidité réduit au moins des deux tiers la capacité de gain ou de travail de l'assuré.

Or par rapport à un taux global d'avis négatifs de 18 %, les variabilités régionales observées sont très marquées.

Taux régionaux d'avis négatifs- Invalidité- régime général

En %

DRSM		DRSM	
Alsace-Moselle	31.8	Languedoc Roussillon	17.0
Nord Est	30.7	Normandie	15.6
Réunion	26.4	Bretagne	13.0
Midi Pyrénées	25.6	Rhône Alpes	13.0
Bourgogne Franche Comté	22.5	Ile de France	12.9
Nord Picardie	21.2	PACA Corse	12.4
Limousin Poitou Charentes	20.9	Guadeloupe	11.0
Aquitaine	20.3	Martinique	10.6
Pays de la Loire	18.9	Auvergne	7.3
Centre	17.2	Guyane	6.7
Moyenne	18.0		

Source : Tableaux régionaux du nombre d'avis DRSM-CNAMTS.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces écarts, parmi lesquels les comportements régionaux des professionnels de santé et des assurés mais

233. En matière d'invalidité, les médecins conseil, après un examen systématique sur les personnes, classent l'assuré dans une des trois catégories prévues par l'article L. 341-3 du CSS : catégorie 1 pour un assuré capable d'exercer une activité rémunérée, catégorie 2 pour des assurés « absolument incapables d'exercer une profession quelconque », catégorie 3 pour des assurés qui sont « en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ».

aussi les pratiques des services médicaux qui posent le problème de l'équité entre assurés. En 1987, avec un taux global d'avis défavorables comparable (19,2 %), les écarts entre DRSM (10,2 % et 28,5 %) étaient identiques à ceux que la Cour a constatés en 2007. En 20 ans, la situation n'a donc guère changé. Une analyse plus approfondie et plus résolue des écarts régionaux et des actions d'harmonisation des pratiques de la part de la CNAMTS est donc indispensable.

b) Les avis sur prestations en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles

La CNAMTS a constaté une certaine hétérogénéité des pratiques en matière de reconnaissance et d'indemnisation des AT-MP. Ainsi des disparités ont été identifiées d'une caisse à l'autre en matière d'attribution du taux d'incapacité permanente pour les plaques pleurales et les troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres supérieurs (maladie professionnelle 57). Des écarts importants sont aussi constatés en matière de reconnaissance de cette même maladie 57 et des accidents de trajet : les écarts varient, entre CPAM/ELSM, de 21 à 86 % pour les accidents de trajet et de 27 à 96 % pour les TMS des membres supérieurs.

La CNAMTS a pris récemment plusieurs initiatives : six ELSM et CPAM ont été audités en 2008 pour approfondir l'analyse de ces écarts de reconnaissance et la CNAMTS a demandé aux caisses et services médicaux de chaque région d'établir un plan visant à réduire ces disparités. En matière d'attribution des taux d'incapacité permanente, une revue de dossiers nationale, destinée à unifier les pratiques, a été réalisée en 2008.

C – Des évolutions nécessaires dans les méthodes et l'organisation du contrôle

1 – L'évolution des méthodes de contrôle : des ententes préalables aux mises sous accord préalable

La réduction des EP (fondées sur un contrôle systématique en théorie) au profit des mises sous accord préalable (reposant sur un contrôle ciblé sur les pratiques les plus déviantes) traduit l'adoption progressive de modes de contrôle plus appropriés aux volumes des prestations.

a) Une limitation indispensable du périmètre des ententes préalables

Les ELSM reçoivent un flux très important de demandes d'EP. Cependant aucun contrôle n'est exercé, sauf sur des actes et prestations spécifiques, comme la chirurgie esthétique, pour lesquelles la CNAMTS a donné des instructions de contrôle systématique.

Le tableau ci-dessous indique les actes soumis à EP ainsi que les volumes correspondants. Deux postes représentent plus des trois-quarts des EP dont 65 % pour les seuls soins de kinésithérapie²³⁴. Il montre la faiblesse insigne des avis défavorables (moins de 0,1 % pour la plupart des postes).

Flux hebdomadaire d'EP constaté durant la semaine 45 en 2007

	Nombre d'EP	Pourcentage	Avis défavorables
Soins de kinésithérapie	205 643	63,6%	0,007%
Actes dentaires	40 678	12,6%	0,67%
Autres auxiliaires médicaux	22 786	7,0%	0%
Soins infirmiers	16 029	5,0%	0,025%
Transports	11 872	3,7%	0,64%
Autres EP	9 733	3,0%	0,07%
LPPR	8 142	2,5%	0,95%
Autres ²³⁵	7 752	2,4%	0,24%
Chirurgie esthétique	658	0,2%	10,95%
Soins à l'étranger	71	0,02%	9,86%
Total	323 363	100%	0,17%

Source : CNAMTS

Ce dispositif d'entente préalable présente ainsi deux limites importantes :

- il se réduit à une vaste opération d'archivage et de classement de documents sans réel contrôle ;

234. Ces pourcentages peuvent varier à la marge selon les ELSM. Ainsi à l'ELSM de Lens le flux hebdomadaire de 2 400 EP est composé quasi exclusivement de prestations de kinésithérapie (2 000 soit 84 %) et d'orthopédie dento faciale (350 soit 15 %).

235. Ce poste inclut notamment les EP relatives aux actes de biologie et à la CCAM.

- l'absence de réponse du service médical dans un délai de 15 jours vaut accord ; or selon une jurisprudence constante le service médical ne peut plus contester la nature ou la cotation d'un acte médical a posteriori si cet acte a fait l'objet d'un accord préalable, même donné de manière tacite et sans examen préalable.

Compte tenu de cette situation particulièrement insatisfaisante, les autorités de l'assurance maladie ont souhaité réduire fortement le champ des EP pour les prestations de kinésithérapie. Ainsi, par une décision de décembre 2007, l'UNCAM a décidé de ne plus soumettre à EP que les prestations supérieures à 30 séances par an. Cette décision, qui aurait dû réduire de près de 80 % le volume des EP en question, n'a pour l'instant pas produit les effets attendus²³⁶ en dépit de la campagne d'information faite à ce sujet, les comportements des professionnels n'ayant pas encore changé²³⁷.

Dans ces conditions, la liste des prestations soumises à EP devrait être fortement revue et strictement limitée à certains actes parfaitement ciblés (telle la chirurgie plastique ou les soins à l'étranger) en raison de leur caractère exceptionnel, de leur coût ou des risques qu'ils représentent.

b) La mise sous accord préalable (MSAP) : un dispositif efficace à développer

Cette procédure introduite également par la loi du 13 août 2004 permet de cibler les professionnels de santé qui sont des prescripteurs excessifs de certaines prestations et de subordonner le remboursement par l'assurance maladie de ces prestations à l'accord *a priori* du contrôle médical. Initialement restreinte aux transports et aux arrêts de travail, cette procédure a fait l'objet d'extensions successives : en 2008 d'abord à toute prescription d'un acte, d'un produit ou d'une prestation significativement supérieure aux données moyennes constatées ainsi qu'aux établissements hospitaliers en vue du développement de la chirurgie ambulatoire. En 2009, l'extension a porté sur les prestations hospitalières caractérisées par une évolution atypique ou non-conforme aux référentiels de la HAS.

236. En 2009, l'ELSM de Lens continue à recevoir le même volume d'EP pour cette prestation.

237. Par ailleurs, cinq référentiels de mise sous EP d'actes en série ont été validés par la HAS et sont en cours de concertation avec les syndicats concernés et l'article 42 de la LFSS pour 2009 permet toujours, pour les actes en série, de soumettre à accord préalable la poursuite de la prise en charge d'un traitement au-delà d'un certain nombre d'actes, sur le fondement d'un référentiel validé par la HAS.

Cette procédure qui a été mise en place effectivement pour les IJ et la chirurgie ambulatoire a produit des effets positifs. Pour les IJ, durant la campagne 2006, 44 médecins généralistes ont été placés sous MSAP pour une dépense évitée selon la CNAMTS de 23 M€. En 2007 141 généralistes et 18 spécialistes ont été concernés mais les économies correspondantes n'ont pas encore pu être évaluées. Pour la chirurgie ambulatoire, la MSAP consiste à choisir des établissements de santé en retard dans le développement de cette pratique. La CNAMTS a choisi à cet effet cinq gestes marqueurs²³⁸ auquel un indicateur CPG a d'ores et déjà été associé. Accueilli souvent favorablement par les directeurs d'hôpitaux, il suscite plus de réticences de la part des médecins dont l'organisation du travail serait perturbée.

Ces résultats méritent d'être confirmés.

2 – Les difficultés de la liquidation médicalisée

La liquidation médico-administrative constitue l'un des principes importants de la loi du 13 août 2004. Son article 19 pose en effet l'obligation pour les caisses de vérifier *a priori*, c'est-à-dire avant le paiement des prestations, le respect des règles de prise en charge par l'assurance maladie, avec l'appui du service médical, l'objectif étant de réduire les indus.

Ce dispositif de contrôle avant paiement était particulièrement ambitieux, voire irréaliste, au regard des contraintes du processus de liquidation. Les difficultés à automatiser certains contrôles de nature médicale, l'important volume des prestations et les engagements de paiement rapide auprès des pharmaciens et des assurés ont ainsi conduit la CNAMTS à développer d'emblée un modèle de liquidation médicalisée *a posteriori* qui s'est révélé non rentable. Il portait sur la prise en charge à 100 % au titre des ALD et visait à vérifier la bonne distribution des prescriptions de médicaments sur l'ordonnancier bizonal afin de détecter les remboursements à 100 % injustifiés. Ce contrôle, effectué après paiement, n'empêchait donc pas les indus et impliquait une procédure particulièrement lourde. L'expérience menée sur une grande échelle (durant sept mois en 2007 avec 107 ELSM) a coûté quelque 400 000 € pour une récupération de 41 000 € d'indus. Suite à ce constat d'échec la CNAMTS a mis fin à cette expérience en avril 2008.

238. Il s'agit de la cataracte, des extractions dentaires, de l'arthroscopie du genou, de la chirurgie des varices et de l'amygdalectomie. En 2009, le dispositif est étendu à quinze autres gestes marqueurs.

Depuis elle a mis en place des contrôles a priori moins ambitieux : c'est notamment le cas des contrôles automatisés bloquant le remboursement à 100 % de médicaments qui ne sont jamais en rapport avec une ALD quelle qu'elle soit ou, pour le paiement aux établissements, de contrôles fondés sur l'incompatibilité entre des codes CCAM et certains GHS²³⁹. Une autre piste d'évolution actuellement envisagée consiste à mettre en place un contrôle a priori au niveau du pharmacien qui bloquerait la facturation à 100 % de tous les médicaments reconnus comme incompatibles avec certaines pathologies. Dans l'hypothèse où cette solution pourrait être mise en œuvre, ce qui est loin d'être sûr, elle ne constituerait qu'une réponse limitée au seul secteur des médicaments.

3 – Vers une nécessaire rationalisation de l'organisation du pôle « CPR2A » et des méthodes de contrôle

Tous les constats mentionnés ci-dessus impliquent une profonde réorganisation du pôle CPR2A. L'organisation ancienne classique de ce pôle, fondée sur l'attribution d'un portefeuille d'assurés à gérer à un médecin conseil assisté de secrétaires qui lui sont affectés, a désormais vécu. L'organisation d'un ELSM doit reposer sur une plus grande mutualisation des moyens. Par ailleurs, le principe d'un contrôle systématique des demandes individuelles de prestations est totalement incompatible avec les volumes de prestations traitées par l'assurance maladie : l'activité doit être réorientée vers des contrôles centrés sur des professionnels de santé détectés à l'issue de ciblage statistiques.

A cet égard l'expérience menée notamment à Lille est riche de promesses et devrait être généralisée. Elle vise à « industrialiser » le plus possible l'activité classique du pôle CPR2A en confiant aux techniciens administratifs 70 % des charges de ce pôle. Cela permet de dégager du temps de praticien conseil pour des tâches plus valorisantes et plus utiles que sont, d'une part le suivi individualisé des arrêts de travail de plus de six mois et des mises en invalidité, d'autre part le développement des missions à forte plus value médicale, comme les MSAP et les contrôles a posteriori des ALD.

239. Les résultats de l'expérimentation menée par le RSI semblent être plus positifs. Ce régime a déployé, moyennant des développements informatiques de 1,7 M€, une démarche de liquidation médicalisée sur l'ensemble de son réseau pour deux pathologies, avec une liquidation a posteriori qui était conçue comme une phase préalable obligatoire à tout déploiement de la liquidation médicalisée a priori. Il estime que le dispositif d'ensemble laisse entrevoir des économies conséquentes estimées à 900 000 € pour 2009.

III - Des évolutions indispensables dans les autres domaines d'activité

Les relations avec les professionnels de santé et le contrôle contentieux constituent les deux autres principaux domaines d'activité du contrôle médical.

A – Les relations avec les professionnels de santé

Ce pôle d'activité comprend, pour l'essentiel, la participation des médecins conseils aux instances conventionnelles locales et surtout ce qu'on appelle « l'accompagnement » des professionnels de santé. Il est propre au régime général, les assurés des deux autres régimes représentant une part trop réduite et trop dispersée de la patientèle des praticiens pour justifier de développer ce type d'action.

Cet accompagnement est assuré par les praticiens conseils qui conduisent des « entretiens confraternels » auprès des professionnels de santé, principalement sur les thèmes de la maîtrise médicalisée des dépenses et depuis 2003 par les délégués de l'assurance maladie (DAM). Les praticiens conseils participent à la formation des quelque mille DAM, qui peuvent également les consulter au cours de leurs missions.

54 336 échanges confraternels ont été conduits en 2007 (en cabinets ou téléphoniques) et 317 764 visites ont été effectuées par les DAM.

La CNAMTS a réalisé des évaluations micro-économiques de l'impact de ces deux modalités en prenant en compte un échantillon témoin de professionnels de santé n'ayant fait l'objet d'aucune démarche. Sachant que l'opération est rentable lorsque le ratio est supérieur à 1, elles montrent que l'efficience n'est pas propre à l'une ou l'autre de ces modalités mais dépend avant tout du choix du thème de maîtrise médicalisé retenu.

Evaluation micro-économique de l'impact des visites des DAM et des échanges confraternels (EC) par la CNAMTS

Thème de maîtrise médicalisée	Mode d'action	Nombre de visites évaluées	Economie /visite	Economie générée pour un euro dépensé
Inlay core et antibiotiques	DAM	7 833	16€	0,36€
Antibiotiques en médecine générale	DAM	10 648	181€	1,35€
Statines	EC	2 342	49€	0,30€
IPP	DAM	31 077	139€	1,41€
Hypertension artérielle	EC	4 998	308€	1,54€

Source : CNAMTS

B – Un contrôle contentieux à développer

1 – Une mission renforcée par la loi de 2004

Le contrôle contentieux vise la saisine d'une instance de sanction²⁴⁰. La loi du 13 août 2004 et les lois de financement de la sécurité sociale qui ont suivi ont renforcé les prérogatives de l'assurance maladie en la matière.

Cela s'est aussi traduit par l'identification, au sein du contrôle médical, d'un pôle d'activité consacré au contrôle contentieux et par la création, au sein de la CNAMTS, au 1^{er} janvier 2006, de la DCCRF, direction exclusivement dédiée à cet objet. L'action du service médical, est désormais, dans ce domaine, étroitement liée à celle des CPAM.

Le montant des anomalies potentielles fait l'objet d'une estimation statistique par la CNAMTS mais, pour une année donnée, le bilan définitif n'est connu que très tardivement, compte tenu de la longueur des procédures.

Cette activité porte sur des secteurs très divers comme l'indique le tableau ci-dessous.

240. Le contrôle dit « contentieux » peut viser la saisine d'une juridiction civile, pénale ou ordinaire, mais aussi la saisine de la commission des pénalités placée au sein des CPAM.

Estimation statistique du montant des anomalies potentielles (fraudes, fautes et abus) du volet national au 31 décembre 2007

En M€

Contrôle de la T2A (<i>campagne 2007</i>)	56,6
MSAP IJ	11,3
Contrôle de l'ordonnancier bizon	7,5
Contrôle de la chirurgie esthétique	10,9
Méga consommateurs	1,2
Traitements de substitution aux opiacés	8,5
Contrôle des pharmacies	-
Sous total	96
Autres thèmes dont trafic de médicaments à l'exportation	15,3
Total	111,3

Source : CNAMTS

2 – L'exemple du contrôle externe de la tarification à l'activité (T2A)

Les dépenses hospitalières soumises à la tarification à l'activité représentent un peu plus de 31 Md€ en 2008 et pourraient s'élever à près de 50 Md€ en 2009²⁴¹. Le contrôle externe de la facturation des prestations par les établissements de santé, placé sous la responsabilité des ARH, mobilise des personnels du contrôle médical. S'il se révèle prometteur, ce contrôle n'a cependant pas encore atteint sa pleine efficacité.

a) De nouveaux outils

Le contrôle peut conduire, si des anomalies sont constatées, à deux procédures cumulatives : une action en récupération d'indus²⁴² (article L. 133-4 du CSS) ainsi que, sous certaines conditions, à une sanction financière par l'ARH. Cette dernière procédure, dite « procédure sanction », introduite par la loi du 13 août 2004²⁴³, n'a pu être appliquée que depuis la parution du décret d'application du 16 mars 2006. Elle est en principe beaucoup plus efficace que celle de récupération d'indus car elle repose sur une méthode de contrôle par échantillonnage et sur une forme d'extrapolation.

241. ONDAM 2009.

242. Le montant de l'indu notifié est toujours égal au montant de la surfacturation constatée sur les dossiers contrôlés, sans possibilité d'extrapolation.

243. Article L. 162-22-18 du CSS.

Or, en mars 2009, le montant des indus notifiés au titre de 2007 s'élevait à 34,4 M€ et celui des sanctions notifiées par les ARH n'était que de 2,7 M€.

La procédure de sanction fait en effet l'objet d'une réglementation trop complexe et n'est encore que partiellement mise en œuvre dans les régions.

b) Une procédure de contrôle complexe

L'unité de coordination régionale (UCR) de chaque ARH, composée de personnels administratifs et médicaux, réalise le ciblage des établissements et activités atypiques et propose le programme de contrôle à la commission exécutive de l'ARH (COMEX), qui l'arrête. Les médecins conseils effectuent les contrôles sur place, notamment en confrontant les données de chaque dossier médical avec les résumés de sortie standardisés produits par l'établissement. Un rapport de contrôle est envoyé par le médecin contrôleur à l'établissement. L'UCR soumet ensuite à la COMEX un rapport de synthèse proposant les sanctions justifiées par les surfacturations constatées lors du contrôle. La décision de la sanction et du montant de celle-ci relève de la COMEX ou du directeur de l'ARH.

Les modalités de calcul de la sanction prévues par le décret du 16 mars 2006 sont cependant très complexes²⁴⁴ et laissent une latitude importante aux ARH ²⁴⁵. Par exemple, la commission exécutive détermine le montant de la sanction « en fonction de la gravité des manquements constatés ». Ainsi, d'après un bilan d'avril 2009, au titre de la campagne 2007, les commissions exécutives avaient notifié aux établissements des sanctions d'un montant total de 2,15 M€, alors que le montant total proposé par les UCR était de 3,9 M€²⁴⁶.

244. Selon le pourcentage de surfacturation constaté sur l'échantillon contrôlé, un barème fixe le pourcentage maximal des recettes annuelles d'assurance maladie de l'activité contrôlée que peut atteindre la sanction. Ce barème diffère selon que le contrôle porte sur la totalité de l'activité de l'établissement de santé ou seulement sur certaines activités ou prestations. Un plafond est par ailleurs fixé à 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. En outre, les modalités de calcul des recettes prises en compte pour le calcul de la sanction sont complexes. Ce barème est donc difficilement modélisable.

245. Un projet de révision partielle du décret, qui ne remédie pas à la complexité de la procédure et des modalités de calcul, vise à renforcer le barème des sanctions applicables lorsque les montants des anomalies constatées sont importants.

246. La sanction maximale a été en 2007 de 772 419 € pour un établissement.

Enfin, la procédure est très longue : au titre de la première campagne de 2007, deux ans se sont écoulés entre le ciblage des activités à contrôler et la notification des sanctions par les ARH.

c) Une mise en œuvre hétérogène

Seules huit ARH sur 24 ont mis en œuvre cette procédure pour la campagne de contrôle 2007. Des sanctions ont été notifiées à seulement 22 établissements publics et 19 cliniques répartis de manière très inégale²⁴⁷ : 19 en Aquitaine, 7 en Bourgogne, 5 en Franche Comté, 4 en Basse-Normandie, 2 dans le Centre et en Auvergne, 1 en PACA et dans le Nord.

De telles variations ne sont guère compréhensibles, même s'il convient de noter qu'il s'agit de la première année de mise en œuvre. Il est étonnant que les régions les plus importantes (Ile de France, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, PACA) soient absentes de ce bilan ou ne soient concernées que par un ou deux établissements. Les informations disponibles sur les campagnes ultérieures sembleraient montrer que le dispositif de contrôle est mieux appliqué mais reste hétérogène.

Alors que les autres thèmes de contrôle donnent lieu à des directives de la DCCRF, celle-ci ne fixe, en matière de contrôle externe de la T2A, que des orientations qui peuvent être mises en œuvre de manière très variable par les ARH. Il y a lieu de remédier à cette incohérence et de donner en ce domaine les mêmes moyens d'action à la DCCRF que ceux dont elle dispose pour les autres thèmes de contrôle.

Outre les nombreuses mutations en cours, le contrôle médical sera impacté, au cours des prochains mois, par la création des agences régionales de santé (ARS). La réforme rattachera aux ARS les pôles PPS et OSS ainsi qu'une part de la gestion du risque dont le périmètre reste à préciser. Ce rattachement impliquera le transfert des personnels médicaux et administratifs affectés à ces pôles ainsi qu'une part des fonctions supports non encore déterminée.

Toutes ces évolutions conduisent à s'interroger sur le format adéquat du futur contrôle médical qui ne pourra être arrêté que lorsqu'une évaluation de sa productivité sera effective et disponible.

247. Bilan national au 15 avril 2009.

SYNTHESE

La réforme de 2004-2005 a incontestablement amélioré le pilotage et l'organisation du contrôle médical. La suppression du cloisonnement entre personnels médicaux et personnels administratifs au niveau central, la création des pôles d'activité, la mise en place de modes de fonctionnement moins routiniers et plus mutualisés au niveau local ont initié un mouvement de fond porteur d'un meilleur fonctionnement à terme.

Toutefois, l'efficacité du contrôle médical pâtit des insuffisances des systèmes d'information des services médicaux et des caisses et ne peut être totalement évaluée en raison du manque de fiabilité du dispositif actuel de mesure des ressources mobilisées.

Par ailleurs le pôle d'activité le plus important qui mobilise la moitié des ressources du contrôle médical, celui des contrôles individuels, n'a pas encore suffisamment évolué. Il se caractérise, depuis de nombreuses années, par une trop grande hétérogénéité des pratiques entre DRSM. Surtout, il reste encore marqué par la prédominance de contrôles individuels systématiques exercés a priori qui se révèlent peu efficaces compte tenu de la masse des demandes de prestations. C'est notamment le cas pour les ALD et pour les ententes préalables. De ce point de vue, rien n'a changé depuis le constat fait par la Cour en 1997. Certaines mesures récemment mises en œuvre comme les MSAP ou les expérimentations en cours dans certaines DSRM (développement du contrôle a posteriori des ALD à partir de ciblage statistique pour améliorer le suivi thérapeutique de ces patients) montrent pourtant les voies à suivre pour l'avenir.

RECOMMANDATIONS

23. Limiter strictement les ententes préalables aux prestations à risque.

24. Développer les mises sous accord préalable.

25. Pour les ALD :

a) maintenir un contrôle a priori des admissions en ALD pour les seules affections présentant les taux d'avis défavorables les plus élevés ;

b) développer en contrepartie les contrôles a posteriori issus de ciblage statistique visant à vérifier la réalité des ALD et la qualité de la prise en charge des patients.

26. Développer le contrôle externe de la T2A dans les établissements de santé.

27. Développer un dispositif de mesure de la productivité adapté aux différentes missions.

Chapitre IX

Les centres d'examens de santé

PRESENTATION

Depuis 1946, le code de la sécurité sociale fait obligation aux caisses d'assurance maladie de proposer à l'assuré du régime général et aux membres de sa famille un examen de santé gratuit. C'est ainsi que pour remplir leurs missions, les organismes de sécurité sociale ont progressivement créé des centres d'examens de santé qui proposent des bilans de santé à leurs ayants droit.

A l'origine, les examens de santé étaient destinés à répondre aux priorités sanitaires d'après guerre, à commencer par la lutte contre le développement des maladies infectieuses telles que la tuberculose et la syphilis, mais aussi la prévention des maladies carencielles génératrices d'une grande morbidité. Ces examens ont peu évolué dans le temps jusqu'à la parution de l'arrêté du 20 juillet 1992 qui prend en considération les nouveaux besoins de santé de la population, notamment en situation de précarité. Désormais, les examens de santé doivent être tournés prioritairement vers les assurés les plus fragiles.

Or, après plus d'un demi-siècle d'existence, les centres d'examens de santé peinent à convaincre de leur utilité. La Cour avait déjà soulevé cette question dans son rapport sur la sécurité sociale de 1999 où elle notait²⁴⁸ que « (l') on peut s'interroger sur l'utilité des centres d'examens de santé dans leur forme actuelle et sur leur coût élevé (735 MF en 1997) ». La CNAMTS, qui s'était jusque là peu investie pour piloter, animer et surtout contrôler l'action de ces centres a tenté une reprise en main de ces structures depuis 2007, suite à l'introduction pour la première fois dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2006-2009 avec l'Etat de dispositions concernant les centres d'examens de santé. Cependant, malgré des progrès, les centres d'examens de santé restent des structures encore peu pilotées et dont l'utilité continue à faire débat.

I - Un défaut de pilotage

Les centres d'examens de santé, jusqu'à très récemment, n'étaient ni contrôlés ni pilotés par la CNAMTS. Cette carence de la caisse nationale a permis un accroissement continu du nombre de ces centres et une implantation sur le territoire sans réflexion d'ensemble alors que les moyens financiers et humains mis en œuvre dans ces structures sont importants.

248. Page 266.

A – Des structures de prévention créées sans planification et peu coordonnées

1 – Des structures définies par leurs missions

Les centres d'examens de santé sont exclusivement tournés vers des missions de prévention. Ils ne peuvent pratiquer aucun soin ce qui les distingue des centres de santé²⁴⁹ avec lesquels ils ne doivent pas être confondus.

Les centres d'examens de santé ne sont pas dotés en tant que tels de la personnalité juridique. Ils n'existent qu'au travers des textes réglementaires organisant leur principale activité à savoir la réalisation des examens périodiques de santé (EPS) qui sont en fait des examens de prévention. Ainsi, qu'il s'agisse du premier texte qui mentionne les centres d'examens de santé (l'arrêté du 19 juillet 1946²⁵⁰ désormais abrogé) ou de l'arrêté du 20 juillet 1992²⁵¹ qui constitue le socle réglementaire actuel de ces centres, ces textes ne font état des centres que par rapport à leurs missions, initialement la réalisation périodique d'examens de santé.

C'est donc pour répondre au souhait du législateur de 1945 désireux que chaque assuré et ses ayants droit puissent disposer périodiquement d'un bilan de santé gratuit, qu'ont été créés au fil des années des centres d'examens de santé dans une majorité des départements. Ces centres sont gérés pour 75 % d'entre eux directement par les CPAM (gestion directe), pour les autres par des structures -essentiellement des associations de loi 1901- ayant passé une convention avec les organismes de sécurité sociale (gestion conventionnée).

2 – Un nombre de centres en constante augmentation

Le décompte des centres s'avère délicat en raison de la diversité des constructions juridiques, du fait qu'un centre peut être composé lui-

249. Les centres de santé, conformément à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Il existe quatre types de centres de santé (centres de soins infirmiers, centres de santé dentaire, centres médicaux, centres polyvalents).

250. Arrêté du 19 juillet 1946 relatif aux périodes de la vie auxquelles doivent être pratiqués les examens de santé prévus à l'article 31 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, ainsi que la nature de ces examens et les modalités selon lesquelles ils sont effectués.

251. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé.

même de plusieurs sites ou antennes et que le vocabulaire utilisé reste toujours l'appellation « centre d'examens de santé » quelle que soit sa configuration. Il en résulte que leur nombre varie selon les sources. Ceci étant, le nombre de structures (centres et antennes, en gestion directe ou conventionnée) a augmenté continûment et régulièrement jusqu'à récemment, en l'absence d'encadrement de leur création par la CNAMTS. Au 1^{er} janvier 2009, le réseau des centres d'examens de santé compte 112 structures.

Evolution du nombre de centres d'examens de santé

	1970	1980	1990	2000	2005	1/1/2009
Centres d'examens de santé	21	43	67	82	88	89
Antennes	7	9	9	20	25	23
Total entités	28	52	76	102	113	112

Source : CETAF²⁵²

Il aura fallu attendre la COG 2006-2009 pour qu'il n'y ait plus d'ouverture de nouveaux centres ou d'antennes sans avis préalable de la CNAMTS. Désormais, la caisse nationale s'oppose à la création de tout nouveau centre d'examens de santé en l'absence d'optimisation des centres existants. De même, les demandes de création d'antennes ne peuvent se faire qu'après accord de la CNAMTS et ce à budget constant par redéploiement des moyens disponibles. Le conseil de la CNAMTS fait l'objet de pressions des conseils locaux en vue d'autoriser de telles créations.

3 – Une répartition inégale sur le territoire

Compte tenu de l'absence de politique de la CNAMTS en ce domaine, la répartition de ces structures sur le territoire n'est pas homogène. On observe ainsi un fort ancrage des centres dans le nord de la France et a contrario une absence dans certaines parties du territoire (une grande partie du Languedoc-Roussillon...) et/ou dans certaines grandes villes comme Montpellier, Rouen, Nantes...

Il résulte, de cette répartition hétérogène des centres sur le territoire, une inégalité entre les assurés dans la possibilité de se voir proposer un EPS par un centre d'examens de santé.

252. CETAF : centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé.

Il existe par ailleurs deux centres d'examens de santé spécifiques aux enfants en région parisienne, le centre de Clichy et le département d'examens de santé de l'enfant (DEPSE) de Paris.

4 – Une coordination nationale insuffisante

Les instances de coordination nationale sont, outre la CNAMTS qui jusqu'à récemment n'a pas joué son rôle de pilote, le CETAF et l'IRCESAM²⁵³.

Le CETAF est une association créée en 1994 à l'initiative de la CNAMTS pour faciliter l'évolution des missions des centres d'examens de santé en conformité avec les axes de la réforme découlant notamment de l'arrêté du 20 juillet 1992. Le CETAF emploie une soixantaine de personnes. Principalement implanté à Saint-Etienne, siège de l'association, il est aussi présent sur trois autres sites, Villejuif, Maisons-Alfort et Vandœuvre-lès-Nancy. La CNAMTS, après avoir décidé en 2002 de renforcer le CETAF alors constitué de neuf agents pour atteindre un effectif cible d'une centaine de postes fin 2005, a gelé les effectifs à partir de 2006.

Alors que la CNAMTS assure le pilotage des centres d'examens de santé, le CETAF offre un appui en termes de moyens à ce pilotage et reçoit pour ce faire une subvention annuelle de la CNAMTS. Or, le CETAF, n'étant pas en situation hiérarchique par rapport aux centres d'examens de santé, rencontre de réelles difficultés dans son rôle d'interfaçage entre la CNAMTS et les centres et ne peut ainsi assumer son rôle de coordination.

B – Des structures mal suivies

1 – L'insuffisance des données

De façon générale, la CNAMTS ne semble pas encore disposer d'éléments d'informations suffisants sur les centres d'examens de santé.

253. Instance de réflexion sur les centres d'examens de santé de l'assurance maladie. Mise en place en 2005, elle est composée de membres du CETAF, de la CNAMTS, des CPAM et des centres d'examens de santé.

Certes, la caisse nationale élabore des tableaux récapitulatifs, assimilables à un tableau de bord des centres, à partir de leurs volumineux rapports d'activité annuels. Mais ces rapports d'activité s'avèrent peu lisibles et peu exploitables. Les données y figurant, outre qu'elles paraissent peu fiables (cas du coût moyen de l'examen de santé), peuvent être foisonnantes sur certains thèmes comme être totalement absentes sur d'autres (notamment sur les caractéristiques du personnel). Les synthèses réalisées sous forme de tableaux récapitulatifs de ces rapports d'activité sont ainsi partielles et approximatives, voire même erronées quant à certaines données (ex. : pourcentage d'un type de population reçue dans un centre supérieur à 100 %).

Depuis mi-2007, la CNAMTS s'est engagée dans une démarche de recueil systématique de l'information avec la mise en place d'un suivi trimestriel d'indicateurs d'activité et de gestion des centres d'examens de santé²⁵⁴. Mais la participation des caisses à ces remontées a été réduite et partielle. Ces remontées auraient été plus importantes en 2008, cependant les données fournies par la CNAMTS restent lacunaires et à fiabiliser.

2 – L'absence d'objectifs dans les CPG

La COG 2006-2009 a prévu la définition d'indicateurs pertinents pour mesurer l'activité des centres dans ses différentes composantes. Comme cela a été indiqué, des travaux sont en cours avec la mise en place d'un nouvel outil de suivi des activités des centres et de leur budget. En attendant, les impératifs de qualité et d'efficience sont très dépendants de l'intérêt apporté par chaque CPAM à la gestion de son centre.

En effet, jusqu'à présent, il n'existe pas d'objectifs précis individuels assignés par centre d'examens de santé en termes d'atteinte des missions et d'optimisation des coûts dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) des CPAM gestionnaires de centres ou ayant contractualisé avec des structures privées.

C – Des moyens conséquents

1 – Les moyens en personnels

En 2006, la CNAMTS reconnaissait ne pas disposer des éléments nécessaires sur les effectifs en général (dans les centres en gestion directe comme dans les centres conventionnés).

254. Lettre-réseau DDGOS-54/2007 de la CNAMTS du 27 juin 2007 relative à la mise en œuvre des orientations définies par le conseil de la CNAMTS et la COG 2006-2009 pour les centres d'examens de santé : mise en place d'outils de suivi.

En l'absence d'autres informations, sur la base des tableaux récapitulatifs des rapports d'activité, les centres d'examens de santé mobilisent, en 2007, 1 510 équivalents temps plein (ETP) contre 1 645 ETP en 2004. Il s'agit là de moyens humains non négligeables même si la tendance semble globalement à la baisse.

Les centres d'examens de santé ont en général des petits effectifs. En raisonnant à partir du décompte de 62 centres en 2004 ayant un ou plusieurs sites, 56,4 % d'entre eux ont moins de 20 ETP et 90,3 %, moins de 50 ETP.

Quant à la structure des effectifs par catégorie de personnel, le tableau récapitulatif des effectifs des centres d'examens de santé pour l'année 2004, ci-après, montre que le personnel administratif occupe une place qui semble surdimensionnée (40 % des effectifs, 43 % si l'on y ajoute le personnel d'entretien) et que les effectifs des auxiliaires médicaux et des médecins sont équivalents (environ 500 personnes). La plupart de ces personnels sont sous convention collective UCANSS.

Effectifs en nombre de personnes employées par type de personnels

2004	CES en gestion directe		CES conventionnés		Total hors vacataires	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Médecins	238	21 %	264	24 %	502	23 %
Dentistes	44	4 %	81	8 %	125	6 %
Auxiliaires médicaux	279	25 %	219	20 %	498	23 %
Laboratoire	71	6 %	67	6 %	138	6 %
Personnel administratif	477	42 %	409	38 %	886	40 %
Personnel d'entretien	25	2 %	39	4 %	64	3 %
Total	1 134	100 %	1 079	100 %	2 213	100 %

Source : CETAF

2 – Les moyens financiers

a) Des moyens financiers substantiels

Le budget que l'assurance maladie a consacré aux centres d'examens de santé s'est élevé en 2007 à 143,1 M€ (budget exécuté). Ce budget est financé par une ligne spécifique du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS). Les montants dévolus à ces centres sont relativement importants et représentent globalement le tiers du FNPEIS (152,5 M€ prévus en 2009 dans la COG 2006-2009 pour un budget total de 461,2 M€).

En outre, le budget des centres d'examens de santé peut être abondé par d'autres crédits dans le cadre de leurs actions locales. Le montant de ces recettes externes s'est élevé en 2007 à 7 M€. Il inclut notamment la lecture des tests Hémocult dans le cadre du dépistage organisé des cancers colorectaux, des recettes correspondant au paiement de prestations d'EPS pour le compte d'autres régimes et d'autres partenaires (conseils généraux...).

b) Une allocation budgétaire inégalitaire

Jusqu'à présent, à défaut d'informations pertinentes et exactes sur les activités des centres d'examens de santé permettant une allocation budgétaire par objectifs, les moyens du FNPEIS financent essentiellement des structures pour les centres en gestion directe. Seuls, les centres d'examens de santé conventionnés échappent partiellement à ce financement de structure puisqu'ils reçoivent une dotation fonction de leur activité. Les dotations budgétaires ainsi calculées sont donc inégalitaires. Les centres sont plus ou moins richement dotés, sans que leur dotation respective soit totalement corrélée au volume et à la qualité de leur activité.

Aussi la CNAMTS a-t-elle défini de nouvelles règles d'allocation budgétaire liées à l'activité pour tous les centres d'examens de santé, sur la base de prix établis pour chacune des activités relevant des différentes missions, les activités ayant été préalablement identifiées et homogénéisées dans leur contenu et donnant lieu à des objectifs pluriannuels dans le cadre des CPG à partir de 2009-2010.

L'année 2007 devait constituer une période de transition mais le processus a pris du retard. En outre, en janvier 2009, les données des centres d'examens de santé ne remontaient pas encore vers la CNAMTS via un outil informatique dédié permettant une saisie des données en ligne, sans avoir recours à un support papier.

3 – Les moyens techniques et les outils

En 2006, dix-neuf centres d'examens de santé disposaient de leur propre laboratoire d'analyses de biologie médicale. Ces laboratoires réalisent les analyses de sang et d'urine prévues dans le cadre de l'EPS. Ils peuvent aussi être centres de lecture des tests Hémocult.

En janvier 2007, seuls sept centres avaient fait certifier leur activité à leur propre initiative. La COG 2006-2009 a prévu la poursuite de la politique de certification avec pour objectif la certification de l'ensemble des centres en fin de COG. Début 2009, 32 CES seraient certifiés.

L'informatisation des centres d'examens de santé n'est pas organisée de façon satisfaisante. Le logiciel gérant les examens périodiques de santé, SAGES 1, est le même dans pratiquement tous les centres. Dans le réseau, ce logiciel est considéré comme obsolète. Il ne devrait être remplacé par SAGES 2 qu'en 2011 voire 2012 alors que les spécifications fonctionnelles ont été définies depuis le premier trimestre 2004, par le CETAF et le réseau des centres.

Le système de comptabilité analytique a été développé en 1993 et conçu essentiellement pour l'EPS. En fait, on peut s'interroger sur la réalité même de cet outil en l'absence d'une comptabilité analytique standardisée dans les centres d'examens de santé. En effet, les éléments de coûts constitutifs d'un examen périodique de santé ne sont pas les mêmes selon les centres, notamment entre les centres en gestion directe et les centres conventionnés. Les coûts des unités d'œuvre constituant un examen de santé peuvent ainsi présenter de très grandes variations : de un à six entre le centre le meilleur marché et le centre le plus onéreux en 2006, ce qui est considérable²⁵⁵. Par ailleurs, ces coûts d'unités d'œuvre présentent une grande dispersion par rapport aux tarifs 2006 de la classification commune des actes médicaux (CCAM), applicables à l'exercice libéral, en étant, pour nombre d'entre eux, soit très en-deçà, soit très au-delà de ces tarifs²⁵⁶. La relation entre le coût d'unité d'œuvre et le tarif semble ainsi totalement aléatoire voire aberrante.

La COG 2006-2009 a prévu la mise en place d'une comptabilité analytique adaptée pour rationaliser les choix de gestion.

II - Une utilité contestable

Les missions des centres d'examens de santé ont été fixées par l'article 3 de l'arrêté du 20 juillet 1992. Le CETAF a été créé en 1994 pour accompagner les centres dans leurs missions. Par ailleurs, de nouvelles orientations leur ont été données par le conseil de la CNAMTS en 2002 puis en 2006 ainsi que par la COG 2006-2009. Malgré cela, la question de l'utilité des centres d'examens de santé reste pendante.

255. Pour le test Hémocult, les variations entre centres sont encore plus surprenantes avec un coût d'une unité d'œuvre en 2006, dans un échantillon de quatre centres pris au hasard, évoluant entre 5,05 € et 79,24 €, soit une différence de 1 à 15.

256. Par exemple, le coût d'une unité d'œuvre pour un examen d'audiométrie varie en 2006, dans un échantillon de quatre centres pris au hasard, entre 5,93 € et 16,19 € alors que le tarif 2006 de la CCAM est de 21,5 € ou 32,26 € selon l'importance du bilan. Inversement, le coût d'une unité d'œuvre pour un frottis varie entre 21,09 € et 104,34 € tandis que le tarif CCAM est de 21,72 € (dont 13,75 € d'anatomopathologie et 7,97 € de prélèvement).

A – L'examen périodique de santé

L'examen périodique de santé, qui représente 90 % de la dotation des centres, constitue la mission principale.

L'ensemble des centres d'examens de santé reçoit chaque année quelque 600 000 personnes, représentant environ 1,3 % des assurés. Les examens, dont le nombre tend à baisser (près de 650 000 examens avaient été réalisés en 1996), soulèvent des difficultés, car ils sont insuffisamment ciblés, disparates d'un centre à l'autre et ont un coût unitaire moyen croissant.

1 – Des examens insuffisamment ciblés

a) Les publics concernés

L'arrêté du 20 juillet 1992 marque un tournant dans la définition de la fonction des examens de santé et du rôle des centres qui les proposent. Le principe selon lequel « des examens périodiques de santé sont offerts à tout assuré et à ses ayants droits » est réaffirmé à l'article 1^{er}, mais il est précisé, à l'article 2, que ces examens doivent cibler en priorité des populations en marge du système de soins (et leurs ayants droit), à savoir : les inactifs âgés de plus de seize ans, les demandeurs d'emploi, les personnes affiliées à l'assurance personnelle (avant la mise en place de la couverture médicale universelle), les retraités ou préretraités, les autres assurés inactifs et les populations exposées à des risques particuliers menaçant leur santé.

Parmi cette population prioritaire, une catégorie dénommée « précaire » regroupe les chômeurs, les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, d'un contrat emploi solidarité ou de la couverture maladie universelle (CMU), les jeunes de 16 à 25 ans en voie d'insertion et les personnes sans domicile fixe.

La périodicité de l'EPS est généralement quinquennale, ce qui, sur la base de 600 000 examens annuels pratiqués, ne permet de couvrir que de l'ordre de 6 % de la population du régime général. Dans ces conditions, l'objectif d'un examen pour tout assuré est hors d'atteinte des centres d'examens de santé qui devraient réaliser annuellement plus de dix millions d'examens, cet objectif étant par ailleurs dénué de sens compte tenu de l'importance de l'offre de soins et de l'état de santé de la population.

Le ciblage sur les populations précaires, pour lesquelles la périodicité de l'EPS peut être réduite à un ou deux ans, se heurte à la même difficulté. Avec une population précaire de l'ordre de quatre

millions de personnes et une périodicité de l'examen ramenée à deux ans pour ce type de population, les 600 000 examens de santé réalisés chaque année restent là aussi très en-deçà des deux millions d'examens qui devraient être proposés.

b) Un ciblage peu performant vers les populations précaires

En 2007, sur 96 centres d'examens de santé, seuls 16 d'entre eux avaient un taux de consultants composé pour plus de 50 % de publics précaires au sens de l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1992. Ce nombre est porté à 26 si l'on retient la définition de la précarité telle qu'elle résulte de l'indicateur composite EPICES²⁵⁷. Aussi, le taux de population précaire accueillie par rapport à la totalité des examens de santé effectués dans l'ensemble des centres d'examens de santé plafonne à 30 % si l'on prend la définition de la précarité au sens de l'arrêté de 1992 et à 40 % selon le score EPICES, donc largement inférieur à 50 % même dans le meilleur des cas. De plus, ces taux sont restés stables sur les trois dernières années 2005, 2006 et 2007.

Le ciblage des examens vers les personnes en situation de précarité s'avère ainsi, dans les faits, peu performant.

Les actions menées pour développer un meilleur ciblage des consultants consistent en des extractions dans les fichiers des caisses et la mise en place de partenariats locaux adossés éventuellement aux conventions de partenariat passées au niveau national par le CETAF.

Cependant, la culture actuelle de ce réseau continue à encourager la population en général à venir effectuer un examen (ex. : sites internet de certaines CPAM, messages divers dans la presse,...).

Dans ces conditions, la fixation dans les CPG des caisses d'un taux d'accueil des populations précaires dans les centres d'examens de santé, déjà préconisée par la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de 1999²⁵⁸, pourrait faire évoluer les pratiques de recrutement dans les centres.

2 – Un contenu de l'examen hétérogène d'un centre à l'autre

L'insuffisance du ciblage des examens sur les populations fragiles n'est pas la seule difficulté de l'examen de santé. Posent aussi problème, selon les termes de la commission santé-prévention de la CNAMTS de

257. Le score EPICES (évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé) est un indicateur individuel prenant en compte le caractère multidimensionnel de la précarité.

258. Page 268.

novembre 2007, « la variabilité du contenu des examens périodiques d'un centre à l'autre et l'application hétérogène des règles de modulation des examens (qui) résultent en partie de leur caractère non opposable, du fait de l'absence de validation scientifique récente de la pertinence des examens proposés pour les populations concernées, en fonction de leurs antécédents et suivi ». Un examen de santé comporte ainsi diverses composantes modulables selon les caractéristiques d'une personne : un questionnaire de perception de la santé, une analyse de sang et d'urine, la mesure de la tension artérielle, du poids, de la taille et du rapport taille/hanches, des examens de la vue et de l'audition, un examen dentaire pour les personnes non suivies depuis six mois et, si nécessaire, un électrocardiogramme, une spirométrie, un frottis cervical et un test Hémocult. A cette modulation qui peut être différente d'un centre à l'autre, s'ajoute la disparité de l'offre d'un centre à l'autre (ex. : présence ou non d'un dentiste pour un examen dentaire, de personnels formés pour un frottis...).

Afin de remédier à cette situation, la COG 2006-2009 prévoit qu'un référentiel commun d'examen de santé²⁵⁹, validé par la HAS, sera mis en œuvre. Ce nouveau référentiel étant attendu pour 2009, quatre ans se seront écoulés entre le début des travaux et leur achèvement sur ce sujet pourtant considéré comme prioritaire. Toutefois, sans attendre cette refonte, certains examens tels les radiographies ont été abandonnés en raison notamment des difficultés à les faire réaliser dans les centres.

3 – Un bénéfice médical non démontré

Les arguments en faveur des examens périodiques de santé sont qu'ils constituent, d'une part, l'occasion d'un vrai dialogue avec des professionnels de santé disponibles pour écouter, expliquer et conseiller, d'autre part, un « autre regard » sur l'état de santé de la personne. Les enquêtes sur les suites d'examen de santé²⁶⁰ (taux d'observance²⁶¹ de 85 % même si seulement 50 % des médecins ont retourné le document de

259. Actuellement décrit au travers du « guide des recommandations pour l'examen de santé ».

260. Suite d'examen de santé (SES) : le patient peut, sur la recommandation du médecin du centre d'examens de santé, consulter son médecin traitant dans un délai de deux mois. Il bénéficie d'une prise en charge à 100 % par sa caisse primaire sans avance de frais. De son côté, le médecin reçoit les résultats de l'examen de santé accompagnés d'un formulaire administratif et d'un questionnaire médical sur les suites entreprises à retourner au médecin du centre. Cet acte est rémunéré sur la base d'un forfait équivalent à 1,5 C.

261. Le taux d'observance mesure le pourcentage de personnes ayant effectivement consulté leur médecin suite à l'examen de santé et à la recommandation du médecin du centre.

suivi d'après les premiers résultats de l'étude de suivi prospectif de l'examen de santé -SPES-) tendraient à montrer que les recommandations formulées seraient assez souvent suivies d'effets. L'intérêt de l'examen de santé est aussi lié à la pertinence des réponses personnalisées que l'équipe médicale apporte aux questions du consultant. Ces réponses personnalisées peuvent aller parfois jusqu'à un véritable accompagnement, notamment des personnes prioritaires. Cette assistance ne semble cependant pas avoir été évaluée et, partant, valorisée.

Ce bénéfice individuel suscite cependant de réelles interrogations. Témoin en est le rapport d'expertise de novembre 2000 commandé par la CNAMTS sur l'activité et les orientations des centres d'examens de santé. Il relevait dans sa conclusion que l'activité de ces centres, qui repose presque exclusivement sur les examens périodiques de santé, n'a montré ni son utilité pour ceux qui en bénéficient, ni son efficacité pour l'amélioration de la santé de la population française. Aussi ce rapport préconisait-il de transformer les centres d'examens de santé en laboratoires de santé publique, orientation dont il subsiste aujourd'hui le projet de cohorte CONSTANCES qui soulève par ailleurs un grand nombre de difficultés comme cela sera exposé plus loin (voir infra).

La question de l'utilité de l'examen de santé est donc posée même si cet examen constitue désormais une des modalités de la consultation de prévention prévue par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Une évaluation de l'examen de santé serait à développer. La Cour dans son insertion au rapport sur la sécurité sociale de 1999 ²⁶² recommandait déjà d'« inclure dans les travaux du comité national de la prévention une réflexion sur l'évaluation médico-économique des actions de prévention, y compris des examens de santé ». Or, à ce jour, il n'y a pas eu d'évaluation médico-économique des examens de santé.

4 – Un coût moyen croissant

D'après les tableaux récapitulatifs des rapports d'activité 2004 à 2007 des centres, dont on rappellera le caractère approximatif des données voire erroné pour certaines d'entre elles (voir supra), le coût moyen de l'examen augmente pour désormais se situer aux alentours de 220 €, alors que dans le même temps le nombre d'examens diminue.

Ce coût présente une grande dispersion entre un minimum et un maximum aux alentours respectivement de 150 € et 400 €.

262. Page 273.

Coût moyen unitaire d'un examen périodique de santé

	2004	2005	2006	2007*
Nombre total d'examens	595 166	586 224	589 819	565 124
Coût moyen tous centres	204,55 €	215,43 €	215,95 €	222,59 €
Minimum	138,25 € (Montauban)	155,30 € (Dijon)	155 € (Auch)	158,86 € (Dijon)
Maximum	467,78 € (DEPSE)	433,19 € (DEPSE)	423,47 € (DEPSE)	378,33 €* (Metz)
	351,36 € (Marseille)	294,74 € (Bordeaux)	389,44 € (Gap)	361 € (CMP**)

Source : CETAF, CNAMTS

*Données provisoires (manquent notamment les statistiques du DEPSE – département d'examens de santé de l'enfant de la CPAM de Paris-).

**CMP : Centre de médecine préventive de Vandœuvre-lès-Nancy.

A cette dispersion du coût, s'ajoute l'absence manifeste de corrélation entre le coût moyen d'un examen dans un centre donné et les caractéristiques de ce centre.

Ainsi, les centres d'examens de santé ayant une activité similaire, exprimée en nombre d'examens effectués, présentent un coût moyen unitaire très variable entre eux. En outre, le rapprochement de la dotation budgétaire d'un centre et du nombre d'examens qu'il réalise donne un coût moyen parfois très éloigné de celui indiqué par le centre dans son rapport d'activité, notamment pour les centres en gestion directe. De même, parmi les dix-neuf centres disposant en 2006 d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale, certains présentent un coût de l'examen parmi les plus faibles alors que d'autres affichent un coût parmi les plus élevés. Enfin, parmi les neuf centres qui, en 2006, ont reçu une proportion de plus de 50 % de population précaire dans la population qu'ils ont accueillie²⁶³, se trouvent le centre avec le coût le plus faible comme le centre avec le coût le plus élevé.

Aux demandes d'explications sur ces écarts de coûts entre les centres lors d'une réunion en mai 2006 sur la COG, la CNAMTS n'était

263. On notera la discordance entre ces données 2006 qui recensent neuf centres recevant plus de 50 % de population précaire et celles présentées précédemment qui décomptent 16 centres ou 26 selon la définition de la précarité. Cette différence résulte des définitions retenues pour l'appellation « centre d'examens de santé » auxquelles s'ajoutent d'éventuelles discordances dans les données individuelles par centre. Cependant, ces données débouchent sur le même constat, à savoir seule une minorité de centres reçoit plus de 50 % de population précaire.

pas en mesure de répondre en raison de l'insuffisance de la comptabilité analytique des centres. Cette réponse reste toujours d'actualité.

B – Les autres missions

Les autres missions des centres d'examens de santé ne représentent que 10 % de leur dotation mais elles soulèvent de nombreuses interrogations.

1 – Une offre de services au médecin traitant et aux patients peu convaincante

La COG 2006-2009 a fixé de nouvelles missions aux centres d'examens de santé dont notamment le développement d'une offre de services aux médecins traitants en matière d'éducation thérapeutique du patient. Pour ce faire, la CNAMTS a organisé une expérimentation avec la mise en place d'une action en éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 bénéficiant d'un examen périodique de santé.

Il s'agit là d'un enjeu d'importance pour les centres d'examens de santé. L'éducation thérapeutique du patient relève du soin et non de la prévention. Son inclusion dans le champ des centres d'examens de santé ouvre ces derniers à un nouveau domaine, le soin.

Cependant, l'expérimentation conduite est réduite à 21 centres d'examens de santé et 600 patients diabétiques. Elle est réalisée à moyens constants, par redéploiement, en utilisant les ressources humaines et matérielles disponibles au sein des centres d'examens de santé expérimentateurs.

Comparée au programme Sophia²⁶⁴ qui se présente comme un programme de masse pour le même public, cette expérimentation dans 21 centres d'examens de santé n'a qu'une dimension complémentaire et en tout état de cause limitée.

Dans ces conditions, on peut s'interroger sur la réorientation des centres d'examens de santé vers l'éducation thérapeutique du patient sur la base de cette expérimentation qui ne constitue jamais qu'un microprojet.

264. Le programme Sophia est un programme d'accompagnement des patients diabétiques d'un coût de 10 M€, lancé par l'assurance maladie et visant, au total, 136 000 patients ainsi que 6 000 médecins traitants.

De la même façon, la COG 2006-2009 a prévu comme nouvelles missions pour les centres d'examens de santé la sensibilisation des consultants au parcours de soins coordonné.

Cette action s'insère plus généralement dans le développement de la prévention, à l'attention des populations qui en ont le plus besoin. En fait, un tel développement implique aussi et surtout le renforcement du ciblage des examens périodiques de santé en faveur des populations précaires, ciblage dont on a vu précédemment qu'il était peu performant.

2 – Une participation à des études nationales de santé publique, sujette à interrogations

Les centres d'examens de santé participent à des études de santé publique, notamment au travers d'études sur des cohortes²⁶⁵. Ils ont également collaboré aux études suivantes : Hépatites B et C et étude nationale nutrition santé (InVs)

Actuellement, quatre cohortes sont en cours d'exploitation ou d'élaboration sur le fondement de données collectées par le réseau des centres d'examens de santé lors des examens périodiques de santé. Ces cohortes sont suivies par une équipe spécifique du CETAF, l'équipe risques post-professionnels -cohortes (RPPC), insérée par ailleurs au sein d'une unité INSERM, l'unité mixte 687.

Deux études retiendront plus particulièrement l'attention : le programme SPIRALE (surveillance post-professionnelle des travailleurs exposés) et la cohorte CONSTANCES (cohorte des consultants des centres d'examens de santé), notamment en raison du coût induit par ces études pour la CNAMTS via son réseau de centres d'examens de santé.

a) Le programme SPIRALE

Le programme SPIRALE vise à repérer les retraités ayant été exposés à des cancérogènes puis à les informer de leur droit à un suivi médical post professionnel et à les accompagner dans leurs démarches. SPIRALE permet également de mener une étude épidémiologique (cohorte) pour dresser un panorama des expositions professionnelles.

En 2003, la CNAMTS a décidé d'orienter une partie de l'activité des centres d'examens de santé vers le suivi post-professionnel. Dans l'attente d'un avis de la HAS sur l'intérêt et les modalités du suivi post professionnel pour l'amiante, la CNAMTS a décidé de poursuivre

265. Les études par cohorte sont des suivis dans la durée de paramètres de santé de groupes de sujets soit en population générale, soit sur des populations ciblées, par exemple les personnes exposées à l'amianté lors de leur activité professionnelle.

l'expérimentation en 2008 sur les treize centres d'examens de santé, qui s'étaient portés volontaires pour participer à la phase pilote du programme SPIRALE, avant de se prononcer sur une possible généralisation.

Certes, le programme SPIRALE s'insère de fait dans les objectifs de la COG 2006-2009, qui préconise le renforcement du ciblage des examens périodiques de santé sur, entre autres, les personnes visées par le suivi post-professionnel. Cependant, ce programme ne concerne que l'identification des personnes potentiellement éligibles et la vérification de l'éligibilité, la réalisation d'un scanner incluse dans les modalités du suivi médical devant évidemment être pratiquée ailleurs. Dans ces conditions, on voit mal l'intérêt de confier cette mission aux centres d'examens de santé.

b) La cohorte CONSTANCES

Le projet de cohorte CONSTANCES est en préparation depuis plusieurs années. Début 2009, il est en phase pilote. Ce projet a été lancé conjointement par l'INSERM, la CNAMTS en collaboration avec le CETAF et le ministère de la santé.

La cohorte CONSTANCES est destinée à constituer un observatoire permanent de la santé des Français. Elle reposera sur un échantillon représentatif de 200 000 participants affiliés au régime général, âgés de 18 à 70 ans, qui feront l'objet d'un suivi permanent de très longue durée, avec notamment un examen tous les cinq ans dans les centres d'examens de santé.

Or, la participation financière de la CNAMTS au projet CONSTANCES via son réseau de centres d'examens de santé apparaît très élevée, avec un coût de l'examen régulier dans les centres d'examens de santé de l'ordre de 44 M€ pour l'ensemble des 200 000 personnes de la cohorte.

Cette étude en population générale apparaît aussi très éloignée des objectifs fixés aux centres d'examens de santé. Alors que l'assurance maladie peine depuis 15 ans à cibler les examens de santé sur les populations précaires, cette étude vise à élaborer une cohorte sur une population générale.

Le développement d'une cohorte de 200 000 personnes sur le long terme en mobilisant les centres d'examens de santé engage aussi l'avenir de ces centres pour de nombreuses années et, de plus, vers des fonctions de laboratoires de santé publique, orientation qui avait déjà été proposée en 2000 et n'avait pas été retenue jusqu'à présent.

Enfin la question se pose de l'intérêt pour l'assurance maladie d'investir aussi directement dans un tel projet qui relève plus du champ de la santé publique que du champ de l'assurance maladie. Il est indéniable que l'intérêt de la cohorte CONSTANCES n'est pas tant pour l'assurance maladie que pour la direction générale de la santé (DGS) et l'INSERM.

C – L'avenir des centres d'examens de santé

Comme cela a été rappelé, l'intérêt des examens périodiques de santé n'est pas démontré. L'objectif d'après guerre d'offrir un examen de santé à tout assuré n'est plus en rapport avec la situation médicale actuelle. Par ailleurs, le ciblage des examens sur les populations précaires reste non seulement peu performant mais stagne. Enfin, même si seuls des examens sur les populations précaires étaient pratiqués, le nombre d'examens réalisés ne permettrait pas de répondre à la recommandation de reconduire l'EPS des personnes en situation de précarité un ou deux ans après afin d'apprécier l'impact de l'intervention.

Il en résulte que se pose la question de l'utilité, et partant, du devenir des centres d'examens de santé. Cette interrogation n'est pas nouvelle. La Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de 1999 (voir supra) s'interrogeait déjà sur leur utilité. Trois ans plus tard, lors du conseil de la CNAMTS du 26 mars 2002 qui a arrêté de nouvelles orientations pour l'activité des centres d'examens de santé, l'un des administrateurs affirmait que l'évolution consensuelle obtenue lors de ce conseil a été rendue possible « par la prise de conscience d'une relative inefficacité d'une partie de l'activité antérieure des centres d'examens de santé ».

L'audit général de la CNAMTS de novembre 2005 relevait que « en l'absence de statistiques fiables et complètes permettant de recenser les résultats obtenus (...), il est difficile de démontrer l'apport objectif des centres d'examens de santé tant dans le domaine de la santé publique que dans le domaine du bénéfice individuel ». Cet audit proposait notamment d'orienter les centres d'examens de santé vers un statut sanitaire qui leur permettrait de pouvoir proposer des soins. Une telle orientation vers les centres de santé fait cependant l'objet de nombreuses réserves. Pour certains, octroyer un statut sanitaire aux centres d'examens de santé en ferait des centres de santé finalement dédiés à la prise en charge de populations précaires avec les risques de ghettoïsation qui s'ensuivent tandis que pour d'autres, ce même statut sanitaire ne ferait que créer des centres de santé supplémentaires sans liens forcément avec les éventuelles difficultés locales d'accès aux soins.

La situation des centres d'examens de santé ne peut cependant plus perdurer en l'état car elle induit une dépense annuelle de 150 M€ difficilement justifiable. Dans ces conditions, la question du maintien du réseau des centres d'examens de santé est posée. Elle passe, pour ceux des centres situés dans des territoires déficitaires en matière d'offre de soins médicaux, par une évolution vers un statut sanitaire et leur transformation en centres de santé. Enfin, elle implique, pour les autres centres pour qui cette orientation ne peut être envisagée, leur fermeture et la programmation de la reconversion des personnels concernés.

SYNTHESE

Les centres d'examens de santé n'étaient ni contrôlés ni pilotés par la CNAMTS jusqu'à récemment tandis que le CETAF n'a pu jouer son rôle d'interfaçage entre eux et la caisse nationale. Les centres se sont donc développés et disposent désormais de moyens conséquents (150 M€ et 1 500 ETP) sans que la CNAMTS ait une connaissance suffisante de leur activité et de leurs ressources notamment humaines.

Sans pour autant remettre en cause l'intérêt des actions de prévention²⁶⁶, l'utilité de ces centres et de leur principale activité, la réalisation d'examens périodiques de santé, fait elle toujours débat. Une réforme profonde des centres d'examens de santé et du CETAF est maintenant urgente.

RECOMMANDATIONS

28. Transformer les centres d'examens de santé en centres de santé, là où les besoins sont démontrés et fermer ceux pour lesquels cette orientation ne peut être envisagée.

29. Dans l'immédiat, faire assurer le pilotage des centres d'examens de santé directement par la CNAMTS.

266. Qui peuvent être développées sous des formes différentes. Ainsi le régime social des indépendants propose-t-il un « bilan de prévention » gratuit à ses bénéficiaires, réalisé par le médecin traitant pour un coût de 44 € par examen. La mutualité sociale agricole a développé de son côté les « Instants santé » qui comprennent le remplissage d'un auto-questionnaire, suivi d'un bilan biologique et d'examens complémentaires réalisés par les professionnels de la MSA, dont les résultats sont interprétés, in fine, par le médecin traitant au cours d'une consultation de prévention.

Chapitre X

Les contrôles d'assiette des URSSAF

PRESENTATION

Les cotisations sociales sont calculées, déclarées et versées par les entreprises. Afin de s'assurer de la régularité et de l'exhaustivité des déclarations, les URSSAF procèdent à un contrôle sur place dit contrôle comptable d'assiette (CCA). Le « contrôle comptable d'assiette » des déclarations des cotisations et contributions sociales faites par les employeurs publics et privés et les travailleurs indépendants, par les inspecteurs du recouvrement, est, avec la gestion des comptes de ces cotisants, l'une des principales activités d'une URSSAF.

La Cour a examiné le fonctionnement de l'activité de contrôle d'assiette (en excluant de son champ la lutte contre le travail illégal²⁶⁷), auprès d'un échantillon de huit organismes, représentatifs de la diversité de la branche²⁶⁸ qui représentaient, en 2007, 37 % du montant total des cotisations liquidées au niveau national et 30 % des contrôles.

Les observations et les recommandations de la Cour portent sur la façon dont le contrôle est piloté au sein de la branche, notamment sur les objectifs qui lui sont assignés, sur les modalités selon lesquelles il est exercé par les organismes locaux et sur les interrogations que suscitent les services de contrôle.

En revanche divers éléments caractérisant les relations entre les URSSAF et les cotisants n'ont pas été examinés, tels que le respect des droits de la défense, le rescrit social²⁶⁹, l'opposabilité des réponses d'une URSSAF aux autres organismes, le délai de notification des avis de passage, non plus que les relations entre les services de la DGI et ceux des URSSAF.

267. Analysée dans le cadre du rapport du conseil des prélèvements obligatoires relatif à « La fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle » publié en mars 2007.

268. Deux URSSAF dites TGE (plus particulièrement chargées de la gestion des très grandes entreprises, soit celles de plus de 2 000 salariés) : Paris – région parisienne et Rhône ; quatre URSSAF dites GE (notamment chargées de la gestion des grandes entreprises, c'est-à-dire de plus de 250 salariés) : Besançon, Marne, Côte d'Or, Hérault ; plus les URSSAF du Lot et Garonne et du Vaucluse.

269. Le rescrit social permet d'obtenir une décision explicite des organismes de recouvrement sur l'application de certains points de législation à la situation d'une entreprise. L'organisme de recouvrement sera lié dans l'avenir par la position explicite qu'il aura prise, sauf changement de législation ou de situation de fait.

I - Un cadrage général embryonnaire

A – Les objectifs du contrôle ne sont pas hiérarchisés

Le code de la sécurité sociale prévoit que les inspecteurs du recouvrement vérifient « l'exactitude de la conformité à la législation en vigueur » des déclarations des cotisants. Au-delà de cette définition de principe, le contrôle d'assiette des cotisations semble répondre à de nombreuses finalités, qui tiennent principalement :

- à la volonté d'accroître le recouvrement des cotisations, objectif auquel concourent la crainte d'être contrôlé, qui conduit le cotisant à honorer ses obligations contributives, mais aussi la possibilité de signifier des redressements aux cotisants à la suite d'un contrôle ;
- au respect du principe d'égalité des cotisants au regard des charges publiques, qui conduit à ne devoir omettre du contrôle ou tout au moins de la probabilité d'être contrôlé aucune catégorie d'entre eux ;
- aux objectifs de lutte contre le travail illégal et contre « l'évasion sociale », enjeux majeurs de la branche.

S'y ajoutent d'autres considérations, relatives notamment au souci, conforme à la loi et souvent partagé par les inspecteurs, de rétablir l'exactitude de la comptabilité des cotisants ; à la préoccupation que peuvent éprouver les inspecteurs de faire bénéficier les employeurs des exonérations de charges auxquelles ils ont droit mais qu'ils peuvent méconnaître ; à la connaissance par la branche et les pouvoirs publics des pratiques des employeurs en matière sociale, salariale notamment, et de leur situation économique et financière ; enfin, au conseil aux entreprises, allant d'une meilleure connaissance de l'URSSAF par les cotisants à la sécurisation juridique des politiques salariales des entreprises.

Ces finalités ne sont, pour la plupart, pas explicitées par l'ACOSS aux responsables locaux du contrôle. Pour partie contradictoires, elles mériteraient d'être hiérarchisées, sans quoi les inspecteurs se trouvent livrés à eux-mêmes pour les concilier.

B – La COG ne précise pas la portée de ces objectifs

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) conclues avec l'Etat devraient en principe clarifier les objectifs assignés à la branche. De fait, s'agissant du contrôle d'assiette, la 3^{ème} COG pour les années 2006-2009 a été axée sur deux objectifs principaux :

- dans un but d'égalité des cotisants face aux charges publiques, l'augmentation de la fréquence du contrôle des plus petits employeurs (les « très petites entreprises », de moins de dix salariés, notamment celles de un à quatre salariés), grâce au recours au contrôle dit « sur pièces » et non plus sur place, par un nouveau corps de « contrôleurs du recouvrement » ;
- la réforme de l'organisation du contrôle des plus grandes entreprises par un décret du 4 mai 2007, afin d'en améliorer le rendement et la cohérence. Huit URSSAF, dites URSSAF-TGE se sont vu confier un rôle majeur et 25 autres, dites URSSAF-GE, un rôle complémentaire dans le pilotage de ces contrôles.

Ces deux priorités n'appellent pas de critiques en elles-mêmes. Toutefois, on peut regretter que la COG n'ait pas clarifié les missions et les fonctions des inspecteurs ni insisté sur l'objectif de meilleure connaissance du champ des cotisants.

Signés pendant le second semestre 2006, en application de la 3^{ème} COG, par l'ACOSS et les responsables des organismes, les contrats pluriannuels de gestion (CPG) n'ont dès lors que peu traité la question du contrôle d'assiette. Ils n'ont pas examiné l'état local, et son évolution, du risque de non déclaration ou de sous-déclaration. Les résultats des organismes ont été retracés de manière souvent synthétique, les objectifs fixés ont été très inégalement précis. Surtout, de la batterie de treize indicateurs, lutte contre le travail illégal non comprise, mentionnés dans les CPG, seuls deux, concernant le taux de couverture du fichier, ont comporté un objectif local chiffré à atteindre par les URSSAF.

C – La doctrine de l'ACOSS est peu explicite

L'ACOSS adresse aux organismes une circulaire annuelle sur le « programme national de contrôle », qui détermine des secteurs prioritaires de contrôle des grandes entreprises, pour l'année donnée et les deux années suivantes, la répartition du contrôle des « très grandes entreprises » entre les huit grandes inter-régions, ainsi que les « cibles » retenues pour le contrôle des services déconcentrés de l'Etat.

Elle a en outre édicté en 2007 une « charte des grandes entreprises », sans base réglementaire bien établie, qui définit les engagements de la branche à leur égard. Enfin, ponctuellement, l'ACOSS diffuse des prescriptions relatives au contrôle de dispositifs législatifs ou réglementaires particuliers, tels la loi dite TEPA, le développement de la participation et de l'actionnariat salarié, les avantages de préretraite, les exonérations dites « zonées ».

Pour autant, fait défaut la définition par l'ACOSS d'une véritable politique générale de contrôle qui donnerait aux organismes des repères pour fixer leurs propres objectifs, leurs plans de contrôle et les bonnes pratiques de contrôle.

II - Une activité de contrôle insuffisamment supervisée

A – Les plans de contrôle

Il revient aux organismes d'élaborer leur programme de contrôles, en fonction d'orientations nationales quand elles existent, de leur connaissance des risques locaux et de leur évolution et de la ressource dont ils disposent en nombre de jours de contrôle potentiels par les inspecteurs. Mais ces plans souffrent de diverses insuffisances.

1 – Une programmation pluriannuelle limitée

Depuis 2008, les huit « inter-régions » mentionnées ci-dessus établissent une programmation pluriannuelle, portant sur quatre ou cinq ans, pour le contrôle des entreprises de plus de 2 000 salariés²⁷⁰ et, depuis 2009, pour un grand nombre des employeurs de plus de 250 salariés.

Mais les URSSAF n'élaborent pas d'autre programmation pluriannuelle de leurs contrôles ni de documents explicitant leurs orientations ou leur stratégie.

2 – Des plans de contrôle annuels insuffisants

Les plans de contrôle annuels des URSSAF ont pour objet de prévoir les contrôles à mener auprès des diverses catégories de cotisants de leur fichier : les « grandes entreprises » dont elles assurent la gestion du compte, les PME, les très petites entreprises, les administrations et collectivités territoriales, voire les travailleurs indépendants.

Ces plans se composent de « sous-plans » correspondant à un segment de cotisants ou à un critère de risque.

270. S'agissant des très grandes entreprises, la marge de choix des URSSAF est très réduite du fait de leur programmation dans les « contrôles nationaux concertés » et de la périodicité rapprochée de leur contrôle (tous les trois ans, cinq ans au maximum).

La priorité mise par la 3^{ème} COG et par la « charte des grandes entreprises », sur les deux segments extrêmes des employeurs a eu pour effet mécanique de délaissier en partie le contrôle des PME (10 à 249 salariés), segment souvent qualifié de « jachère » du contrôle d'assiette, en particulier le sous-segment de 20 à 50 salariés. Or les PME sont souvent considérées comme constituant un « gisement » de redressements : elles confient rarement à un tiers le soin de tenir leur comptabilité, sans pour autant pouvoir se doter de services suffisants, en comptabilité ou en gestion du personnel. Les organismes pourraient opportunément accroître leur effort sur ce segment, ce qui serait facilité par une réflexion de la branche sur des indicateurs pertinents.

Au-delà de la question des PME, les plans examinés par la Cour, appellent les remarques suivantes :

- ils ne retracent pas la politique générale de contrôle d'assiette menée par l'organisme. Par exception, les plans de Paris et du Lot et Garonne mentionnent -mais de façon laconique- la volonté de présence sur tous les segments de cotisants ;
- l'analyse locale du « risque cotisant » et son évolution ne sont jamais relatées ;
- les plans sont parfois construits principalement pour maximiser le taux de couverture, indicateur retenu par la COG pour l'évaluation de la performance des URSSAF ;
- certains plans n'établissent pas le total de la « ressource » réellement disponible en inspecteurs (Besançon, Vaucluse). Quand ils le font, ils ne la répartissent pas tous entre les divers « sous-plans », ce qui ôte à l'exercice une partie importante de son utilité (ainsi pour l'Hérault, la Marne, le Lot-et-Garonne). Seul le plan de l'URSSAF de Paris apparaît complet à cet égard ;
- l'articulation entre les divers sous-plans n'est pas prévue, notamment la priorité éventuelle donnée à certains d'entre eux ;
- les organismes ne se concertent pas suffisamment avec ceux de départements voisins pour réfléchir ensemble à une « gestion du risque » et coordonner leurs plans de contrôle. Seules trois régions sur les huit examinées l'ont prévu : la région parisienne gérée -sauf la Seine-et-Marne- par une seule URSSAF, le Languedoc-Roussillon et la Franche-Comté ;
- le dispositif de suivi du plan et de ses « sous-plans » en cours d'année n'est généralement pas mentionné, ou très brièvement (Lot-et-Garonne) ;
- au sein de l'échantillon, seuls trois organismes (Côte d'Or, Hérault et Paris) ont établi une évaluation ou un bilan de leurs plans. Ces

évaluations ne comprennent d'ailleurs pas d'analyse des motifs de redressement. Or l'évaluation d'un plan de contrôle est indispensable pour la réussite des plans suivants. Un effort substantiel doit être mené par la branche sur ce point.

3 – La question des plans ciblés ou thématiques

Les URSSAF subdivisent leur plan en une multiplicité de « sous-plans » fondés, au sein d'un segment de cotisants, sur un seul critère, tels le secteur professionnel ou géographique, les incidents de recouvrement, l'existence d'exonérations de charges, le nombre de « codes-types » de salariés, l'ancienneté du dernier contrôle, etc. Mais dans la pratique des organismes, le critère de l'ancienneté du contrôle précédent, mâtiné dans certains cas par le montant du redressement alors opéré, est de loin le plus utilisé. Trop souvent, les plans tendent surtout à maximiser le taux de couverture du fichier. Très peu nombreux, en revanche, sont les organismes qui opèrent des ciblage en combinant plusieurs de ces critères.

En 2009, seules l'URSSAF de Paris et celle du Lot et Garonne pratiquent -et ce à dose réduite- une véritable « gestion du risque », s'inspirant d'une expérience menée à Lyon depuis 2004 pour le contrôle des PME et reprise également dans l'URSSAF ArCaD (Arras-Calais-Douai). Il est indispensable que la branche généralise ce type de réflexion et propose une méthodologie commune à cette fin. En effet, les plans ne ciblent pas expressément les cotisants à contrôler en fonction de tel ou tel motif de redressement, relatif par exemple aux frais professionnels, aux avantages en nature, aux contrats de prévoyance.

Ces constats sont décevants car de telles approches permettraient doublement d'optimiser l'efficacité des actions de contrôle : en maximisant le montant des redressements opérés lors d'un contrôle -si l'organisme en a fait un objectif- et, plus important peut-être, en sensibilisant une population « à risque » et son voisinage à la probabilité d'être contrôlé, redressé, voire soumis à des poursuites pénales.

Les principaux motifs de ce faible recours des URSSAF aux contrôles ciblés semblent être de deux sortes :

- une réticence marquée et traditionnelle des inspecteurs à procéder à des contrôles qui ne soient pas (supposément) exhaustifs, considérant qu'« il faut en profiter pour tout voir » ou « il n'est pas question de passer à côté d'un redressement », alors même que l'ACOSS ne paraît pas avoir imposé ce type de contrôle ;
- une prise en compte peu incitative de ces actions, qualifiées de « contrôles partiels » par l'ACOSS qui ne les valorise qu'à hauteur de

25 % d'un contrôle d'assiette classique, ce qui a pour effet de faire fléchir les résultats de l'organisme au regard de certains des indicateurs (« couverture du fichier », « taux global d'activité »).

Sous réserve peut-être d'une information préalable des catégories de cotisants concernés, l'ACOSS devrait souligner l'intérêt de ces contrôles ciblés qui pourraient notamment être privilégiés lorsque l'organisme décide de retourner dans l'entreprise peu de temps après un contrôle initial.

4 – Des contrôles aléatoires trop rares

Il est de bonne pratique, pour veiller à ne pas laisser passer « entre les mailles du filet » des cotisants ou des motifs de redressement significatifs, de procéder, parmi d'autres actions, au contrôle d'employeurs choisis de manière purement aléatoire.

Or, à l'exception de recommandations ponctuelles de la direction de l'audit, l'ACOSS ne semble pas avoir mentionné au réseau l'intérêt de ce type de contrôle. Il est vrai que l'outil SIGMA utile à la sélection des contrôlés est malaisé à utiliser à cette fin : l'établissement de listes de cotisants choisis de manière véritablement aléatoire est laborieux.

Ceci ne suffit pas à expliquer pourquoi la grande majorité des organismes n'a pas intégré cette bonne pratique dans les plans de contrôle et n'effectue pas de contrôles aléatoires. Seuls paraissent en avoir prévu en 2009, la direction de Paris-Nord (pour la tranche de 0 à 4 salariés), le Lot-et-Garonne, la Marne (pour les 50-249 salariés) ou encore le Vaucluse pour 2009.

5 – Une recherche trop limitée des employeurs « jamais contrôlés »

De même, à l'exception de certaines directions franciliennes, de l'Hérault et du Vaucluse, les organismes n'intègrent pas dans leur plan la vérification d'un échantillon des cotisants qui semblent n'avoir jamais fait l'objet d'un contrôle d'assiette.

Cette recherche est indispensable. Certes, l'outil SIGMA n'est pas complètement adapté à cet usage. Pour autant, l'enquête a montré dans plusieurs cas que des employeurs d'un effectif significatif pouvaient avoir échappé à tout contrôle depuis leur immatriculation. Ainsi, dans la Marne, par exemple une requête a été lancée à la demande de l'ACOSS en mars 2008, débouchant sur un taux d'employeurs « jamais contrôlés » depuis leur immatriculation de 28 % environ des entreprises immatriculées.

Parmi elles, 264 employaient de 10 à 249 salariés (dans et hors le département).

La même observation peut être portée pour le contrôle des cotisants dits « non déclarants », qui ne déclarent pas de cotisations à verser alors même qu'ils sont enregistrés comme employeurs.

De manière plus générale, les services de contrôle utilisent trop rarement les informations dont disposent les autres services, notamment les gestionnaires des comptes des cotisants pour les croiser avec leurs propres données.

B – L'encadrement des inspecteurs

1 – Un corps difficile à encadrer

De par les conditions d'exercice de leur métier, traditionnellement très autonomes voire individualistes -et le revendiquant-, les inspecteurs du recouvrement sont conscients de la singularité de leur rôle en matière de contrôle sur place. Cette conscience les a parfois conduits à se sentir à part, voire à s'estimer constituer une sorte d'élite de la branche.

Depuis une dizaine d'années, cependant, ce corps éprouve un certain malaise notamment dû à un sentiment de dévalorisation à l'égard des cadres dits administratifs, la branche étant supposée accorder moins d'importance à leurs missions qu'à la gestion du recouvrement.

Se pose aussi, pour ceux d'entre eux qui éprouvent une lassitude ou un manque de motivation, la question de l'existence de passerelles vers d'autres activités, dans l'organisme ou ailleurs. S'y est parfois ajouté le sentiment de ne pas obtenir de contrepartie à l'accroissement du champ du contrôle (cotisations versées à l'assurance chômage, prochainement cotisations de retraite complémentaire obligatoire, etc.).

Ces facteurs expliquent pour partie l'émergence d'un mouvement social revendiquant un meilleur déroulement de carrière (passage du niveau 6 au niveau 7). Dans les organismes de l'échantillon, la situation des inspecteurs est d'ailleurs apparue sur ce point très variable, avec des proportions de niveau 7 variant de 0 à 100 %, sans rapport avec la qualité des résultats.

Menées au début de 2009 par l'UCANSS, des négociations²⁷¹ ont défini les conditions d'un déroulement de carrière homogène pour tous les inspecteurs et la question des sujétions liées à l'exercice de la

271. Cf. insertion sur la gestion des personnels du régime général, chapitre XIV.

fonction. Le niveau 7 constitue dorénavant la cible pour les inspecteurs possédant une maîtrise experte de la fonction et devrait concerner à terme au moins 75 % du corps. Ce protocole a été signé par huit organisations et agréé par la direction de la sécurité sociale le 30 avril 2009.

2 – Un encadrement perfectible

La gestion des inspecteurs étant généralement reconnue comme difficile, cela justifierait que les directions d'organismes y consacrent davantage d'attention. Le rôle des responsables des services de contrôle revêt une grande importance, notamment pour la programmation des contrôles, l'appui aux inspecteurs, leur information sur les nouveaux dispositifs, le suivi de leurs résultats, l'harmonisation des positions qu'ils sont amenés à prendre auprès des cotisants, la coordination, entre URSSAF, des contrôles des grandes entreprises. Il s'agit, en somme, de constituer une véritable équipe de contrôle.

Conscientes de ce rôle majeur, les 2^{ème} et 3^{ème} COG avaient déjà prévu le renforcement du pilotage et du management des inspecteurs, en systématisant la fonction et en poursuivant la formation de ces responsables. Certes, la formation dispensée depuis 2007 semble donner de bons résultats. Mais nombreux sont ceux qui n'en ont pas encore bénéficié. Il importe en effet que l'effort de management par les responsables soit poursuivi et accentué :

- les responsables n'accompagnent que trop rarement (quelques sorties dans les Hauts-de-Seine ou dans le Vaucluse, quasiment jamais ailleurs) les inspecteurs en tournée, alors que cette pratique aurait plusieurs avantages : meilleure connaissance et soutien de l'activité de l'inspecteur et des difficultés qu'il rencontre, dialogue avec les cotisants ;
- les rendez-vous réguliers avec les inspecteurs ont lieu dans quelques URSSAF mais ne sont pas généralisés ;
- des initiatives telles que l'animation de « groupes de remise », permettent d'échanger avec les inspecteurs sur leurs problèmes et ces pratiques paraissent heureuses.

En outre, plus de 90 % des responsables sont d'anciens inspecteurs, souvent issus du corps local, ce qui ne facilite pas toujours la direction du service. Une diversification des origines, qui tend à s'amorcer, apparaît souhaitable ainsi qu'une mobilité géographique.

3 – Les objectifs impartis aux inspecteurs

L'examen des entretiens annuels d'évaluation des inspecteurs montre que le principal objectif impartit consiste dans un nombre de contrôles d'assiette à réaliser, nombre variable selon les URSSAF. Peuvent également être mentionnés des objectifs relatifs au taux de ciblage et à la fréquence des redressements, ainsi que, dans certains cas, la nécessité d'achever le stock des contrôles en cours (Besançon).

Les inspecteurs qui dépassent la médiane locale ne se voient pas fixer d'objectifs particuliers. Le nombre des motifs de redressement utilisés par les inspecteurs ou leur variété ne sont pas évoqués. La mention d'objectifs plus qualitatifs varie selon les organismes. Les inspecteurs n'ont pas connaissance des résultats de leurs collègues (sauf à Lyon, jusqu'en 2007).

L'entretien annuel d'évaluation ne peut servir de seule « feuille de route ». Des objectifs individuels plus détaillés et adaptés au profil de chacun pourraient utilement leur être délivrés en début d'année et faire l'objet d'un suivi périodique en cours d'exécution du plan.

4 – La question des retards dans l'exécution des contrôles

Dans certaines URSSAF de l'échantillon (Côte d'Or, Besançon, Lot-et-Garonne, Marne, Vaucluse), des inspecteurs ont encore dans leur portefeuille des contrôles non effectués qui leur ont été attribués plusieurs trimestres, voire plusieurs années auparavant.

Cette situation, qui peut être due à des déficiences dans la programmation et l'attribution des dossiers et/ou à un rythme de contrôle insuffisant, n'est pas saine. Le stock des contrôles en retard peut ne plus correspondre aux priorités du moment et démotiver l'inspecteur au regard de son programme de travail.

Par ailleurs, le défaut d'apurement des actions de contrôle anciennes non réalisées présente un risque majeur, celui de l'exclusion de facto de l'entreprise concernée du champ des cotisants contrôlables. En effet, le fait qu'un contrôle n'ait pas été effectué mais qu'il reste « en portefeuille » fait obstacle à ce que l'employeur puisse être sélectionné lors de l'établissement des nouveaux plans de contrôle. Les situations les plus critiquables ont été relevées :

- à Besançon où l'équipe de contrôle, avait, en début d'année 2009, un retard de 311 dossiers dans l'exécution des plans des années précédentes, retard qui représente les 2/3 des CCA réalisés en 2008 ;

- à Avignon, où le stock d'actions des années précédentes a atteint, début 2009, la valeur de 608, soit la moitié des contrôles de 2008.

Comme certains organismes l'ont prévu (Hérault, Côte d'Or par exemple) il appartient aux responsables de service, non seulement de suivre l'exécution globale des plans mais aussi de s'assurer qu'individuellement les inspecteurs n'accumulent pas de retard dans l'exécution de leurs travaux ou d'en connaître les motifs.

C – La nécessité de règles déontologiques

Plus encore que d'autres, le service du contrôle d'assiette d'une URSSAF est confronté à des risques d'ordre déontologique, de divers ordres :

- risque de violation de secrets professionnels de l'entreprise par l'inspecteur ;
- pressions, réelles, potentielles ou ressenties -parfois avec chantage à l'emploi- risque particulièrement avéré dans des départements ruraux ou des petites villes où « tout le monde se connaît » ;
- conflit d'intérêts, si des proches sont employeurs ou travailleurs indépendants ;
- tentation, même sans pression de la part du cotisant, d'alléger le contrôle si l'employeur est localement important ou en difficulté ;
- à l'inverse, comportement agressif de la part de l'inspecteur, risque de chantage sur le cotisant ;
- possibilité d'un « pantouflage » d'inspecteurs vers le secteur privé, en particulier vers des grandes entreprises ou des cabinets de conseil en « optimisation » des charges sociales.

Ces éventualités peuvent notamment se traduire, dans le plan de contrôle, par le report ou la radiation du contrôle du cotisant, par un contrôle sur place complaisant donnant lieu, le cas échéant, à l'omission d'observations ou de redressements, par la décélération du rythme des prochains contrôles, ou par la perception d'une contrepartie financière à un contrôle ne débouchant sur aucune observation.

On doit dès lors regretter que les efforts de l'ACOSS en la matière (diffusion d'un guide de déontologie s'adressant à tous les agents de la branche et rappelant pour l'essentiel des principes de base) n'aient pas abouti à ce jour et que la plupart des URSSAF -hormis celles de Paris-région parisienne et d'Arras-Calais-Douai, en 2008- n'aient pas adopté de règles (code, charte...) ou de guide déontologique, malgré les recommandations de la direction de l'audit de l'ACOSS.

Face à ces risques cependant, l'enquête a permis d'identifier plusieurs bonnes pratiques, inégalement mises en œuvre par les organismes de l'échantillon examiné par la Cour :

- la règle selon laquelle il est souhaitable que le contrôle d'un cotisant ne soit pas effectué deux fois de suite par le même inspecteur est apparue globalement bien appliquée ;
- la rotation régulière des inspecteurs entre les secteurs géographiques du ressort d'une URSSAF contribuerait utilement à prévenir les risques de collusion. Or, elle est rare et n'a été observée dans une minorité d'organismes de l'échantillon ;
- les modalités de l'attribution des actions de contrôle aux inspecteurs devraient être suivies avec attention par le responsable du service. Or, une fragilité dans l'attribution des contrôles aux inspecteurs a d'ailleurs été relevée par la mission de certification des comptes de 2008 ;
- l'apurement des actions d'un plan de contrôle devrait partout faire l'objet de règles formalisées et d'une attention particulière de la part du responsable, comme dans l'Hérault ou à Besançon ;
- s'agissant des administrateurs des URSSAF, employeurs ou travailleurs indépendants, une règle prévoit leur contrôle par un autre organisme. Or les URSSAF n'effectuent pas toutes un suivi de cette question ;
- enfin, hormis celle de Paris qui établit chaque année un plan de contrôle spécifique, les URSSAF examinées ne procèdent pas à un contrôle particulier de leurs fournisseurs.

De ce fait, il est important que l'ACOSS établisse et diffuse à brève échéance un ensemble de règles et de repères, s'agissant particulièrement des risques de conflit d'intérêts. De plus, un inventaire permanent et systématique des risques locaux et régionaux devrait être dressé par les organismes.

III - Un processus de contrôle perfectible

A – Les modalités du contrôle sur place peuvent être optimisées

L'ACOSS n'a pas élaboré de corpus de règles ou de bonnes pratiques des inspecteurs avant, pendant et après le contrôle sur place. De leur côté, peu d'organismes l'ont fait. Parmi les URSSAF examinées,

seules celle de Côte d'Or et, très récemment, celles de Paris-région parisienne et de l'Hérault ont élaboré de tels documents.

1 – La préparation du contrôle

Avant son passage dans l'entreprise, l'inspecteur a certaines tâches à accomplir (récupération de données sur des bases, tâches administratives d'ouverture de contrôle faites grâce à l'outil portable OSIRIS, contacts éventuels avec l'entreprise). Il lui revient aussi de prendre connaissance de l'environnement de l'entreprise et d'en détecter les zones de risque. Ces investigations préalables sont importantes pour la réussite du contrôle.

Les inspecteurs ont, sur ce point aussi, leurs propres pratiques ; L'enquête a ainsi montré :

- qu'ils n'entrent pas souvent en contact avec les gestionnaires de comptes cotisants, notamment pour connaître les derniers incidents éventuels de paiement ou les demandes de crédit de cotisation ;
- que les responsables des services contrôle vérifient rarement que ces étapes préparatoires au contrôle sont bien suivies ; il semble qu'hormis le contrôle des très grandes entreprises, ils n'évoquent guère les contrôles à venir avec les inspecteurs.

2 – Le contrôle sur place

a) Le plan de vérification

Il serait souhaitable que, s'agissant notamment des entreprises de secteurs dits « à risques » ou d'un certain effectif, l'inspecteur élabore un plan de vérification.

Dans les faits, il apparaît qu'une telle réflexion n'est menée que pour le contrôle des plus grandes entreprises.

b) Investigations et chiffrage par sondages

La branche a constaté depuis longtemps que, dans les plus grandes entreprises, le nombre parfois très élevé de pièces à vérifier et la diversité des situations des salariés rendent le contrôle long, laborieux et exigeant en ressources d'inspecteurs.

En application de l'orientation de la COG visant à « optimiser l'efficacité et garantir la transparence des méthodes de contrôle » afin d'en alléger la durée, le décret du 11 avril 2007 a rendu légalement

possible un chiffrage par extrapolation des redressements à opérer, à partir d'échantillons représentatifs. Dans les URSSAF contrôlées, ainsi que l'ACOSS le préconise, les inspecteurs utilisent ces méthodes comme un outil d'investigation. En revanche, ils ne s'inscrivent jusqu'à présent quasiment jamais dans la procédure définie par le décret. Seule la direction départementale du recouvrement des Hauts-de-Seine l'a utilisée en 2008 vis-à-vis de trois entreprises, l'URSSAF de l'Hérault s'appropriant également à le faire avec cinq cotisants en 2009.

En effet, afin de protéger le droit des cotisants contrôlés à l'information et à une procédure contradictoire, le décret fixe aux organismes des règles contraignantes s'agissant des délais à respecter et des documents à fournir. De ce fait, selon les inspecteurs, cette procédure allongerait les délais de contrôle dans des proportions peu compatibles avec le déroulement normal du plan de contrôle, ce qui tend à leur faire préférer un contrôle exhaustif.

Vu la technicité requise pour la mettre en œuvre et le nombre limité de cas d'application, il apparaît souhaitable de spécialiser certains inspecteurs sur cette méthode.

B – La productivité des inspecteurs : des marges de progrès²⁷²

1 – L'effectif dédié aux contrôles comptables d'assiette

Au niveau national, les inspecteurs du recouvrement étaient 1 509 en 2007. La même année, les huit caisses contrôlées totalisaient 464 inspecteurs, dont 416 ont réalisé des CCA en 2008, les autres réalisant des tâches s'inscrivant pour l'essentiel dans le cadre de la lutte contre le travail illégal (LCTI). Au total, l'activité de contrôle d'assiette, hors travail dissimulé, a mobilisé au sein de ces caisses 185,5 ETP soit, en moyenne, moins de la moitié de l'effectif théorique.

2 – Un temps inégal consacré aux contrôles

Le total des absences légales (congés maladie et congés annuels pour l'essentiel) et du temps « politique de direction » soustrait au CCA une part importante du temps qui lui est en théorie consacré.

272. Les constats qui suivent portent sur les seuls inspecteurs des huit caisses de l'échantillon. Lorsqu'il est fait référence à des données nationales une mention particulière est indiquée dans le texte.

S'agissant des absences légales, la Cour n'a pas relevé de problème majeur d'absentéisme dans les services de contrôle. En revanche, à l'instar de l'ensemble des agents de l'institution, les inspecteurs bénéficient d'un nombre élevé de jours de congés, de toutes natures (congés annuels, journées de RTT, journées supplémentaires au titre d'accords locaux). En moyenne chaque inspecteur a totalisé, en 2008, 69 jours d'absences légales, congés maladie compris.

La catégorie du temps « politique de direction » regroupe un ensemble d'activités qui entrent dans le temps de travail mais qui ne relèvent pas du contrôle : réunions, formations, travaux nationaux ou régionaux, tâches sédentaires... En 2008, elles ont représenté plus de 11 000 journées soit l'équivalent de 45 ETP. Dans trois caisses, ce temps de direction représente un quart des journées de travail disponibles (Avignon, Besançon et Montpellier).

Il y a donc lieu de s'interroger sur la réalité d'une partie des journées déclarées par les inspecteurs en temps de direction ; on peut se demander si elles ne constituent pas parfois une variable d'ajustement venant compenser un nombre de journées de contrôle CCA trop peu élevé. Ces écarts soulignent le défaut de supervision de certaines équipes d'inspecteurs par les responsables de service.

Le tableau ci-dessous récapitule de quelle façon se répartit le temps disponible aux seins des caisses entre temps de direction, contrôles comptable d'assiette et autres contrôles (dont la LCTI).

Le poids des différentes activités dans le temps disponible

En %

UR	Agen	Avignon	Besançon	Dijon	Lyon	Montpellier	Paris	Reims
Temps de direction	15	25	25	18	12	24	14	18
Temps CCA	67	62	54	71	79	63	69	68
Temps autres contrôles	18	13	21	11	9	13	17	14

Source : Cour des comptes d'après des données URSSAF

En moyenne, chaque ETP a dédié 113 jours au CCA en 2008, soit à peine plus d'une journée de travail sur deux. Quatre caisses présentent un score inférieur à la moyenne. Parmi elles, les caisses de Besançon et de Montpellier présentent un résultat particulièrement faible : 95 jours de CCA par inspecteur à Besançon et 91 dans l'Hérault, contre 132 jours dans le Rhône.

3 – Le temps prévu pour chaque contrôle

Pour établir les plans de contrôle et suivre l'activité des inspecteurs, chaque URSSAF établit un temps de contrôle prévisionnel par tranche d'effectifs de salariés. Le responsable du service a toute latitude pour faire évoluer les tranches d'effectifs en fonction des réalités locales. Ces barèmes sont peu comparables, les tranches retenues étant variables. La tranche 1, par exemple, regroupe les entreprises qui emploient jusqu'à trois salariés à Montpellier, quatre à Paris, sept à Dijon.

De la même façon, le temps prévisionnel affecté à chaque tranche est paramétrable localement, ce qui fait apparaître des écarts plus difficilement explicables, comme le montre le tableau ci-dessous, qui met en parallèle les temps prévisionnels fixés pour 2009 par les différents organismes et rappelle en complément le temps constaté dans l'ensemble du réseau par l'ACOSS pour la dernière année disponible, soit 2007.

Les temps prévisionnels de contrôle 2009

Pour un employeur de...	Paris TGE	Rhône TGE	Côte d'Or GE	Besançon GE	Hérault GE	Réseau en 2007 (constaté)
4 salariés	0,9 j	0,7 j	1,1 j	0,5 j	1 j	0,75 j
50 salariés	4,4 j	2 j	5 j	3 j	4,1 j	3,28 j
200 salariés	4,4 j	4 j	6 j	4 j	5 j	6,61 j
1000 salariés	24 j	20 j	15 j	10 j	10 j	17,51 j
2000 salariés	42 j	20 j	15 j	10 j	15j	17,51 j

Source : Cour des comptes d'après des données URSSAF

Les écarts sont importants dans toutes les tranches. A Dijon et à Montpellier, le temps de contrôle d'une entreprise de quatre salariés apparaît particulièrement élevé. A Besançon à l'inverse, les temps sont tous inférieurs à ceux qui ont été constatés dans l'ensemble du réseau en 2007.

Les temps prévisionnels de contrôle des grandes et très grandes entreprises présentent de fortes divergences, notamment entre Paris et les autres caisses. Ainsi, le temps de contrôle prévisionnel des TGE à Paris est passé de 35 à 42 jours alors que le temps moyen constaté, en 2008 dans l'organisme, a été de 30 jours seulement sur ce segment.

La norme retenue par l'URSSAF de Paris pour le contrôle d'employeurs de moins de quatre salariés paraît également excessive : 0,9 jour prévisionnel en 2009 pour 0,8 jour prévisionnel en 2008 et 0,7 jour constaté toujours en 2008.

Ces données prévisionnelles ne sont pas simplement indicatives. Rapportées aux journées d'inspecteur, disponibles, elles permettent de calibrer le plan de contrôle d'une année. Ainsi, plus la durée prévisionnelle d'un contrôle est longue, plus, à ressource constante en inspecteurs, le plan sera réduit en nombre de contrôles.

4 – De nets écarts de « productivité apparente »

Il est difficile d'apprécier la productivité d'un inspecteur ou d'un service compte tenu des différences qui affectent les portefeuilles. Néanmoins, on peut l'approcher en rapportant le nombre de CCA de l'effectif ETP²⁷³ pour calculer un nombre moyen de CCA par ETP.

Le nombre de CCA par ETP

UR	Avignon	Agen	Paris TGE	Montpellier GE	Reims GE	Lyon TGE	Besançon GE	Dijon GE	Total
Nombre de CCA	1 254	783	24 222	1 387	842	3 171	466	828	32 953
ETP CCA	5,75	3,64	132,73	7,90	4,99	20,39	3,37	6,72	185,49
Productivité d'un ETP CCA	218	215	182	176	169	156	138	123	178

Source : Cour des comptes d'après des données URSSAF

Selon ces données, chaque équivalent-temps plein consacré à des CCA a réalisé, en 2008, 218 contrôles à Avignon et 123 à Dijon, soit près de deux fois moins.

Certes, ces résultats sont probablement en partie liés à la structure du fichier local et ne prennent pas en compte des éléments tels que la variété des chefs de redressements, examinée ci-après; ils ne traduisent donc qu'une productivité apparente. Mais ils posent la question de la taille optimale de l'équipe de contrôle et du type d'organisation le mieux adapté pour assurer un niveau minimal d'intervention sur tout le territoire.

Surtout, ces données soulèvent la question du temps consacré aux contrôles d'assiette. Il est de la responsabilité des organismes au premier chef et de l'ACOSS en supervision, de s'assurer d'une présence effective et continue des inspecteurs sur le terrain et d'un rendement minimal en nombre de contrôles réalisés.

273. Il s'agit d'un effectif ETP recalculé à partir des journées réellement consacrées aux CCA en 2008, sur la base de 253 jours travaillés.

5 – Des écarts dans les motifs de redressement notifiés

Une analyse des motifs de redressements permet de pondérer le jugement porté sur la base de la productivité apparente.

a) Le motif de redressement le plus utilisé

On note en 2008 la prépondérance, dans la plupart des caisses, du motif portant sur les erreurs d'assiette liées à la « réduction loi Fillon²⁷⁴ », qui atteint 45 % du nombre total des redressements à Dijon, 34 % à Reims, 25 % à Agen ou encore 19 % à Paris où il a été notifié 8 000 fois. Il s'agit d'un phénomène général dans la branche puisqu'en 2007, pour l'ensemble du réseau, les redressements pour des motifs liés aux « réductions Fillon » ont représenté plus de 235 M€ soit près d'un quart du montant total des redressements notifiés (23 %)

Plus des deux-tiers (69 %) des motifs « réduction Fillon » utilisés ont été des redressements dits « négatifs », c'est-à-dire en faveur des cotisants, pour un montant de 162 M€ : les caisses d'Agen et Dijon ont ainsi notifié plus de redressements négatifs que positifs en 2008, la caisse de Reims, 49 %.

La complexité de ces mécanismes d'allègements de charges²⁷⁵ est telle qu'elle a donc pour effet, dans un certain nombre de cas, de conduire finalement à ce qu'un contrôle aboutisse à rembourser le cotisant.

b) La variété des autres chefs de redressement

La nomenclature utilisée par l'ACOSS en 2007 recensait 135 chefs de redressement différents. Le tableau suivant retrace le nombre des motifs utilisés la même année par chaque organisme.

274. La loi n°2003-47 du 17 janvier 2003 a mis en place une réduction générale de cotisations patronales de sécurité sociale applicable aux cotisations dues sur les rémunérations versées à compter du 1er juillet 2003, dite « réduction Fillon ».

275. Voir la communication de 2008 de la Cour à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur l'intégration dans un barème des taux de cotisations patronales, et des exonérations sur les bas salaires et sur les heures supplémentaires.

Le nombre de chefs de redressement (2007)

Paris TGE	Avignon	Lyon TGE	Montpellier GE	Dijon GE	Reims GE	Agen	Besançon GE
134	97	96	94	90	84	81	78
99%	72%	71%	70%	67%	62%	60%	58%

Source : Cour des comptes d'après des données ACOSS (redressements 2006-2007)

Besançon, le Lot-et-Garonne et la Marne sont les caisses qui utilisent le moins de motifs : autour de 60 % pour chacune d'elles. Dijon, Avignon, Montpellier et le Rhône constituent un deuxième groupe assez homogène autour de 70 %. L'URSSAF de Paris a utilisé 99 % des motifs existants.

La variété des chefs de redressement tient pour partie à la nature des entreprises présentes dans le fichier ; c'est pourquoi la constatation de différences de résultats entre les URSSAF dites « TGE » et les autres caisses n'est pas surprenante. Mais elle tient aussi aux pratiques professionnelles propres des inspecteurs, au sein desquels l'enquête a montré des écarts du même ordre qu'entre caisses. Deux caisses ont été retenues pour illustrer cette situation :

- dans la première caisse, cinq inspecteurs ont notifié moins de 30 % des 135 motifs existants ; l'inspecteur qui a utilisé la palette la plus large a notifié 47 motifs différents ;
- dans la seconde, aucun inspecteur n'atteint les 30 % de motifs différents utilisés, le score le plus médiocre n'atteint pas les 10 %, soit huit motifs différents seulement pendant toute une année. L'inspecteur qui a utilisé la palette la plus large n'a notifié que 39 motifs différents.

Ce phénomène n'est pas cantonné aux plus petites caisses. Pourtant, sauf exception liée à l'examen d'une promotion d'inspecteur au niveau 7, ces données ne font pas l'objet d'une analyse par les responsables de contrôle. Or il est possible d'y remédier par la supervision des différentes étapes du contrôle, des échanges et des commentaires de dossiers entre pairs, voire la réalisation en binôme de certains contrôles, ainsi que la pratique a déjà cours pour les contrôles les plus importants.

C – La qualité des contrôles d'assiette

La qualité des contrôles est malaisée à appréhender, y compris par le responsable, vu la grande liberté dont dispose l'inspecteur pour organiser les modalités de son contrôle dans l'entreprise.

Elle peut être approchée par plusieurs indices, parmi lesquels figurent la qualité des lettres d'observations et des rapports de contrôle, les modalités de leur suivi par le responsable, le nombre et la variété des motifs de redressement et d'observations pour l'avenir.

Sur un échantillon de six organismes (Hérault, Lot-et-Garonne, Marne, Rhône, Vaucluse, Val-de-Marne), la qualité des lettres d'observations et des rapports de contrôle est globalement apparue bonne, sauf dans le Vaucluse (faits reprochés non relatés précisément, contrôle clos malgré des documents importants non fournis).

En fonction des organismes, la lettre est validée par le responsable contrôle, ou son adjoint, quel que soit le montant du redressement projeté (Hérault, Marne) ; dans d'autres, elle l'est à partir d'un seuil de redressement (10 000 € à Nantes, 15 000 € en Côte d'Or, à Nice et dans les Hauts-de-Seine, 30 000 € dans le Val-de-Marne, 40 000 € pour celle d'Arras-Calais-Douai), ou pour les seules grandes entreprises ou cotisants dits « sensibles » (Besançon, Lot-et-Garonne, Rhône, Vaucluse). Le niveau élevé de ces seuils a pour conséquence que la plupart des lettres d'observations sont adressées aux cotisants sans être relues par la hiérarchie, qui n'est dès lors pas à même de les évaluer, les amender s'il y a lieu et les harmoniser.

Postérieurement à l'envoi de la lettre, les responsables qui examinent systématiquement les procès-verbaux de contrôle sont minoritaires (Hérault, Marne, Val-de-Marne).

De manière générale, il semble que la qualité des documents rédigés par les inspecteurs et la sécurité juridique des relations avec les cotisants ont progressé, notamment grâce au logiciel OSIRIS. En revanche, l'enquête a montré que, les responsables de service et leur hiérarchie ont une connaissance trop floue et parcellaire de la qualité réelle du contrôle sur place par leurs inspecteurs.

La nécessité de vérifier la qualité des documents issus des contrôles, tout en accroissant la sécurité juridique des interventions des inspecteurs, pourrait conduire la branche :

- à réfléchir à des seuils pertinents de visa des lettres d'observation et des procès-verbaux de contrôle ;
- à concevoir et diffuser des logiciels de suivi des lettres d'observations, tel celui qui a été conçu à l'URSSAF de la Côte d'Or.

D – L'appréciation de l'efficacité des contrôles

Pour évaluer les résultats des caisses locales en matière de contrôle, l'ACOSS a déterminé des indicateurs de l'activité de contrôle, inscrits dans la 3ème COG. Certains mesurent le volume de cette activité, d'autres, la qualité de son ciblage, apprécié par les redressements prononcés.

L'examen des résultats d'une seule année d'activité ne peut suffire à porter un diagnostic précis sur le fonctionnement d'un organisme. De multiples facteurs peuvent en effet intervenir qui rendent les résultats, en particulier en termes de montants de redressement, atypiques une année donnée. C'est pourquoi les résultats des caisses sont présentés pour trois exercices (2006 à 2008).

1 – Le taux de couverture du fichier

Le tableau ci-dessous résume les données constatées. Le renfort des contrôleurs du recouvrement chargés d'effectuer les contrôles sur pièces des TPE présentant le moins de risques était destiné à améliorer le taux de couverture. Pourtant, dans l'ensemble cet indicateur fait l'objet d'une forte dégradation en 2008. Seule la caisse de la Marne atteint sa cible locale. Les caisses d'Agen et de Montpellier connaissent les situations les plus préoccupantes.

Taux de couverture du fichier 2006-2008

En %

UR	Agen	Avignon	Besançon	Dijon	Lyon	Montpellier	Paris	Reims	National
2006	11,50	9,71	8,24	11,18	8,05	10,87	5,21	6,54	8,46
2007	9,40	9,87	8,57	14,54	6,98	8,47	6,57	6,44	8,83
2008	6,25	10,11	7,72	9,26	6,34	5,73	7,14	10,23	
Cibles locales 2008	10,50	11,30	9,60	10,5	9,30	12,6	9,50	9,10	

Source : Cour des comptes d'après des données ACOSS (2006 et 2007) et URSSAF (2008)

2 – Le taux de redressement des cotisations

Deux taux de redressements des cotisations peuvent être retracés.

Premièrement, le « taux de redressement des cotisations liquidées » compare le montant total des redressements, toutes actions confondues, au montant des cotisations liquidées du fichier à contrôler. Il est calculé par l'ACOSS mais ne semble pas être suivi avec attention par la branche.

Il renseigne pourtant sur l'impact réel du contrôle, en déconnectant les résultats de l'incidence des plans de contrôle. Le Vaucluse et la Marne ont de loin les meilleurs résultats, suivis par un noyau central autour de 0,30 %, inférieur à la moyenne nationale. Besançon ferme la marche.

Taux de redressement des cotisations liquidées

En %

UR	Agen	Avignon	Besançon	Dijon	Lyon	Montpellier	Paris	Reims	National
2006	0,29	0,35	0,10	0,27	1,07	0,29	0,36	0,47	0,41
2007	0,33	0,59	0,14	0,30	0,33	0,29	0,28	0,69	0,36

Source : Cour des comptes d'après des données ACOSS

Deuxièmement le « taux de redressements des cotisations liquidées par les entreprises contrôlées » n'a pas fait l'objet, dans la dernière COG, d'une cible à atteindre ni localement ni au plan national. Pour l'ACOSS, il s'agit d'un simple élément d'observation du contexte, suivi et analysé par segment de cotisants.

Taux de redressement des cotisations contrôlées

En %

UR	Agen	Avignon	Besançon	Dijon	Lyon	Montpellier	Paris	Reims	National
2006	1,93	1,51	1,53	1,32	4,97	1,80	2,00	1,62	2,17
2007	2,39	3,38	1,95	1,57	1,31	1,46	2,41	4,06	2,30
2008	5,27	2,19	2,44	1,94	2,76	3,39	2,84	1,88	n.c.

Source : Cour des comptes d'après des données URSSAF et ACOSS

Ces résultats montrent des évolutions très contrastées : alors que les caisses du Vaucluse et de la Marne subissent une forte chute, les autres progressent de manière significative, voire spectaculaire (Agen, Montpellier et Lyon). L'objectif 2008 était de 2,51 % (médiane 2007), la moitié des caisses ne l'a pas atteint.

3 – Le taux de contrôles blancs

L'indicateur de l'ACOSS du « taux de ciblage » renseigne sur l'issue des contrôles puisqu'il mesure le nombre d'actions qui se sont conclues par un redressement (positif ou négatif) ou une observation pour l'avenir. A contrario, il permet de calculer un taux de contrôles blancs c'est-à-dire de CCA qui n'ont abouti ni à un redressement, ni à une observation.

Le taux de contrôles blancs en 2008*En %*

UR	Agen	Lyon	Besançon	Reims	Paris	Avignon	Montpellier	Dijon
Taux de « blancs »	45	41	40	34	32	25	23	16

Source : Cour des comptes (données URSSAF)

En 2008, Montpellier et le Vaucluse ont eu des taux de ciblage significativement supérieurs à la moyenne du groupe (77 % et 75 %) mais c'est Dijon qui présente le taux de redressement le plus élevé (84 %) et en corollaire le taux de contrôle blancs le plus bas, 16 % seulement.

A l'opposé, le Lot-et-Garonne a le taux de ciblage le plus bas (55 % seulement) ; le Rhône et Besançon sont aussi assez éloignés de la moyenne de l'échantillon (et de la moyenne du réseau qui se situe à 62 % en 2008). Les causes de ces disparités peuvent être très diverses mais il n'est pas certain que les caractéristiques des fichiers et la fréquence des contrôles dans certaines URSSAF puissent justifier ces résultats. Les causes de ces contrôles blancs et leur éventuel lien avec l'ancienneté de la programmation du contrôle mériteraient d'être expliquées.

Les écarts constatés entre les caisses se retrouvent au sein des équipes, lorsque l'on regarde les résultats individuels d'activité. Certains responsables y sont attentifs. Ce n'est pas encore le cas dans toutes les URSSAF. Cette situation, de même que la variété des chefs de redressement utilisés, doit être suivie plus attentivement et des mesures prises afin d'améliorer et d'homogénéiser les pratiques professionnelles.

SYNTHESE

Clarifier et hiérarchiser les objectifs assignés aux inspecteurs, améliorer leur ciblage et mieux définir leurs modalités : ces objectifs supposent une capacité accrue à encadrer et à évaluer le travail des équipes d'inspecteurs.

Dans cette perspective, une évolution plus structurelle paraît nécessaire. L'organisation territoriale actuelle du contrôle, qui a déjà fait des progrès réels grâce à la fusion des organismes infra-départementaux, doit être revue. La taille critique des services de contrôle, qui devrait faire l'objet d'un examen précis, n'est en tout état de cause, pour la plupart d'entre eux, pas atteinte : la plupart des URSSAF disposent au plus d'une dizaine d'inspecteurs. De ce fait, ces services de contrôle sont souvent isolés les uns des autres et peu stimulés.

La réorganisation du contrôle des plus grandes entreprises a été amorcée, depuis la 3^{ème} COG, introduisant à la fois une certaine centralisation au niveau régional, plus de cohérence et, dans plusieurs

régions, un certain dialogue entre services de contrôle. Il convient de confirmer cette évolution vers un pilotage régional, tout en sauvegardant certains liens avec les organismes locaux, leurs services juridiques et la gestion des comptes en particulier, pour ne pas relancer les tendances traditionnelles du corps des inspecteurs à un certain isolationnisme. De ce fait, il semble indispensable que le service soit animé de manière plus affirmée par un responsable managérial. Il importe aussi de tirer nettement les conséquences de la création des contrôleurs du recouvrement en leur laissant le contrôle des plus petites entreprises « non à risques ».

Enfin l'ACOSS devrait s'interroger sur les facteurs expliquant l'hétérogénéité des résultats des organismes. De plus, face à la diversité de la productivité des inspecteurs, l'individualisation des parcours permettrait de valoriser les plus performants. Pour ce faire, l'une des pistes envisageables passe par une meilleure gestion des promotions en catégorie 7, voire par une individualisation accrue de leurs primes, qui serait actuellement envisagée au niveau de l'UCANSS.

RECOMMANDATIONS

30. *Expliciter et hiérarchiser les missions confiées aux services de contrôle des cotisations et en déduire des indicateurs et des cibles diversifiés et complémentaires dans les CPG.*

31. *Confirmer le niveau régional comme échelon de pilotage des contrôles et de la gestion des inspecteurs du recouvrement.*

32. *Rendre obligatoire aux niveaux national et régional une cartographie détaillée des risques préalablement à l'établissement des plans de contrôle.*

33. *Conditionner les promotions des inspecteurs à l'amélioration de la productivité et de la qualité des contrôles et envisager une individualisation des primes.*

Chapitre XI

La durée d'assurance dans le calcul des droits à la retraite

PRESENTATION

Centrale dans la formule de calcul des pensions, puisque susceptible d'influer sur chacun de ses termes, la durée d'assurance constitue le noyau du fonctionnement du système de retraite de base par répartition. Depuis la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003, la durée d'assurance est également la référence utilisée pour l'application de la surcote, le bénéfice de la majoration du minimum contributif ou la possibilité d'un départ en retraite anticipée avant 60 ans.

L'importance de la durée d'assurance pour la détermination des droits à la retraite justifie dès lors d'examiner ses modalités de calcul, ce que la Cour a fait pour le régime général, le régime des travailleurs indépendants et celui des exploitants agricoles.

Pour l'essentiel, les conditions de constitution de la durée d'assurance sont restées inchangées dans leurs modalités depuis 1972, les principes y présidant datant quant à eux des origines de l'institution de régimes de retraites obligatoires des salariés. Mais depuis la réforme de 1993, le niveau requis pour l'obtention du taux plein a été progressivement augmenté à 160 trimestres, puis la loi du 21 août 2003 l'a porté à 164 trimestres à partir de 2012²⁷⁶. Cette dernière a de plus beaucoup raffiné le contenu de la notion de durée d'assurance, introduisant celle de « durée cotisée », aux contours changeants en fonction des dispositifs faisant usage de ce paramètre.

L'examen d'ensemble révèle ainsi la diversité, mais aussi la grande complexité des conditions de constitution de la durée d'assurance (I). La Cour a apprécié leur incidence pour les assurés tout d'abord (II), puis pour les régimes (III), en déduisant des voies d'évolution qui lui apparaissent souhaitables (IV).

276. Compte non tenu de l'effet de la règle posée en 2003 d'une augmentation progressive et programmée de la durée d'assurance permettant l'obtention du taux plein, de sorte à maintenir constant le rapport entre cette durée et la durée moyenne de perception d'une pension.

I - La constitution de la durée d'assurance : un dispositif peu lisible

La formule de calcul des retraites

Deux des trois termes de la formule de calcul des retraites font intervenir la durée d'assurance, qui est prise en compte pour l'obtention du taux plein (t) et la détermination du coefficient de proratisation (d/D), mais pas pour le calcul du salaire annuel moyen plafonné (SAM), sauf dans le cas des polypensionnés.

$$P = \text{SAM} \times t \times d/D$$

Le taux de liquidation de la pension est fonction de la durée d'assurance totale (D) dans *tous les régimes* auxquels a appartenu l'assuré, l'obtention du taux plein étant conditionnée avant 65 ans par l'atteinte d'une limite déterminée par la réglementation (161 trimestres en 2009, pour les assurés nés en 1949²⁷⁷). L'obtention du taux plein, outre son effet propre sur le niveau de la pension servie par les régimes de base, permet également d'être éligible au bénéfice du minimum contributif (MICO), mais aussi de bénéficier d'une liquidation de la pension complémentaire sans application de coefficients d'abattement pour départ anticipé²⁷⁸.

En second lieu, la durée d'assurance (d) est prise en compte au titre de *chaque régime*, dans le calcul du coefficient de proratisation (d/D). Le niveau de la pension servie est ainsi une fonction croissante de la durée d'assurance dans le régime.

A – Une logique de contributivité atténuée

Exprimée en trimestres, la durée d'assurance se constitue au fil de la carrière²⁷⁹ selon plusieurs modalités. Les périodes validées pour la durée d'assurance correspondent ainsi :

277. La durée de 161 trimestres est applicable à compter de 2009 aux assurés nés en 1949. Générationnel, le dispositif ne dépend pas de la date d'effet de la pension.

278. L'âge de la retraite dans les régimes complémentaires des salariés est en effet de 65 ans. Un accord du 4 février 1983, dont les stipulations ont été reprises par les accords ultérieurs des partenaires conventionnels a permis d'écarter l'application des coefficients d'abattement pour départ anticipé avant 65 ans dans les régimes complémentaires, dès lors que la durée d'assurance requise pour l'obtention du taux plein est acquise dans le régime de base.

279. Même s'ils peuvent n'être pris en compte pour la détermination des droits qu'au moment de l'examen par les caisses des droits à pension de l'assuré : ainsi des périodes validées pour service national ou assimilé et de celles issues de la majoration de durée d'assurance pour enfants.

- à des périodes d'activité professionnelle ayant donné lieu à cotisations ;
- à des périodes assimilées venant compenser l'interruption de l'activité professionnelle ;
- aux périodes d'affiliation à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) ;
- à la mise en jeu des différentes possibilités ouvertes par la réglementation pour acquérir des trimestres additionnels, en contrepartie d'un versement ou à titre gratuit.

Sous certaines exceptions, dans leur ensemble, les règles en vigueur répondent à une logique de contributivité atténuée, par rapport aux montants des cotisations versées, comme par rapport à la durée effective de cotisation.

1 – Les périodes cotisées

a) La constitution de la durée d'assurance découle en principe de l'assujettissement du revenu d'activité aux cotisations

Juridiquement, la constitution de la durée d'assurance en matière de retraites est pour l'essentiel la contrepartie de cotisations. Posé dès 1945, le principe selon lequel « *les périodes d'assurance ne peuvent être retenues pour la détermination du droit à pension ou rentes que si elles ont donné lieu au versement d'un minimum de cotisations*²⁸⁰ » est demeuré constant. Les droits sont donc fondés à titre principal sur l'exercice d'une activité professionnelle, donnant lieu au versement de cotisations. Ce principe juridique correspond effectivement à la réalité statistique. Ainsi, 92 % des trimestres pris en compte pour le calcul des pensions liquidées dans le régime général entre 2003 et 2007 étaient des périodes cotisées²⁸¹.

Dans les régimes général, agricole et des indépendants, le nombre de trimestres pris en compte pour le calcul de la durée d'assurance ne dépend ni de la durée de l'activité ayant donné lieu à cotisations, ni de la

280. Art. 69 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, codifié à l'art. L. 351-2 CSS.

281. Source : Cour des comptes, à partir de dénombrements opérés par la CNAVTS, étude n° 2009-008. Les trimestres utiles pour le calcul de la pension sont limités à quatre par année civile, étant entendu que par convention, sont d'abord prises en compte les périodes cotisées.

durée d'affiliation²⁸². La durée d'assurance n'est ainsi pas une durée calendaire travaillée, mais une fonction du montant des revenus annuels sous plafond soumis à cotisations, avec un maximum de quatre trimestres par année civile.

b) La règle des « 200 heures de SMIC »

La règle dite « des 200 heures de SMIC²⁸³ » établie au dernier alinéa de l'article R. 351-9 du CSS définit la base de référence qui permet la conversion du revenu d'activité en trimestres pris en compte pour la durée d'assurance. L'arrondi se fait à l'inférieur²⁸⁴. La fraction de rémunération ne permettant pas de valider un trimestre ou, au contraire correspondant à plus de quatre trimestres pour une année, ne donne lieu à constitution d'aucun droit²⁸⁵.

En vigueur à compter du 1^{er} janvier 1972, cette règle s'inscrit dans la continuité de dispositions prévues dès les origines des régimes de retraites. Ainsi, la validation des périodes cotisées en référence à une base monétaire a été introduite dès 1936, le niveau de l'allocation trimestrielle aux vieux travailleurs salariés (AVTS) s'y substituant en 1949. L'écêtement des trimestres à quatre par année civile a quant à lui été instauré à partir de 1942.

Le principal effet de cette règle dite « des 200 heures » est de permettre de valider pour la durée d'assurance des périodes supérieures à la durée calendaire effective d'activité. Cette règle est en effet généreuse et permet la validation d'une année complète, soit quatre trimestres, à

282. Dans nombre de régimes spéciaux et notamment dans celui de la fonction publique, la durée d'assurance est calculée sur la base de l'activité réelle et résulte de l'écart entre date d'entrée en fonctions et date de cessation de fonctions, exprimé en nombre de trimestres. Ce décompte est rendu possible car il s'agit de régimes d'employeurs, où se déroule le plus souvent toute la carrière.

283. L'article dispose qu'« il y a lieu de retenir autant de trimestres que le salaire annuel correspondant aux retenues subies par l'assuré sur sa rémunération représente de fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au premier janvier de l'année considérée, calculé sur la base de 200 heures, avec un maximum de quatre trimestres par année civile ».

284. Ainsi, une rémunération brute équivalente à 199 heures de SMIC ne permet pas de valider un trimestre pour la durée d'assurance.

285. A la différence, ici encore, des règles en vigueur pour le régime de la fonction publique où les reliquats annuels de jours de service fait non utiles à la validation d'un trimestre pour la durée d'assurance sont additionnés au moment de l'examen de la demande de liquidation de la pension et peuvent donner lieu à l'acquisition de trimestres additionnels.

partir d'un niveau de revenu d'activité limité. Ainsi, une année complète est validée au moyen :

- de 12 mois d'activité pour un salarié à mi-temps au SMIC ;
- de 6 mois d'activité pour un salarié à plein temps au SMIC ;
- de 3 mois d'activité pour un salarié à mi-temps rémunéré à hauteur de deux plafonds de la sécurité sociale (PSS²⁸⁶).

La substitution en 1972 d'une référence à 200 heures de SMIC à l'AVTS a eu pour effet d'augmenter le niveau de revenus permettant la validation d'un trimestre pour la durée d'assurance²⁸⁷. Mais la base retenue est demeurée favorable aux assurés.

c) Les règles propres au régime des exploitants agricoles et des indépendants

Bien qu'il existe en principe une certaine unité des règles de base régissant l'acquisition des droits à pension et le mode de calcul de la pension entre le régime général et les régimes dits alignés d'une part²⁸⁸, le régime des exploitants agricoles d'autre part, celle-ci est tempérée par l'existence de modalités spécifiques de constitution de droits à la retraite à partir du revenu d'activité.

Ces spécificités consistent d'abord en des différences de *périmètre de l'assiette* permettant de valider des trimestres pour le calcul de la durée d'assurance. Elles résident également dans les *modalités particulières d'affiliation des conjoints* des exploitants agricoles, artisans, ou commerçants.

Mais la différence la plus importante tient dans l'application d'*assiettes minimales de cotisations*. Instituées pour protéger ces catégories d'actifs des effets sur la constitution de droits à la retraite de variations de revenu annuel parfois importantes, leur application garantit la validation d'un certain nombre de trimestres, en contrepartie du versement de cotisations qui peuvent parfois s'avérer élevées en proportion du revenu.

286. En 2009, un PSS représente 2 859 € par mois.

287. Le changement de base de référence a conduit à augmenter le niveau de salaire permettant la validation d'un trimestre. Celui-ci est passé de 437,5 F en 1971 à 788 F en 1972.

288. Régime des salariés agricoles, régime des commerçants et artisans.

Assiette annuelle de cotisations minimale des non-salariés

Qualité de l'assuré	Chef d'exploitation agricole		Conjoints et aides familiaux (exploitants agricoles)		Artisans et commerçants
Cotisation concernée	AVI (retraite forfaitaire)	AVA (retraite proportionnelle)	AVI (retraite forfaitaire)	AVA (retraite proportionnelle)	-
Assiette minimale	800 SMIC	600 SMIC	800 SMIC	400 SMIC	200 SMIC

Source : Cour des comptes, à partir de la réglementation en vigueur

2 – Les aspects non contributifs de la durée d'assurance

a) Les périodes assimilées

Les périodes d'interruption de l'activité professionnelle, lorsqu'elles sont motivées par la réalisation de risques couverts par ailleurs par des assurances sociales²⁸⁹ ou en raison du caractère d'intérêt général du motif d'interruption²⁹⁰ donnent lieu à validation de périodes pour la durée d'assurance par le biais de périodes dites « assimilées » (PA). Cependant, aucun salaire n'étant porté au compte, l'effet des PA est limité à la seule détermination du taux de la pension et au calcul du coefficient de proratisation.

Les conditions de validation et de décompte des périodes assimilées sont très variables selon l'événement ayant justifié l'octroi. Seule une minorité de périodes assimilées permettent de constituer des droits en fonction de la durée réelle de l'événement motivant l'interruption²⁹¹. Les périodes assimilées les plus nombreuses sont acquises pour des durées le plus souvent inférieures à la durée effective de l'aléa que le dispositif est censé couvrir. Ainsi, les seuils prévus par la réglementation pour la validation d'un trimestre par assimilation diffèrent selon qu'il s'agit de chômage ou de pré-retraite (50 jours), de maladie ou de perception d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle (60 jours). Ils sont dans la plupart des cas inférieurs à 90 jours.

A l'instar des règles de validation des périodes cotisées, nombre de dispositifs de constitution de droits par assimilation sont favorables aux assurés. L'éventail des aléas couverts par les périodes assimilées est ainsi

289. Maladie, maternité, invalidité, accident du travail ou maladie professionnelle, chômage indemnisé, mais aussi chômage non-indemnisé et pré-retraites.

290. Service national ou temps de guerre, volontariat civil, volontariat associatif.

291. Maternité, invalidité, accidents du travail et rééducation consécutive, service national, volontariat civil et associatif.

plus important que celui pris en compte par les mécanismes d'octroi de points non cotisés dans les régimes complémentaires de salariés²⁹². De même, les règles d'acquisition de ces points non cotisés sont bien plus rigoureuses dans les régimes complémentaires²⁹³.

La réglementation relative aux PA pour le régime agricole et celui des indépendants diffère du régime général sous certains aspects. Elle est notamment moins favorable qu'au régime général pour la validation des périodes de maladie²⁹⁴.

b) La prise en compte des enfants pour la durée d'assurance

L'interruption de l'activité professionnelle du fait de l'éducation des enfants est prise en compte dans le calcul de la durée d'assurance au moyen de deux mécanismes, distincts des périodes assimilées²⁹⁵.

La *majoration de durée d'assurance* pour enfants octroie aux seules femmes jusqu'à huit trimestres de durée d'assurance par enfant, avec effet pour l'obtention du taux plein et le calcul du coefficient de proratisation. Mais ce dispositif intervient *ex post* : les trimestres acquis s'ajoutent donc à ceux constitués au fil de la carrière, au stade de l'examen des droits à pension, après reconstitution de carrière. Ils ne sont donc pas toujours « utiles » pour le calcul de la durée d'assurance si la durée cotisée ou assimilée est suffisante.

Les droits acquis du fait de l'affiliation à l'*assurance vieillesse des parents au foyer* (AVPF) sont plus singuliers encore. L'affiliation à

292. Ne donnent ainsi pas lieu à attribution de points non cotisés par ces régimes, les périodes de chômage non indemnisé, les périodes de volontariat civil et associatif, ainsi que la plupart des périodes d'interruption de l'activité professionnelle pour l'éducation des enfants, à l'exception de celles correspondant à un congé parental d'éducation et sous réserve de l'intervention d'une bonification de la pension servie à partir de trois enfants.

293. Dans les régimes complémentaires de salariés, l'acquisition de points non cotisés est conditionnée soit aux points acquis l'année précédant l'interruption de l'activité (maladie, maternité, invalidité, AT-MP), soit par le salaire journalier de référence pris en compte pour l'indemnisation du chômage (c'est-à-dire fonction des revenus d'activité passés). Les majorations de pension pour enfants élevés et la garantie minimale de points des cadres constituent les seuls cas d'octroi de points non cotisés sans référence aux cotisations passées ou au revenu d'activité antérieur.

294. Au RSI, 90 jours sont requis pour valider une PA « maladie » (hors hospitalisation), soit 30 de plus qu'au régime général. Pour les exploitants agricoles, la validation se fait en fonction de la durée réelle d'interruption et ne concerne que la seule retraite forfaitaire.

295. Cf. chapitre XII - La prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour les retraites, p. 331.

l'AVPF donne en effet lieu à report d'un salaire au compte, sur la base d'un SMIC à temps plein. De ce fait, l'affiliation à l'AVPF entraîne constitution de droits pour la durée d'assurance sur la base de ces salaires, selon les règles de droit commun de l'article R. 351-9 du CSS, avec un effet non seulement sur l'obtention du taux plein et le calcul du coefficient de proratisation, mais aussi, le cas échéant, sur le salaire annuel moyen (SAM).

c) La prise en charge de cotisations par des tiers

Plusieurs dispositifs, d'institution le plus souvent récente, prévoient la prise en charge par des tiers aux régimes de retraites, de cotisations vieillesse de personnes qui ne constitueraient sinon pas ou peu de droits à la retraite du point de vue de la durée d'assurance. Leur logique est de considérer que l'intérêt général commande de compenser certaines interruptions de carrière. Les périodes ainsi validées ont la même portée que les périodes cotisées, c'est-à-dire qu'elles influent sur l'obtention du taux plein, le calcul du coefficient de proratisation et comportent report d'un salaire au compte, lequel est fonction de l'assiette le plus souvent forfaitaire à partir de laquelle les cotisations sont prises en charge.

Ainsi, les bénéficiaires de *l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante* voient leurs cotisations à l'assurance volontaire prises en charge par le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Plus généralement, l'Etat a prévu l'affiliation obligatoire de certains publics à un régime de retraite et pris en charge tout ou partie des cotisations correspondantes, à partir d'assiettes forfaitaires. Sont notamment concernés les *apprentis*, les *stagiaires non rémunérés de la formation professionnelle* et depuis 2006 les personnes ayant souscrit auprès d'une association ou d'une fondation reconnue d'utilité publique un *contrat de volontariat associatif*²⁹⁶.

3 – Les dispositifs de complétion de carrière

Plusieurs dispositifs ont été institués pour permettre aux assurés, exclus à un certain moment de leur carrière du bénéfice de l'affiliation à un régime de retraite de base, de compléter leurs droits acquis pour la durée d'assurance, soit en reconstituant leur carrière, soit en la

296. Une proposition de loi déposée au Sénat le 18 avril 2007 prévoit l'institution d'un dispositif similaire pour les sportifs inscrits sur la liste des sportifs de haut-niveau satisfaisant à une condition de ressources et n'ayant pu valider une année complète du fait de leur activité professionnelle.

complétant. Leur point commun est d'offrir un rendement important sur le niveau de la pension servie par les régimes de base (puisque l'acquisition de trimestres « additionnels » peut se faire à un coût limité), mais aussi en raison de l'effet induit sur les conditions de liquidation de la pension complémentaire par l'obtention du taux plein dans les régimes de base. Nombreuses, ces facultés de « rachat » relèvent pourtant d'une logique éloignée de celle d'un régime par répartition.

a) Les périodes reconnues équivalentes

Les périodes reconnues équivalentes (PRE) sont validées à titre gratuit, mais ne sont prises en compte que pour la détermination du taux de liquidation de la pension. Ce dispositif correspond à des périodes antérieures au 1^{er} janvier 1976 ou au 1^{er} avril 1983, selon les cas, qui auraient pu faire l'objet d'un rachat²⁹⁷, non-effectué. Particulièrement favorables pour leurs bénéficiaires, leur institution répond à des préoccupations sociales : l'objectif était alors de favoriser le départ en retraite au taux plein dès 60 ans.

b) Les rachats

Sont ouvertes différentes options de rachats de périodes pour lesquelles aucune cotisation n'a été versée, en raison de l'absence d'affiliation à un régime de base. Ces possibilités permettent de cotiser a posteriori à un régime, reconstituant *ex post* la carrière.

Le rachat de cotisations au titre de l'*assurance volontaire* cible particulièrement les périodes de travail à l'étranger, d'activité dans une organisation internationale ou encore d'interruption de l'activité professionnelle pour assurer les fonctions de tierce personne auprès d'un membre de la famille.

Enfin, de nombreux dispositifs de complétion de carrière sont spécifiques aux régimes des *exploitants agricoles* et des *indépendants* (rachat des périodes d'activité des conjoints antérieurement à leur affiliation au régime, rachat des périodes d'aide familial agricole, rachat des années incomplètes des artisans et commerçants...). Elles prévoient systématiquement des conditions tarifaires particulières.

297. Soit celles qui auraient pu donner lieu à un rachat dans le cadre de l'assurance volontaire (activité à l'étranger, activité dans une organisation internationale, activité de tierce personne auprès d'un membre de la famille), soit celles qui auraient pu donner lieu à un rachat des périodes d'aide familial dans le régime agricole ou dans celui des indépendants.

c) Les régularisations de cotisations arriérées

Lorsqu'un assuré était affilié à un régime de base, mais que les cotisations vieillesse n'ont pas été versées, possibilité lui est donnée de régulariser la carrière passée. Cela permet d'acquérir des droits pour la détermination du taux de la pension et le calcul du coefficient de proratisation, les salaires correspondants étant par ailleurs portés au compte individuel de carrière. La régularisation peut être faite *à titre gratuit* pour l'assuré s'il est en mesure de prouver qu'il a subi le précompte de cotisations sur sa rémunération de l'époque. Elle est en principe alors à la seule charge de l'ancien employeur. Mais les règles de prescription ou la fréquente disparition d'employeurs anciens ont pour effet que le versement est généralement *à la charge de l'assuré*.

La régularisation se fait dans des conditions distinctes, selon que la rémunération de l'époque est attestée ou non. Dans le cas où elle est connue, il y est appliqué le taux de cotisations en vigueur à la date de paiement du salaire, le produit étant ensuite revalorisé selon les règles d'indexation des salaires portés au compte, mais sans tenir compte de l'âge de l'assuré au moment de la régularisation.

Dans le cas où la rémunération d'alors ne peut être prouvée, était retenue depuis 1975 une assiette forfaitaire, établie à 75 % du PSS, les droits pour la durée d'assurance étant ensuite calculés par application de la règle des « 200 heures ». Mais depuis l'intervention d'un décret du 25 août 2008, si les périodes régularisées sur la base de rémunérations établies à partir de bulletins de salaire se font toujours dans les conditions de droit commun, celles régularisées par application d'assiettes forfaitaires sont validées en fonction de la durée calendaire réelle d'activité ayant donné lieu à la régularisation. De plus, le nombre total de trimestres susceptibles d'être régularisés est désormais plafonné à quatre.

Des règles particulières existent pour la régularisation de certaines périodes d'activité, notamment les périodes d'apprentissage non rémunérées, c'est-à-dire celles effectuées avant 1972, date de l'institution d'une obligation de rémunération des apprentis. Les conditions tarifaires de cette régularisation, instituée par simple lettre ministérielle du 23 septembre 1999, sont particulièrement favorables.

d) Les versements pour la retraite

Institués par l'article 29 de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, les versements pour la retraite (VPLR) avaient pour objet d'ouvrir de nouvelles possibilités de constitution de droits pour la durée d'assurance, dans un contexte d'allongement de la durée requise pour

l'obtention du taux plein. Leur régime, assez complexe, est exposé dans l'encadré ci-dessous. La principale singularité de ce dispositif réside dans la tarification des versements, réputée « actuariellement neutre », c'est-à-dire supposée couvrir le coût pour le régime, tout au long du service de la pension, des droits supplémentaires acquis au moyen de VPLR.

Les caractéristiques des versements pour la retraite

Les VPLR visent à permettre la validation de droits pour la durée d'assurance dans la limite de douze trimestres dans deux cas de figure : les périodes d'études supérieures et les années civiles ayant donné lieu à affiliation à un régime obligatoire de retraite, mais n'ayant pas permis de valider quatre trimestres (années incomplètes).

Deux options de versement sont ouvertes aux assurés :

- une option « taux seul » ne permettant de constituer de droits que pour la durée d'assurance tous régimes permettant l'obtention du taux plein ;
- une option « taux et durée » impactant à la fois la durée d'assurance tous régimes pour l'obtention du taux plein et la durée d'assurance au régime pour le calcul du coefficient de proratisation.

Les nombreux aménagements apportés à la réglementation ont laissé inchangées certaines caractéristiques de ce dispositif :

- l'unité de tarif appliqué au versement, quel qu'en soit l'objet ;
- la différenciation du tarif en fonction de l'option retenue, de l'âge de l'assuré au moment de la demande et des revenus assujettis à cotisations sociales lors des trois années précédant la demande ;
- l'existence de limites d'âge minimal et maximal pour la demande de versement pour la retraite ;
- la déductibilité fiscale des sommes acquittées pour le VPLR du revenu imposable des personnes concernées.

*

* *

Dans l'ensemble, les modalités de constitution de la durée d'assurance sont diverses, correspondant à la stratification de nombreux dispositifs dont l'objet est de favoriser l'acquisition de droits pour le plus grand nombre d'assurés.

La durée d'assurance, avant d'évoluer selon une philosophie de contributivité renforcée, au travers de l'extension de la durée requise pour l'obtention du taux plein en 1993 puis en 2003, a ainsi d'abord été le vecteur privilégié de l'extension au plus grand nombre d'individus de la couverture sociale en matière de retraites. Elle est d'ailleurs toujours, dans les régimes de base, le principal moyen de faire jouer des

mécanismes de solidarité, au profit d'assurés devant faire face à des aléas de vie ou de carrière.

B – Une grande complexité

1 – Une lisibilité limitée pour les assurés

Parce qu'ils ont été utilisés ou mis au point pour permettre aux assurés de valider des périodes prises en compte pour le calcul de la durée d'assurance dans un grand nombre de situations, les dispositifs permettant l'acquisition de trimestres pour la durée d'assurance se sont multipliés, formant un ensemble complexe. Ainsi, par exemple, les tarifs applicables aux dispositifs de reconstitution ou de complétion de carrière des assurés sont extrêmement variables, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

La dispersion du coût d'un trimestre selon la modalité d'acquisition

En €

Dispositif	Coût d'un trimestre pour l'assuré
Période reconnue équivalente	0 (1)
Régularisation d'une période d'apprentissage antérieure à 1972 non-rémunérée	159
Rachat « aide familial agricole » pour une durée d'affiliation au régime égale ou inférieure à 17,5 années	297
Régularisation de cotisations arriérées à partir d'une assiette forfaitaire	343
Rachat au titre de l'assurance volontaire pour une dernière rémunération d'activité à l'étranger inférieure à 50 % du PSS	454
Rachat au titre de l'assurance volontaire pour une dernière rémunération d'activité à l'étranger supérieure au PSS	908
<i>Pour mémoire : niveau de salaire brut validant un trimestre (période d'activité)</i>	<i>1 742</i>
Rachat « aide familial agricole » pour une durée d'affiliation au régime égale ou supérieure à 38 ans	3 963
VPLR option taux et durée pour une moyenne de revenus les trois années précédant la demande inférieure ou égale à 75 % PSS (*)	4 219
VPLR option taux et durée pour une moyenne de revenus les trois années précédant la demande supérieure ou égale au PSS (*)	5 626

Source : COR - Note de lecture : (*) : Coût d'un trimestre pour un assuré de 56 ans, en 2008.

(1) : mais effet sur la seule durée d'assurance tous régimes pour l'obtention d'une liquidation à taux plein.

Pour autant, aucun barème n'est par principe meilleur qu'un autre, l'hétérogénéité des tarifs résultant en fait des finalités variables qui leur ont été assignées, oscillant entre objectifs de prise en charge sociale de certaines catégories d'assurés et préoccupations de neutralité financière pour les régimes.

Toutefois, certains éléments de complexité apparaissent moins justifiés. Il en va ainsi de la spécificité des règles applicables aux régimes des exploitants agricoles ou des indépendants, telles que l'existence de barèmes spécifiques pour la régularisation de certaines cotisations arriérées ou l'application de modes particuliers de décomptes, pour la validation par assimilation de périodes de maladie.

La loi du 21 août 2003 est loin d'avoir permis d'améliorer l'intelligibilité du dispositif d'ensemble. Elle a d'abord introduit une notion de durée cotisée comme condition du bénéfice de certains nouveaux dispositifs qu'elle a institués²⁹⁸. Cette adjonction n'obérait pas à elle seule la lisibilité du système. Même si elle induisait déjà une certaine hétérogénéité de l'utilité des périodes validées pour la retraite en fonction de leur origine, elle correspondait cependant à la philosophie de renforcement de la contributivité dans les régimes de retraite de base souhaitée par le législateur.

Mais la définition de périmètres de durée cotisée distincts selon les dispositifs a complexifié à outrance la réglementation, multipliant les distinctions peu évidentes, par exemple entre périodes assimilées et périodes assimilées « réputées cotisées » pour le bénéfice de la retraite anticipée.

Les plus récents ajustements manquent d'ailleurs de cohérence. Ainsi, si l'article 83 de la LFSS pour 2009 a entendu exclure les trimestres acquis au moyen de VPLR « taux et durée » de ceux pris en compte pour l'ouverture du droit à retraite anticipée, ceux-ci demeurent « cotisés » pour la détermination de l'éligibilité à la majoration du MICO. Le tableau ci-dessous récapitule la portée relative des périodes validées en fonction de l'acceptation retenue de la notion de durée d'assurance et du mode de validation de la période.

298 . Soit la possibilité de départ en retraite anticipée pour carrières longues, l'institution d'un mécanisme de surcote et la création de la majoration du MICO.

L'utilité relative des périodes validées pour la durée d'assurance

Type de période validée	Durée pour le taux de liquidation	Durée pour le coefficient de proratisation	Durée cotisée (départ anticipé)	Durée cotisée (majoration du MICO)	Durée cotisée (application de la surcote)
Période cotisée au régime	oui	oui	oui	oui	oui
Période cotisée dans un autre régime	oui	non	oui	oui	oui
Périodes assimilées	oui	oui	non	non	non
Périodes assimilées « réputées cotisées »	Sans objet	Sans objet	oui (1)	non	non
AVPF	oui	oui	non	non	non
Majorations de durée d'assurance	oui	oui	non	non	non
Périodes reconnues équivalentes	oui	non	non	non	non
Régularisations d'arriérés de cotisations	oui	oui	oui	oui	oui
Versements pour la retraite – option taux seul	oui	non	non	non	non
Versements pour la retraite option taux et durée d'assurance : • demandés avant le 01/01/2006	oui	oui	oui	oui	non
• demandés entre le 01/01/2006 et le 12/10/2008	oui	oui	oui (2)	oui	non
• demandés entre le 13/10/08 et le 24/12/2008	oui	oui	non	oui	non
• demandés après le 25/12/08.	oui	oui	non	oui	oui (3)

Source : Cour des comptes, à partir de la réglementation en vigueur.

- (1) : Dans la limite de 4 trimestres service national et 4 trimestres maladie, maternité et accident du travail.
- (2) : Pour les versements correspondant aux seules périodes antérieures à la fin de l'année dans laquelle intervient le 17ème anniversaire.
- (3) : Pour les personnes procédant au VPLR après leur 60^{ème} anniversaire.

Alors que la réforme de 2003 avait notamment pour ambition de permettre à l'assuré de choisir les conditions de son départ en retraite, ce choix se trouve singulièrement compliqué par les nouvelles modalités d'acquisition de la durée d'assurance. D'une rare complexité, le tableau d'ensemble rend délicat pour les assurés tout arbitrage en termes de durée d'assurance, malgré les avancées permises par la mise en œuvre du droit à l'information retraite.

2 – Un dispositif d'ensemble de moins en moins maîtrisé

a) L'évolution fréquente des conditions d'acquisition des droits à la retraite

Parallèlement à la révision de dispositifs anciens, notamment la procédure de régularisation de cotisations arriérées intervenue en 2008, des modalités nouvelles d'acquisition de trimestres pour la durée d'assurance ont été instituées (statut des conjoints collaborateurs pour le régime des indépendants et des exploitants agricoles, volontariat associatif) dans le même temps qu'étaient mises en œuvre les dispositions de la loi du 21 août 2003 relative à la durée d'assurance (allongement de la durée d'assurance pour l'obtention du taux plein, départ en retraite anticipée, surcote, majoration du MICO, ouverture d'une possibilité spécifique de rachat des périodes d'aide familial agricole).

Il en a résulté un cumul impressionnant de dispositions nouvelles, dont la durée de vie a parfois été très limitée, en raison des imperfections de la réglementation initiale. Ainsi du rachat des périodes d'aide familial agricole, dont le barème a été annulé par les juridictions administratives dès l'année de sa publication, mais a été maintenu en vigueur par le biais d'un simple décret de codification, avant d'être réformé en substance par la LFSS pour 2009.

L'exemple le plus emblématique des difficultés de l'administration à faire face au rythme élevé de modifications des conditions de constitution de droits pour la durée d'assurance concerne la mise en œuvre du versement pour la retraite, qui a justifié l'intervention de nombreux textes réglementaires et de plusieurs dispositions législatives, modifiant la condition d'âge pour procéder à un VPLR, organisant puis revenant sur la prise en compte des trimestres acquis par ce biais pour l'éligibilité au bénéfice du départ en retraite anticipée, prévoyant l'intervention de barèmes spécifiques dans certains cas, sans que les barèmes soient jamais publiés²⁹⁹... Pour autant, il n'a pas été remédié aux imperfections les plus sensibles du dispositif initial, notamment le fait que le barème n'ait pas été différencié en fonction de l'objet du versement, ou encore que les versements pour la retraite bénéficient d'un traitement fiscal favorable.

La prolifération de textes relatifs à l'acquisition de trimestres pour la durée d'assurance a pu ainsi donner l'impression que les instruments

299. L'article 114 de la LFSS pour 2007 prévoyait ainsi l'institution d'un barème spécifique lorsque les VPLR étaient utilisés pour ouvrir le droit au bénéfice d'une retraite anticipée pour carrière longue. Mais le décret d'application n'a jamais été pris.

nouveaux n'étaient pas toujours entièrement maîtrisés par l'administration chargée de leur traduction réglementaire, ou du moins que la complexité du système frappait autant l'administration que les assurés, se traduisant par des difficultés à piloter la mise en œuvre des réformes. Plus visibles, celles éprouvées pour anticiper les conditions de recours à la procédure de départ en retraite anticipée confirment d'ailleurs ce constat.

b) La multiplication récente de dispositifs fortement dérogatoires

Des évolutions récentes ont introduit de nouvelles modalités de constitution de droits pour la durée d'assurance, se caractérisant par leur forte spécificité par rapport aux dispositifs préexistants.

Le développement de références à la durée calendaire d'activité ou d'affiliation pour la constitution de la durée d'assurance

La réforme précitée de la procédure de régularisation de cotisations arriérées, en l'absence de preuve du salaire reçu pour la période régularisée, constitue l'une de ces évolutions. En introduisant une référence à la *durée réelle* de l'activité régularisée, elle rompt avec la prise en compte du revenu pour l'acquisition de périodes de durée d'assurance, évolution notable, puisqu'en principe, la régularisation de cotisations arriérées est le prolongement *ex post* de la constitution de droits au moyen de périodes cotisées.

Une seconde référence à la durée effective d'activité peut être trouvée dans les modalités d'acquisition de trimestres d'assurance propres au contrat de volontariat associatif institué en 2006.

Une dernière évolution, particulièrement dérogatoire, mais applicable au seul régime des indépendants a été prévue par l'article 86 de la LFSS pour 2009. Fondée sur l'existence de difficultés réputées spécifiques aux artisans et commerçants pour la validation d'années complètes au titre de la durée d'assurance, un nouveau mécanisme de complétion des années incomplètes a été institué au profit des assurés de ce seul régime. Cette mesure prévoit que dès lors qu'un assuré aura validé du fait de ses revenus assujettis à cotisations moins de quatre trimestres pour une année donnée, à sa demande, pourra être validé un trimestre par période de 90 jours d'affiliation au régime dans l'année, sous condition de versement effectif des cotisations correspondant au moins à l'assiette minimale³⁰⁰.

300. On peut relever en outre que la faculté de procéder à des rachats de périodes manquantes pour valider une année complète n'a pas été abrogée en parallèle.

Combinant durée calendaire d'affiliation et référence à un volume minimal de cotisations versées exprimé en heures de SMIC, cette mesure « d'amélioration de la retraite » des indépendants apparaît très novatrice dans le paysage des conditions d'acquisition des droits pour la durée d'assurance. Son coût est important, de l'ordre de 240 M€ par an pour le régime³⁰¹. La validation d'années incomplètes pouvant concerner d'autres catégories d'assurés, l'extension de ce dispositif à d'autres régimes appellerait les plus sérieuses réserves.

Le risque de l'utilisation de l'octroi de trimestres non contributifs pour la durée d'assurance en substitut à une rémunération

Récente, l'idée d'utiliser des éléments non contributifs pour la durée d'assurance, en substitut à une rémunération, est d'ores et déjà mise en œuvre. La loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative au volontariat associatif et à l'engagement éducatif prévoit ainsi, outre l'affiliation obligatoire au régime général des volontaires associatifs parties au contrat, que la durée effective du contrat de volontariat civil est prise en compte pour la durée d'assurance. Pour les contrats d'une durée minimale et continue de trois mois, l'Etat prend de plus à sa charge les cotisations additionnelles à celles versées par l'organisme employeur, d'un montant minimal modeste³⁰², pour valider le nombre de trimestres correspondant à la durée du volontariat.

L'institution d'un cadre préférentiel d'organisation de la protection sociale d'une nouvelle catégorie d'actifs, en raison de la nature de leur activité, est une mesure exceptionnelle, dont l'extension ne paraît pas souhaitable. En l'espèce, l'octroi d'avantages non contributifs financés par l'Etat est bien délimité par l'existence d'une condition de durée du contrat, comme par la limitation du type d'organismes susceptibles de conclure de tels contrats en raison de leur nature juridique et du bénéfice préalable d'un agrément.

Mais la loi instaurant les contrats associatifs a également prévu une dérogation expresse au bénéfice du groupement d'intérêt public « comité d'organisation de la coupe du monde de rugby ». Un nombre significatif de volontaires, au moins 6 000, a donc bénéficié de gratifications pour le calcul de la durée d'assurance pour la retraite, au motif de leur participa-

301. Source : Cour des comptes, à partir de données RSI (Zoom, n° 18, avril 2008 et Tableau de bord financier, n° 26, décembre 2008).

302. Le décret n° 2006-1749 du 23 décembre 2006 prévoit que le seuil minimal de cotisations à la charge de l'organisme agréé est de 3,16 % du PSS, ce qui laisse potentiellement à l'Etat, sans doute dans la plupart des cas, la plus grande partie des cotisations sociales à prendre en charge.

tion à l'organisation de la coupe du monde de rugby³⁰³. L'examen du débat parlementaire permet de relever que des événements sportifs d'ampleur comparable, sinon supérieure, avaient pourtant pu être organisés par le seul recours au bénévolat³⁰⁴.

Surtout, cet épisode témoigne de la possibilité que des droits non-contributifs pour la durée d'assurance en matière de retraite soient utilisés en substitut à une rémunération. La mesure n'est en effet pas complètement isolée³⁰⁵. Elle pourrait de surcroît être à nouveau envisagée, dans la mesure où il est régulièrement question de l'organisation de jeux olympiques d'été en France. La Cour ne peut donc que s'inquiéter de l'utilisation de la constitution de droits à la retraite en substitut à des formes de rémunération plus adaptées car cela revient à subventionner des associations par des moyens inappropriés.

II - Les conséquences redistributives pour les assurés

A – Des règles organisant une redistribution interne

En 1993, l'absence de modification de la base de 200 heures de SMIC a répondu au souci de favoriser la constitution des droits à la retraite des actifs connaissant des épisodes de chômage, de temps partiel, d'intérim, de travail saisonnier et ne percevant qu'un revenu limité pour leurs périodes d'activité. A ce titre, la validation d'un trimestre pour un revenu égal à 200 heures de SMIC constitue ainsi en lui-même un mécanisme discret, mais essentiel, de solidarité au profit de ces assurés. S'y ajoute l'effet des PA et des avantages familiaux, mécanismes plus explicitement redistributifs.

Les études disponibles et celles réalisées à la demande de la Cour par la DREES et la CNAVTS établissent que ces règles permettent efficacement d'atténuer l'impact sur les droits à la retraite de la

303. Le coût de cette « dérogation », de l'ordre de 7,5 M€ au minimum selon l'estimation de la Cour est limité, mais sans rapport avec l'entorse aux principes.

304. Si le défraiement des frais de déplacement, de gîte et de couvert avait pu être prévu, nulle gratification au moyen de droits pour le calcul de la durée d'assurance n'avait alors été nécessaire.

305. Dans le processus d'adoption de la loi dite « HPST », le dédommagement de médecins se portant volontaires pour la permanence des soins au moyen de l'octroi de trimestres pris en compte pour le calcul de la durée d'assurance avait en effet été envisagé.

survenance d'aléas de vie ou de carrière, dont le risque d'une faible rémunération d'activité³⁰⁶.

La capacité des PA et de l'AVPF à venir compléter les droits acquis au moyen des seules périodes cotisées est élevée. Quel que soit l'âge, en effet, les périodes validées au titre de PA ou de l'AVPF permettent le plus souvent de valider une année complète. Ainsi, dès lors que des validations interviennent au moyen de PA ou de l'AVPF, seuls 20 % des assurés âgés de moins de 30 ans ne valident pas une année complète, proportion tombant à 10 % après 30 ans.

Par ailleurs, l'incidence des PA est plus particulièrement élevée à certaines étapes de la carrière. Elle croît fortement avec l'âge, le nombre de trimestres assimilés « utiles » au calcul de la durée d'assurance augmentant à partir de 50 ans et plus nettement encore à partir de 54 ans. Mais elle est aussi manifeste en début de carrière, les PA chômage représentant par exemple 10 % en moyenne des périodes validées par les assurés de la génération 1970 après cinq ans de carrière.

Les simulations faites par l'INSEE pour le compte du COR³⁰⁷ ou les études disponibles en termes de taux de rendement interne³⁰⁸ complètent cette analyse. Elles confirment que l'existence d'avantages non contributifs pour la durée d'assurance conduit à réduire la disparité des droits constitués, par rapport à la situation qui résulterait d'une validation en fonction de la durée réelle d'activité. Est ainsi opérée une redistribution en faveur des femmes et des premiers déciles de revenus.

Cependant, les mécanismes de solidarité intégrés aux conditions d'acquisition des droits pour la durée d'assurance ne comportent, pour la plupart d'entre eux, pas de report de salaire au compte et sont donc sans effets sur le salaire pris en considération pour le calcul du SAM. Avec l'allongement de 10 à 25 ans décidé en 1993 de la période sur laquelle le SAM est calculé, la fréquence de prise en compte d'années pour lesquelles les revenus d'activité ne permettent pas la validation d'une

306. Note DREES n° 09-14 du 11/03/2009 et *Etudes et résultats* n° 692, mai 2009.

307. Source : Redistribution intragénérationnelle dans le système de retraite français : estimation à partir du modèle de microsimulation Destinie-2, INSEE, 28 avril 2009. Cette étude inclut aussi les bonifications de pension pour enfant élevé.

308. Briard K., Taux de rendement interne de l'opération retraite et redistribution intra-générationnelle, *Retraites et société*, n°2007/1, p. 51 et suivantes.

année complète s'est accrue, ce qui réduit la portée de la compensation d'interruptions d'activité par le biais de la durée d'assurance³⁰⁹.

Sans même prendre en compte cet effet, la compensation des aléas de carrière par la règle des 200 heures de SMIC et par le jeu des périodes assimilées et des avantages familiaux ne compense qu'en partie l'effet de ces aléas sur les droits acquis pour la retraite. Tout aléa de vie ou de carrière aboutit en effet in fine à faire diminuer le taux de remplacement par rapport à un déroulé de carrière sans survenance de cet aléa³¹⁰.

La générosité des conditions d'acquisition des droits à la retraite doit donc être confrontée aux évolutions intervenues sur le marché du travail lors des dernières décennies, qui ont eu pour effet de dégrader les conditions de fait de constitution de la durée d'assurance.

B – Des situations parfois défavorables

1 – Les générations les plus récentes

Plusieurs facteurs expliquent que les conditions d'acquisition des droits pour la durée d'assurance sont devenues moins favorables aux assurés au fil des générations.

La décennie 70 et le début des années 80 ont été des périodes d'amélioration considérable des retraites, dont la faiblesse avait été dénoncée dans les années 60. Ces réformes sont montées en charge progressivement et leur plein effet s'est produit dans les années 90. Dans ce cadre, la réforme de 1993 avait pour objet de freiner la croissance en monnaie constante de la valeur de la pension moyenne, alors que la situation des retraités n'était plus celle précédemment décrite.

Mais depuis lors, les conditions de fait d'acquisition des droits à la retraite se sont modifiées en raison de la diversification des parcours de carrière professionnelle et des évolutions intervenues sur le marché du travail.

L'allongement de la durée des études, de quatre années entre la génération 1942 et la génération 1970, l'accroissement de l'âge moyen au

309. Une étude de la CNAVTS indique ainsi que pour 15 à 30 % des hommes des générations 1936 à 1948 et 36 à 49 % des femmes des mêmes générations, des salaires ne permettant pas de valider une année complète pour la durée d'assurance ont été pris en compte dans le calcul du SAM. (Source : Etude CNAVTS n° 2008-078).

310. Source : Colin C. et Mette C., L'impact des différents aléas de carrière sur les retraites, *Retraite et société*, n° 2003/3, p. 21 et suivantes.

premier emploi, d'un an et demi entre les hommes de la génération 1954 et ceux de la génération 1980 ont ainsi reporté l'âge auquel les premiers droits à la retraite sont constitués, tandis que l'augmentation de la durée de l'insertion professionnelle³¹¹ a retardé l'âge où sont validées les premières années complètes. L'augmentation de la fréquence et l'allongement des périodes de chômage ont également entraîné des parcours de carrière plus heurtés, moins favorables à l'acquisition de droits pour la durée d'assurance. Conjugué au développement de formes particulières d'emploi, dont en particulier le temps partiel (qui ne concernait que 5,8 % de l'emploi salarié en 1971, contre 18 % en 2006), le développement du chômage a fait émerger de nouveaux profils de carrière, dits précaires, particulièrement pénalisés pour l'acquisition de droits à la retraite et représentant de 8 à 10 % des actifs.

Ces différences de situation entre générations se traduisent dans l'évolution des durées d'assurance validées par les actifs au fil des générations. En effet, l'exploitation de l'échantillon inter-régimes de cotisants (EIC) par la DREES établit qu'à partir de la génération 1950, les durées d'assurance validées par les actifs diminuent au fil des générations, quel que soit l'âge retenu pour la comparaison. A titre d'exemple, à 30 ans, âge pour lequel les données recueillies par l'EIC sont les plus complètes, la durée moyenne validée est ainsi passée de 41,6 trimestres pour la génération 1950 à 30,8 trimestres pour la génération 1974. En raison de la limitation du nombre de trimestres validables à quatre par année, cet écart ne pourra se résorber qu'en fin de carrière, si l'on parvient à retarder l'âge moyen de cessation d'activité.

2 – Les polycotisants

Le fait d'être polycotisant³¹² au cours d'une même année civile peut entraîner une situation défavorable, en raison de la dispersion de la base de revenus permettant la validation de périodes pour la durée d'assurance entre plusieurs régimes. Ainsi, par exemple, un actif cotisant au cours d'une même année sur la base de 180 heures de SMIC au régime

311. Définie comme la durée requise pour l'occupation d'un emploi stable, celle-ci a considérablement augmenté, la proportion d'actifs occupés un an après leur sortie du système éducatif étant passée de 80 % en 1980 à 47 % en 1988, se maintenant depuis lors à des niveaux comparables.

312. C'est-à-dire de cotiser à plus d'un régime, soit en raison de la succession d'activités professionnelles, soit du fait du cumul de deux activités conduisant à l'affiliation à des régimes distincts, en l'absence de règles de coordination inter-régimes pour la détermination du revenu à prendre en compte pour la validation de périodes cotisées.

général et sur celle de 180 heures au régime des indépendants ne validerait aucun trimestre pour le calcul de la durée d'assurance pour l'année considérée.

A la demande de la Cour, la DREES a évalué à partir de l'EIC 2005 le nombre d'assurés concernés par cette situation et l'ampleur des effets négatifs du point de vue de l'acquisition de trimestres pour la durée d'assurance de l'absence de règles de coordination entre régimes³¹³.

Il en ressort que la proportion d'assurés concernés par une situation de polycotisation, pour une même année civile, est limitée. Entre 1972 et 2001, seuls 1,7 % des assurés en moyenne se sont trouvés dans cette situation. Parmi eux, entre 11,5 et 15,7 % des assurés avaient un revenu qui aurait pu permettre de valider un nombre supérieur de trimestres pour la durée d'assurance, dans l'hypothèse de l'existence d'une règle de coordination entre régimes pour la prise en compte du revenu d'activité pour valider des périodes cotisées. L'effet négatif est de plus en lui-même assez limité. En effet, seuls 2 % d'entre eux ont perdu plus d'un trimestre en raison de l'absence de règles de coordination entre régimes. Ainsi, s'il est avéré que les règles de validation des périodes cotisées sont susceptibles de pénaliser les polycotisants pour une même année civile, la proportion d'assurés concernés demeure dans l'ensemble limitée, pour des durées d'assurance « perdues » assez modestes³¹⁴.

3 – Certains cotisants sur assiettes forfaitaires

Des arrêtés ministériels prévoient pour certaines catégories d'activité professionnelle le versement de cotisations sur la base d'assiettes forfaitaires. Cette situation peut s'avérer pénalisante, du point de vue de la constitution de la durée d'assurance, dès lors que le niveau de l'assiette forfaitaire est inférieur pour l'année à 800 SMIC horaires, puisqu'il n'est alors pas possible de valider une année complète au moyen des seules périodes cotisées. Lorsque l'activité donnant lieu à versement de cotisations sur une base forfaitaire est exercée à temps partiel, ou discontinue dans l'année, l'effet défavorable de la cotisation sur la base d'une assiette forfaitaire se cumule avec le caractère partiel de l'activité.

313. Note DREES-BRETR n° 09-14 du 11 mars 2009 et DREES-BPVHD n° 40/08 du 22 janvier 2007.

314. Dans certaines situations toutefois, les populations concernées peuvent être significatives. Ainsi, la CCMSA souligne l'exposition des travailleurs saisonniers de l'agriculture à ces effets négatifs.

Deux catégories d'actifs apparaissent plus particulièrement défavorisées en raison du versement de cotisations correspondant à leur activité sur une base forfaitaire.

a) La situation des apprentis

La validation de droits pour la durée d'assurance des apprentis s'opère dans les conditions prévues par l'article R. 351-9 du CSS, sur une base forfaitaire, correspondant à la rémunération minimale prévue par la législation minorée de 11 %, rémunération elle même fonction de l'âge et de la durée du contrat d'apprentissage et variant de 25 à 78 % du SMIC.

La base permettant la validation de droits pour la durée d'assurance des périodes d'apprentissage est donc étroite. Dans plusieurs cas, elle ne permet dès lors pas la validation d'une année complète à partir des seules périodes cotisées. Ainsi les apprentis de moins de 17 ans lors des deux premières années de leur contrat d'apprentissage, ne valident respectivement que deux puis trois trimestres. Ceux âgés de 18 à 20 ans, pendant les deux premières années de leur contrat d'apprentissage, ne valident que trois trimestres à partir de leur rémunération d'activité.

L'augmentation importante et rapide du nombre d'apprentis, dont la progression moyenne annuelle est de l'ordre de 12 % depuis 1996³¹⁵ donne à cette question une acuité accrue. Il faut cependant relever que les apprentis des lycées professionnels, non rémunérés, ne bénéficient quant à eux d'aucun droit pour le calcul de la durée d'assurance.

b) Le cas de certains demandeurs d'emploi stagiaires de la formation professionnelle

Lorsqu'un demandeur d'emploi indemnisé au titre de l'allocation de retour à l'emploi (ARE) effectue un stage de la formation professionnelle, les périodes de perception de l'ARE-formation sont prises en compte pour l'obtention de périodes assimilées au titre du chômage. Mais dès lors qu'un demandeur d'emploi est indemnisé au titre de l'allocation spécifique de solidarité (ASS) ou n'est plus indemnisé, l'acquisition de trimestres pour la durée d'assurance se fait à partir des seules cotisations versées par l'Etat ou la région sur une base forfaitaire.

Or, combiné avec la durée limitée des stages de la formation professionnelle, le faible niveau de l'assiette horaire forfaitaire de cotisation des stagiaires de la formation professionnelle (1,46 € en 2009)

315. Source : ministère de l'éducation nationale. En 2006, 408 000 personnes étaient en situation d'apprentissage, soit une progression de 30 % depuis 1996.

a pour effet de fortement pénaliser la constitution de droits à la retraite pour la durée d'assurance. Ainsi un demandeur d'emploi stagiaire de la formation professionnelle, indemnisé au titre de l'ASS ou en fin de droits, ne valide un trimestre qu'à partir d'un stage de plus de huit mois. Un stage de quatre mois, soit la durée moyenne des stages de la formation professionnelle, ne permet de valider aucun trimestre pour la durée d'assurance. Même un stage d'une durée hypothétique de 12 mois ne permettrait de valider qu'un seul trimestre.

Au total, pour la constitution de la durée d'assurance, par le jeu des PA chômage, les demandeurs d'emplois bénéficiaires de l'ASS connaissent une situation plus avantageuse que ceux engageant un effort de formation professionnelle en vue de favoriser leur retour à l'emploi. Peu cohérente, la situation de ces demandeurs d'emplois pour la constitution de la durée d'assurance semble mériter d'être réexaminée.

C – Des avantages particuliers au profit des cadres

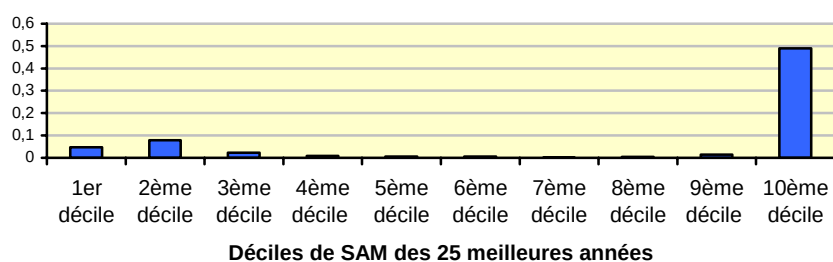
1 – Des mécanismes de complétion de carrière plus accessibles aux tranches supérieures de revenu

Dans l'ensemble, les dispositifs de complétion de carrière à titre onéreux sont plus susceptibles d'être utilisés par les assurés disposant de revenus significatifs, en raison de leur coût. C'est en particulier le cas des VPLR, dont l'application du barème entraîne un coût élevé pour les assurés. Ainsi, le montant moyen d'un VPLR au régime général entre 2004 et 2007 s'élevait à 25 116 €. Même compte tenu des possibilités de paiement échelonné existantes, limitées à 60 mensualités, un VPLR moyen représente une mensualité de près de 400 € sur cinq ans, soit près de 40 % d'une rémunération mensuelle au SMIC à temps plein. De plus, la déductibilité fiscale des versements ne présente un intérêt que pour les assurés assujettis à l'impôt sur le revenu. En l'absence de plafonnement, de cette déductibilité, l'intérêt de cette niche fiscale est d'autant plus important que les revenus sont élevés.

De fait, la conjonction de rendements croissants avec le revenu des dispositifs de complétion de carrière et de l'existence de barrières à l'entrée en raison de leur coût, se traduit dans les caractéristiques des assurés qui y ont recouru dans la période 2003-2007. Ainsi, l'exploitation par la Cour des dénombrements réalisés par la CNAVTS à sa demande sur la répartition des trimestres validés par les assurés ayant liquidé leur retraite depuis 2003 indique clairement la concentration de l'utilisation des dispositifs de complétion de carrière par les plus hauts salaires, comme l'indiquent les graphes ci-dessous répartissant par déciles de

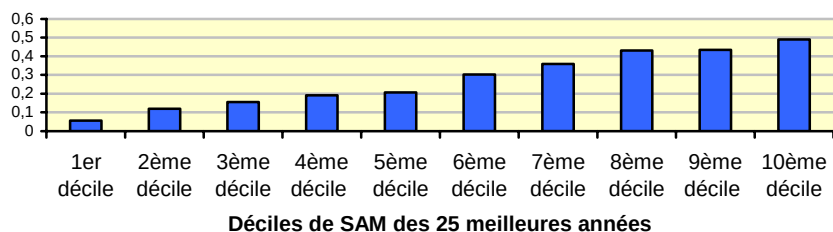
SAM des 25 meilleures années le nombre moyen de trimestres acquis au moyen de dispositifs de complétion de carrière.

Nombre moyen de trimestres validés au RG par VPLR en fonction du SAM



Source : Cour des comptes, à partir de données CNAVTS

Nombre moyen de trimestres validés au RG par régularisations de cotisations arriérées en fonction du SAM



Source : Cour des comptes, à partir de données CNAVTS

2 – Des dispositifs particulièrement utiles aux cadres

L'interaction qui existe depuis 1983 entre obtention du taux plein pour la liquidation de la pension dans les régimes de base et conditions favorables de liquidation de la pension complémentaire, est la pierre angulaire de la situation relativement favorable des cadres, pour l'utilité de mécanismes institués par la loi du 21 août 2003. En effet, la part de la pension complémentaire dans la pension totale est plus importante pour les cadres que pour les autres actifs, en raison de l'existence de cotisations complémentaires obligatoires portant sur des tranches plus élevées de salaires. L'utilité des périodes validées pour la durée

d'assurance dans les régimes de base est donc accrue pour les cadres, en particulier dans le cadre d'un départ en retraite anticipée.

Cet effet de levier est avéré pour tous les mécanismes permettant d'accroître les droits acquis pour la durée d'assurance, indépendamment même de l'obtention du taux plein³¹⁶. Il est particulièrement manifeste pour les dispositifs de complétion ou de reconstitution de carrières, dans la mesure où ces mécanismes permettent la constitution de droits pour la durée d'assurance ex post, pouvant ainsi être assimilés à un placement financier.

L'utilité croissante du trimestre validé, en fonction de la participation à l'AGIRC³¹⁷, mais aussi du revenu, est vérifiée, y compris pour les dispositifs réputés obéir à une tarification « actuariellement neutre ». Ainsi, le barème des VPLR n'a été établi qu'en considération du solde de l'opération de versement pour les seuls régimes de base, méconnaissant ainsi l'effet ricochet de l'obtention du taux plein pour la liquidation sur les conditions de liquidation des pensions complémentaires. Or, le rendement d'un VPLR double dès lors que la qualité de cadre est acquise³¹⁸, étant entendu que l'option « taux seul », la moins coûteuse, suffit à provoquer cet effet de levier sur le rendement des VPLR.

III - L'incidence financière pour les régimes

A – Le financement des avantages non-contributifs pour la durée d'assurance

1 – Une compensation partielle par des financements externes

La validation sans cotisations de périodes d'assurance n'est compensée aux régimes de base que pour un nombre limité de dispositifs,

316. Les coefficients d'abattement sont en effet calculés selon le critère le plus favorable entre écart avec la durée d'assurance requise pour le taux plein et écart avec la condition d'âge en vigueur dans les régimes complémentaires.

317. Le constat d'une situation favorable des cadres au regard de l'utilité relative des périodes validées pour le calcul de la durée d'assurance doit toutefois être tempéré par le fait que le taux de récupération est plus faible pour des cadres cotisants à l'AGIRC, que le rendement du régime de retraite complémentaire des cadres tend à diminuer et que le taux global de cotisation corrigé des effets de champ est supérieur pour les revenus supérieurs au PSS donnant lieu à cotisation à l'AGIRC.

318. Chiffre établi par le COR, à partir d'une étude de J. Bichot de 2004.

comme récapitulé dans le tableau ci-après. De ce fait, l'existence de ces avantages contributifs n'est pas financièrement neutre pour ces régimes. Une partie significative d'entre eux sont ainsi à la charge des régimes de base, par le jeu de la solidarité interne entre assurés.

Le coût d'une partie de ces avantages non-contributifs n'est pas toujours évalué. L'effort de solidarité interne aux régimes peut parfois être conséquent. Ainsi, selon la CNAVTS, les PA maladie, maternité, invalidité et AT-MP représentent un coût annuel de l'ordre de 3 Md€³¹⁹.

**Coût et financement des avantages non-contributifs pour la durée
d'assurance servis par les régimes de base**

En M€

Dispositif	Financement externe au régime	Contribution versée	Estimation du coût
Chômage indemnisé	FSV	5 700	
Chômage non-indemnisé	FSV	1 100	
Pré-retraites CATS	FSV	40	
Pré-retraites FNE	FSV	34	
Pré-retraites ACAATA	FCAATA	250	
Maladie, maternité, invalidité, AT-MP	-		3 000
AVPF	CNAF	4 300	
MDA pour enfants	-		6 000
Service national	-		n.c.
Volontariat civil	Etat	37	
Volontariat associatif	Etat	1 900	
Stagiaires non-rémunérés de la formation professionnelle	Etat		n.c.

Source : FSV, FCAATA, CNAF, annexe V à la LFSS pour 2008 et contribution du CA de la CNAVTS au « rendez-vous retraites » de l'année 2008.

Note de lecture : n.c. signifie qu'aucune estimation du coût du dispositif n'est disponible.

2 – Des modalités de compensation hétérogènes et peu en rapport avec le coût des avantages non-contributifs servis

Lorsque des compensations versées par des organismes extérieurs ont été prévues, leurs modalités de calcul et leur niveau sont disparates. Elles dépendent des effectifs retenus pour le calcul de la compensation, comme du niveau de l'assiette forfaitaire appliquée à ces effectifs. Dans tous les cas, la compensation financière n'est pas établie en fonction des trimestres réellement portés aux comptes des assurés, mais résulte de l'application d'un taux à une assiette forfaitaire, partant d'un effectif,

319. Estimation de la CNAVTS en appliquant les mêmes conditions de valorisation que celles applicables aux PA chômage.

parfois réel ou, dans certains cas, limité à une fraction de cet effectif. Le tableau ci-dessous retrace l'hétérogénéité des modalités de calcul de ces compensations.

La disparité des modalités de calcul des compensations

Dispositif	Effectif retenu	Assiette forfaitaire
Chômage indemnisé	Réel	90 % du SMIC
Chômage non-indemnisé	29 % des effectifs	90 % du SMIC
AVPF	Réel	100 % du SMIC
Service national	35 % des effectifs	90 % du SMIC
Volontariat civil	Réel	90 % du SMIC
Volontariat associatif	Réel	50 % PSS

Source : Cour des comptes, à partir de la réglementation en vigueur.

En pratique, l'existence d'une prise en charge financière par un organisme externe à la branche vieillesse et la détermination du niveau de cette compensation semblent en fait bien plus dépendre de la situation financière des organismes susceptibles d'être mobilisés, à un moment donné, que résulter de l'application de principes bien établis.

Le plus souvent, le calcul des compensations financières d'avantages non contributifs se fait dans des termes qui aboutissent à en minimiser le coût, ainsi :

- la référence au SMIC pour la détermination des assiettes forfaitaires minimise le montant des compensations versées, le niveau de rémunérations supposé actuariellement neutre étant réputé s'élever à 75 % du PSS ;
- le calcul de la compensation en fonction d'effectifs, a fortiori d'une fraction des effectifs réels, conduit à minorer son niveau par rapport à un calcul en fonction du nombre de périodes effectivement validées.

Or, les masses financières en jeu sont loin d'être négligeables, pour chacun des paramètres de calcul du niveau des compensations. Ainsi, la CNAVTS estime, pour les seules PA chômage, que la substitution de périodes effectivement validées aux effectifs représenterait un différentiel de l'ordre de 1,1 Md€ par an. De même, le passage d'une assiette de 90 % du SMIC à une assiette correspondant au salaire moyen représenterait plus de 7 Md€ par an. A l'évidence, aucune institution ne serait en mesure d'assumer une telle charge.

B – Les coûts imprévus de la mise en œuvre de la loi du 21 août 2003

1 – Le départ en retraite anticipée pour carrières longues

L'introduction par l'article 23 de la loi du 21 août 2003 d'une possibilité de départ en retraite anticipée pour carrière longue était motivée par des considérations d'équité, afin de permettre la prise en compte de carrières débutées très tôt, permettant ainsi aux assurés d'atteindre la condition de durée d'assurance pour l'obtention du taux plein avant 60 ans. Son bénéfice était conditionné à la triple satisfaction d'une condition de durée d'assurance, d'une condition de durée de cotisation et d'une condition d'âge de début d'activité.

a) L'utilisation optimale des mécanismes de complétion de carrière

Le calibrage initial du dispositif de départ en retraite anticipée n'avait pas prévu le recours massif à des dispositifs de reconstitution ou de complétion de carrière, dont le rendement se trouvait considérablement accru par l'ouverture de cette possibilité de départ en retraite anticipée. Le recours aux VPLR, mais surtout aux régularisations de cotisations arriérées, dont le coût pour l'assuré est bien inférieur, ont ainsi offert un effet de levier important, tant pour les droits constitués au titre du régime de base, que pour ceux acquis au titre des régimes complémentaires, qui se sont alignés sur les régimes de base.

Leur coût pour les assurés a été bien moindre que le niveau d'avantages reçus en contrepartie pour le calcul de la pension. A titre d'exemple, une note publiée dans le cadre des groupes de travail du COR³²⁰ indiquait que « la régularisation [pouvait] donner lieu à une forte optimisation, par le jeu combiné des assiettes forfaitaires et des règles de validation en vigueur pour des périodes anciennes ». Elle précisait notamment que :

- la régularisation d'un mois et demi de cotisations, correspondant à un emploi d'été effectué en 1965 permet à elle seule la validation d'une année complète ;
- la régularisation d'un mois et demi de cotisations, correspondant à un emploi d'été exercé à 15 ou 16 ans avant 1972, pouvait permettre à un assuré né au quatrième trimestre de remplir la condition de début d'activité, ouvrant droit au bénéfice de la procédure de départ en retraite anticipée.

320. Document en vue de la réunion du conseil du COR du 23 janvier 2008.

L'ampleur du recours à ces dispositifs était caractérisée dès la première année d'application de la procédure de départ en retraite anticipée. Dès 2004, en effet, huit fois plus d'assurés qu'en 2003 avaient effectué une régularisation de cotisations arriérées au régime général. Cette proportion est ensuite restée constante tout au long de la période 2004-2007, avant de connaître, selon la CNAVTS, une baisse de près de 60 % en 2008.

Au total, selon la CNAVTS, ce sont 125 000 demandes de régularisations qui ont été faites entre 2004 et 2007, dont 70 % l'ont été dans le cadre d'un départ en retraite anticipée. La moyenne annuelle de demandes sur la période s'élève à 32 000 demandes par an, sans comparaison possible avec celle atteinte avant 2004, de l'ordre de 3 000 demandes annuelles environ. De même, selon la CNAVTS, 28 % des VPLR notifiés au régime général, soit 3 000 versements environ, ont été demandés afin de tirer parti de l'ouverture d'une possibilité de départ anticipé pour carrières longues. Dans le régime agricole, ce sont 45 000 demandes de régularisations et rachats qui ont été faites sur la même période³²¹, dont plus de 90 % ont été utilisées pour bénéficier d'un départ en retraite anticipée.

En dépit de l'ampleur du recours à ces dispositifs, des ajustements n'ont été opérés que tardivement, dans le courant de l'année 2008 :

- l'article 83 de la LFSS pour 2009 exclut les périodes validées au moyen de VPLR du périmètre des périodes cotisées prises en compte pour la détermination du bénéfice de la possibilité de départ en retraite anticipée ;
- une circulaire du 23 janvier 2008 a limité à quatre le nombre de trimestres susceptibles d'être acquis par régularisation de cotisations arriérées sur la seule foi d'une déclaration sur l'honneur (avant qu'un décret du 25 août 2008 ne réforme plus en substance la prise en compte pour le calcul de la durée d'assurance des périodes régularisées en l'absence de preuve des rémunérations alors perçues).

Si le coût total lié à l'utilisation des VPLR pour le bénéfice du départ en retraite anticipée demeure limité³²², du fait du faible nombre d'assurés concernés (20 500 sur la période 2004-2008), celui de la dérive du dispositif de régularisation de cotisations arriérées est important. Il

321. Source : CCMSA.

322. D'autant que dès 2006, un décret du 17 juillet 2006 avait prévu que seuls les versements correspondant à des périodes antérieures à la fin de l'année du 17^{ème} anniversaire pouvaient être pris en compte pour le bénéfice d'un départ en retraite anticipée.

peut être estimé, en moyenne, pour la période antérieure au resserrement de la procédure intervenu en 2008, à 370 M€ environ de supplément annuel de masse de pensions servies, pour le seul régime général³²³. En regard, les recettes ponctuellement encaissées du fait des régularisations s'élevaient à 108 M€ au total à la fin de l'année 2006³²⁴. Si ce recours aux régularisations de cotisations arriérées avait été anticipé, le coût pour les régimes de retraite de l'introduction d'une possibilité de départ en retraite anticipée aurait sans doute été plus limité, comme en atteste l'effondrement du nombre de demandes de régularisations en 2008, de près de 60 %, après le resserrement du dispositif.

b) Une réaction tardive à des pratiques frauduleuses

Dans ce contexte, des pratiques frauduleuses ont assez rapidement été constatées et portées à la connaissance du ministère³²⁵, dès 2005. Certains assurés tiraient en effet parti du caractère peu rigoureux de certains modes de preuves requis pour la régularisation de cotisations arriérées, établis par lettre-circulaire de l'ACOSS ou par directives internes au réseau de la CCMSA, en l'absence d'intervention d'instructions ministérielles.

Si les caisses ont diligenté des audits internes, le ministère n'a pas réagi avant 2008, renforçant alors les conditions de preuve de l'activité régularisée à la charge du salarié par une circulaire du 23 janvier 2008, avant de réformer le dispositif plus en substance par un décret du 25 août 2008 (mais sans pour autant éliminer tout risque de fraude³²⁶). Il a également transféré aux CRAM la gestion de cette procédure dans le régime général, par un décret du 25 août 2008, en même temps qu'était conduite une mission d'inspection sur la gestion de ces dispositifs.

Au final, la mission précitée estime le nombre de cas de fraudes à des dispositifs permettant la validation de trimestres au compte de carrière sur la foi de déclarations sur l'honneur à une fourchette de 2 500 à 10 000 cas, pour un coût total compris entre 10 M€ et 45 M€.

323. Source : Cour des comptes, à partir d'estimation de la CNAVTS pour les années 2006 et 2007.

324. Source : CNAVTS, étude n° 2007-051.

325. Courrier du 2 décembre 2005 du directeur de la CNAVTS au ministre, suite à un signalement du directeur de la CRAM de Bourgogne et Franche-Comté de l'existence de « risques de dérives non négligeables tant sur le plan légal que sur le plan financier ».

326. Les possibilités de fraude se sont en effet déportées des déclarations sur l'honneur à la production de faux justificatifs d'activité.

2 – L’effet limité de l’allongement de la durée d’assurance pour l’obtention du taux plein

S’il apparaît donc que la mise en œuvre de la loi du 21 août 2003 a représenté un coût certain, l’augmentation de la durée d’assurance requise pour l’obtention du taux plein, qui devait permettre de maîtriser l’évolution des dépenses, n’a jusqu’ici pas eu l’effet escompté.

Entre 2001 et 2007, l’âge moyen de liquidation d’une pension de droit direct au régime général a diminué de 11 mois, passant de 62 ans à 61,1 ans. L’allongement de la durée requise pour l’obtention du taux plein n’a donc pas suffi à compenser un mouvement spontané à la baisse de l’âge moyen de demande de liquidation d’une pension. L’effet inverse de celui recherché par la loi du 21 août 2003 semble donc pouvoir être observé pour les premières années de sa mise en œuvre.

Un premier facteur de cette évolution réside dans l’inquiétude des assurés, quant à la possible remise en cause de toute possibilité de départ en retraite avant 60 ans, à un nouvel allongement de la durée requise pour l’obtention du taux plein à brève échéance, ou à la modification de la condition d’âge légal pour la liquidation des droits à pension³²⁷. Ce sentiment les a conduits à anticiper leur départ en retraite, au titre du dispositif prévu pour les carrières longues ou dès 60 ans³²⁸.

Dans ce contexte, la mise en œuvre du droit à l’information sur les retraites a beaucoup contribué à donner une résonance particulière à la question des droits acquis pour la durée d’assurance. Suite aux notifications reçues, les assurés ont cherché à maximiser leur durée d’assurance, de plus en plus tôt dans leur carrière, traquant les périodes susceptibles de permettre la validation de droits et créant ainsi un environnement de « foire aux trimestres ».

Un second facteur de cette évolution résulte de la mise en place de la retraite anticipée pour carrières longues, qui explique, selon la commission des comptes de la sécurité sociale, la diminution de l’âge moyen de départ à la retraite dans une proportion de 0,4 année. Mais même corrigé de l’impact de la mise en œuvre de cette procédure, l’âge moyen de liquidation des droits observé en 2007 (61,5 ans) est inférieur à celui constaté en 2001 (62 ans).

327. Source : CNAVTS, enquête sur les motivations du départ à la retraite.

328. L’article 109 de la LFSS pour 2007 a pourtant pour effet que les paramètres de calcul ne sont pas en remis en cause par de nouvelles dispositions dès lors que l’âge légal de la retraite est atteint.

Des charges financières accrues résultent de la combinaison de ces facteurs pour les régimes de base : les pensions sont versées de plus en plus tôt, pour des durées de plus en plus longues. Ainsi, en 2008, pour le seul régime général, la charge annuelle supplémentaire liée aux évolutions observées en matière d'âge de départ en retraite s'élevait à 2,8 Md€, dont 90 % du seul fait des départs en retraite anticipée. Pour la période 2004-2008, le coût du départ en retraite anticipée pour carrières longues s'élève selon la CNAVTS à 8,3 Md€ pour le régime général. En dépit de l'inflexion prévue dès 2009 du nombre de bénéficiaires, ce coût devrait demeurer important. Les prévisions pour 2009 font ainsi état d'un coût de 2,3 Md€.

De même, pour les régimes complémentaires de retraite des salariés, le coût de l'ouverture d'une possibilité de départ en retraite anticipée³²⁹ a été estimé à 3 Md€ environ par l'ARRCO et 0,5 Md€ par l'AGIRC pour la période 2004-2007. Ces charges excèdent les économies attendues pour l'association pour la gestion du fonds de financement (AGFF), du fait de l'allongement de la durée d'assurance pour l'obtention du taux plein à compter de 2009, estimées à horizon 2025 à 1,3 Md€ environ.

Au final, pour les régimes de base comme pour les régimes complémentaires, les surcoûts liés au dispositif de retraite anticipée pour carrière longues, mais aussi la sensibilité jusqu'ici limitée des comportements des assurés à l'allongement de la durée d'assurance requise pour l'obtention du taux plein³³⁰, expliquent pour partie le rythme rapide de la dégradation de la situation financière de ces régimes.

IV - Quels aménagements des conditions de constitution de la durée d'assurance ?

A – Rationaliser et simplifier les règles

La complexité des différentes acceptions de la notion de durée d'assurance s'ajoute à la grande variété des dispositifs permettant de constituer la durée d'assurance, pour former un tableau d'ensemble

329. Pris en charge par les versements des excédents de l'association pour la gestion du fonds de financement (AGFF) aux régimes AGIRC et ARRCO.

330. Les travaux les plus récents confirment le fait qu'une proportion significative d'assurés ne sont pas touchés par l'augmentation de la durée d'assurance requise pour le taux plein, parce qu'ils ont déjà validé une durée suffisante, ou parce qu'ils n'occupent plus d'emploi à 60 ans (DREES, Etudes et recherches, n° 91, juillet 2009).

difficilement lisible pour les assurés et parfois mal maîtrisé par l'administration elle-même. Plusieurs évolutions simples méritent ainsi d'être examinées.

Premièrement, l'institution d'un *périmètre unique de durée cotisée* pour tous les dispositifs faisant appel à cette notion clarifierait la portée des droits acquis pour la durée d'assurance, en limitant le nombre de cas pour lesquels l'utilité relative d'un trimestre varie en fonction du dispositif considéré (cf. tableau supra p. 304).

Deuxièmement, la grande dispersion des tarifications applicables aux dispositifs de complétion ou de reconstitution de carrières rend moins lisible les finalités qui leur sont assignées, entre volonté de traitement favorable de certaines situations et souci de neutralité financière pour les régimes de retraites. A défaut d'être toujours en mesure d'arbitrer entre ces objectifs, la *structure des barèmes* pourrait au moins être harmonisée, prenant la forme d'un pourcentage du tarif applicable aux VPLR, réputés actuariellement neutres, ainsi que l'a déjà prévu la tarification des rachats de cotisation pour périodes d'aide familial dans le régime agricole.

Troisièmement, les modalités techniques de la *prise en charge de cotisations vieillesse par l'Etat* pourraient être revues, lorsqu'il apparaît qu'elles s'avèrent particulièrement pénalisantes pour l'acquisition de droits pour la durée d'assurance pour les publics concernés ou peu cohérentes avec les finalités poursuivies par d'autres politiques publiques. Serait alors prioritairement concernée la situation des chômeurs stagiaires de la formation professionnelle indemnisés au titre de l'ASS ou en fin de droits.

Enfin, certains dispositifs semblent devoir être réexaminés, en raison de leur ancienneté, la situation ayant justifié leur institution ayant pu changer : ainsi des modalités de prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour la retraite³³¹ ou encore des règles particulières de validation de périodes assimilées du fait de la maladie, dans les régimes des exploitants agricoles et des indépendants.

B – Instaurer une règle de compensation du coût de nouvelles validations de périodes sans cotisations

Compte tenu de la dégradation de la situation financière des régimes de retraite, la création de nouveaux mécanismes de validations de périodes sans cotisations devrait être exclue.

331. Cf. chapitre XII, la prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour la retraite p. 331.

Si tel n'était pas le cas, la compensation du coût des avantages non contributifs pour la durée d'assurance devrait être prévue par la loi. Serait ainsi défini un principe de neutralité financière des nouveaux avantages non contributifs.

Les modalités de calcul du niveau des compensations devraient, au moins pour les nouveaux dispositifs, tendre vers le respect d'un principe de neutralité actuarielle. A défaut, elles pourraient privilégier des assiettes approchant un montant égal à 75 % du PSS, soit un niveau proche du salaire moyen.

L'application de ce principe de compensation aux dispositifs existants d'avantages non-contributifs dont le coût n'est pas compensé, ou pas entièrement compensé pour les régimes de retraite entraînerait d'importants transferts de charges, qui ne rendent pas envisageable son institution, d'autant que la mise à contribution de la solidarité interne au régime est souvent justifiée. Mais il paraît cependant indispensable de pouvoir plus précisément évaluer l'effort de solidarité interne aux régimes. Les modalités de calcul des compensations existantes pourraient donc être réexaminées, afin qu'elles couvrent mieux le coût pour les régimes de ces avantages.

C – Réviser les règles de base de la constitution de la durée d'assurance

Dans le contexte d'une dégradation rapide de la situation financière des régimes de retraite, la question d'une réforme des règles de base présidant à la constitution et au calcul de la durée d'assurance est posée, en l'absence de toute action sur les ressources.

De ce fait, des propositions d'aménagement, qui représenteraient en fait des dépenses nouvelles pour les régimes de base, semblent devoir être écartées, ainsi par exemple, de la trimestrialisation du calcul du SAM ou encore de l'institution d'un mécanisme de constitution de droits pour la durée d'assurance pour les périodes correspondant à la perception du revenu minimum d'insertion.

A l'inverse, à partir, notamment, de simulations réalisées par la CNAVTS³³² à l'aide du modèle PRISME, la Cour a examiné plusieurs options permettant d'aménager les conditions d'acquisition des droits pour la durée d'assurance, en vue de dégager des économies.

332. Etudes CNAVTS n° 2008-016, 2008-017, 2009-009 et 2009-032. Les hypothèses sous-jacentes à ces travaux et les limites propres au modèle utilisé impliquent que la portée de leurs résultats n'est qu'indicative.

1 – La modification de la base de référence pour l’acquisition d’un trimestre cotisé

Le passage à une référence de 300 ou 450 heures permettrait des économies significatives, respectivement de l’ordre de 3 Md€ et de 8 Md€ à l’horizon 2050, avec une montée en charge très progressive, une partie décroissante au fil du temps de la carrière des assurés restant faite sous l’empire de la règle des 200 heures.

Les effets redistributifs d’une telle modification sont étendus. Pour un passage à 300 heures, la durée d’assurance validée par les actifs serait ainsi modifiée pour environ les deux tiers des actifs. La diminution des durées d’assurance validées serait en outre concentrée sur les femmes et sur les assurés qui bénéficient des niveaux de retraites les plus faibles, même si elle touche -en moyenne- tous les assurés. Ainsi, à l’horizon 2050, le passage à une base de référence pour la validation d’une période cotisée de 300 SMIC horaires induirait une diminution moyenne de 3,4 % de la pension des femmes et de 2,2% de la pension des hommes.

Cette diminution serait plus marquée pour les quartiles inférieurs de pension (-7,4 % de la pension des 25 % des femmes percevant les plus faibles retraites et -4,8 % de la pension des 25 % d’hommes percevant les plus faibles retraites) sans être pour autant négligeable pour le quartile de pension supérieur (-2 % pour les hommes et -1,5 % pour les femmes).

2 – La substitution d’une condition de durée réelle d’activité à un quantum de rémunération pour la validation d’un trimestre cotisé

L’évolution de la réglementation, dans le sens d’une validation des périodes d’activité en fonction de la durée réelle de l’activité et non par l’intermédiaire du revenu a pu être simulée, dans les mêmes conditions que pour les travaux précédents et selon différentes modalités³³³. Là encore, les économies réalisées seraient importantes, de 5 Md€ à 10 Md€ à l’horizon 2050, selon les modalités de décompte de la durée réelle d’activité envisagées.

Les effets redistributifs seraient tout aussi importants que dans le cas précédant. Ainsi, seuls 15 % des assurés environ verraient leur durée d’assurance validée inchangée (à partir du moment où l’ensemble de la

333. Nombre de jours travaillés, nombre de jours travaillés avec abattement pour temps partiel, nombre de jours travaillés avec abattement pour temps partiel mais prise en compte en fin de carrière du cumul de jours travaillés non-utiles à l’acquisition d’un trimestre, soit le dispositif en vigueur dans le régime de la fonction publique.

carrière serait faite sous le régime des règles modifiées). Une minorité d'assurés, de 15 à 20 % selon l'option, accroîtrait leurs droits constitués pour le calcul de la durée d'assurance. Dès lors que le temps partiel est pris en compte pour le décompte de la durée réelle d'activité, les femmes seraient les plus pénalisées, le niveau moyen de leur pension diminuant de 6 %, dans le cas d'une validation de droits en fonction de la durée réelle d'activité, abattue de 35 % en cas de temps partiel, soit un effet deux fois plus fort que celui subi par les hommes. Dans tous les cas, le passage à une règle de validation en fonction de la durée réelle d'activité serait plus défavorable pour les assurés qui reportent au compte les plus bas niveaux de salaires.

*
* *

Dans les deux options examinées, les effets redistributifs ne peuvent certes être ignorés. Dans tous les cas, en effet, les femmes³³⁴ et les assurés ayant reporté les plus faibles niveaux de salaire au compte individuel de carrière seraient les plus pénalisés. Mais la générosité des régimes de base à leur égard a jusqu'ici été permise par un rapport démographique favorable, dont la dégradation programmée nécessite de réduire ces avantages, tout en augmentant l'effort contributif des cotisants. C'est ainsi qu'en l'absence d'action sur les recettes, l'impératif d'équilibre des régimes de retraite commande d'examiner toutes les voies possibles de réforme, y compris celles ici envisagées.

3 – D'autres pistes d'économies à expertiser

Dans cette même optique, d'autres pistes d'économies, non expertisées à ce jour, pourraient également être mises à l'étude :

- assortir la validation d'une période cotisée sur la base de 200 heures d'une condition de durée effective d'activité de 200 heures dans le trimestre (la validation se faisant actuellement globalement sur l'année) ;
- réformer les périodes assimilées en portant à 90 jours le seuil d'attribution d'un trimestre ou en rapprochant leur régime de celui, plus contributif³³⁵, existant dans les régimes complémentaires de salariés ;

334. Toutefois, la prise en compte au moment de la liquidation de fractions de revenus ou de jours portés au compte, mais non utilisés pour l'acquisition d'un trimestre du fait de la règle de l'arrondi à l'inférieur pourrait corriger la concentration des effets désavantageux sur les femmes.

335. Cf. *supra* note 293, p. 297.

- instituer une condition de durée cotisée pour l'obtention de la liquidation au taux plein avant 65 ans.

CONCLUSION

La logique de constitution de la durée d'assurance obéit à un principe de contributivité, atténué par l'effet de la multiplicité des aspects non contributifs pour l'acquisition de trimestres et en raison de la règle des 200 heures présidant à la validation des périodes cotisées.

La grande complexité des dispositifs régissant les conditions d'acquisition des trimestres pour le calcul de la durée d'assurance soulève cependant de nombreuses questions. Pour l'administration, peut se poser la question de la bonne maîtrise de l'ensemble de ces règles, dès lors que la durée d'assurance a pu être utilisée en tant que substitut à une rémunération ou que certaines interactions n'avaient pas été anticipées. En outre, si la loi du 21 août 2003 visait des objectifs clairs en matière de durée d'assurance, leur réalisation a été fortement contrariée par d'autres dispositifs, institués par la même loi.

Cette complexité va surtout à l'encontre de la capacité des assurés à procéder à des arbitrages individuels à partir de leur durée d'assurance, dans un contexte où le législateur avait pourtant entendu adapter le système de retraite aux contraintes et préférences de chacun.

Le débat émergeant quant à l'avenir de la notion de durée d'assurance³³⁶ ne doit pas conduire à s'accommoder des difficultés existant aujourd'hui pour l'appréhension de cette notion. Certes, il faut également prendre en compte le fait qu'en raison de ses caractéristiques, l'équilibre d'ensemble des conditions de constitution de la durée d'assurance est l'un des principaux mécanismes de solidarité à l'œuvre dans le système français de retraites. La durée d'assurance introduit en effet de l'équité dans un système en apparence construit autour d'un critère d'âge, ne prenant en compte ni l'âge de début de carrière, ni l'espérance de vie à la retraite.

Cependant, la légitimité de la compensation par les régimes de retraite des aléas de carrière ou de salaires, sans faire référence aux ressources totales des retraités, mérite d'être discutée. Compte tenu des perspectives financières des régimes de retraite, le renforcement de la contributivité des droits doit être recherché, avec un souci de traitement

336. Notamment au sein du conseil d'orientation des retraites (COR), dans le cadre de la préparation du rapport prévu par l'article 75 de la LFSS pour 2009 sur les modalités techniques d'un passage éventuel vers un régime par points ou un régime de comptes notionnels, tous deux par répartition.

équitable. Dans une perspective d'équité, cet effort devrait logiquement être supporté par toutes les catégories d'assurés, sauf à alourdir fortement la charge de cotisations des personnes exerçant une activité professionnelle. Il doit être réparti sur toutes les générations et tous les éléments de calcul des pensions. La Cour invite donc à engager le réexamen sur le fond des règles présidant à la constitution de la durée d'assurance, en sus d'aménagements immédiats, destinés à en améliorer la lisibilité.

RECOMMANDATIONS

34. Engager le réexamen des règles d'acquisition de trimestres pour la durée d'assurance, dans le sens d'une contributivité renforcée.

35. Exclure la création de nouveaux éléments non contributifs pour la durée d'assurance. A défaut, instaurer un principe de compensation aux régimes de base du coût d'éventuels nouveaux avantages.

36. Réformer les modalités de calcul des périodes assimilées.

37. Définir dans la réglementation une notion unique de durée cotisée.

38. Pour les dispositifs de complétion ou de reconstitution de carrières :

a) définir un barème de référence actuariellement neutre ;

b) réviser les dispositifs existants en les structurant en fonction de ce barème.

Chapitre XII

La prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour la retraite

PRESENTATION

La Cour a relevé, à diverses reprises, l'importance des avantages familiaux de retraite³³⁷. Les trois principaux avantages de retraite liés à la famille sont, par ordre d'importance financière, la majoration de pension dont bénéficient les parents de trois enfants et plus, la majoration de durée d'assurance (MDA) accordée aux mères dès le premier enfant et l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), accordée sous condition de ressources. Les dépenses induites représentaient en 2006 pour l'ensemble des régimes (de base et complémentaires) respectivement 6,4 Md€, 6 Md€ et 4,2 Md€³³⁸.

S'appuyant sur les travaux réalisés depuis 2006 pour le Conseil d'orientation des retraites (COR), qui a adopté le 17 décembre 2008 un rapport sur les droits familiaux et conjugaux, et sans revenir sur l'analyse qu'elle a faite des majorations de pension³³⁹, la Cour examine cette année plus particulièrement les deux dispositifs qui prennent la forme d'une majoration de la durée d'assurance, à savoir la MDA et l'AVPF.

Certes, ces deux dispositifs contribuent à réduire l'écart entre les niveaux de pensions, notamment entre hommes et femmes. Mais, dans un contexte qui s'est modifié, leurs ciblages respectifs et leur cohérence semblent désormais problématiques. Chacun de ces dispositifs induit des effets négatifs croissants : désincitation au travail des femmes après 60 ans, surtout pour la MDA, illisibilité sans redéfinition des objectifs poursuivis pour l'AVPF. En outre, un arrêt rendu le 19 février 2009 par la deuxième chambre civile de la Cour de cassation rend indispensable une modification rapide de la MDA pour la rendre compatible avec le principe d'égalité entre hommes et femmes.

337. Voir notamment l'insertion du RALFSS 2007 consacrée « aux aides publiques aux familles » (pages 329 à 367).

338. En prenant en compte l'AVPF à hauteur des cotisations versées par la CNAF et non à hauteur des pensions servies par la CNAVTS à ce titre (cf. infra), qui sont estimées à 1,1 Md€.

339. La Cour préconisait notamment dans le RALFSS 2007 (page 354) de forfaitiser ou de plafonner la majoration de pension pour trois enfants ou plus, qui est proportionnelle à la pension, ou, au moins, de l'assujettir à l'impôt sur le revenu. Cette majoration de pension est présente dans la quasi totalité des régimes. Elle est perçue selon la DREES par plus de 40 % des retraités. C'est aussi le seul avantage familial (hors réversion) accordé par les régimes complémentaires ARRCO et AGIRC.

Le constat d'une inadaptation croissante de ces deux dispositifs et la forte augmentation prévisible du coût de l'AVPF doivent conduire à rechercher les voies d'une réforme d'ensemble.

I - MDA et AVPF : deux dispositifs de moins en moins pertinents

A – Une complémentarité initiale

La majoration de durée d'assurance (MDA) au régime général et l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) ont été créées en 1972³⁴⁰, pour limiter les effets sur les pensions des interruptions d'activité liées à la présence d'enfants. Elles pouvaient initialement paraître complémentaires, par leurs calendriers d'effet, leurs objectifs, voire même leurs modalités. Toutefois l'articulation de ces dispositifs majorant tous deux la durée d'assurance -qui, une fois l'AVPF montée en charge, ne pouvaient que se cumuler- n'était pas explicitée.

1 – Calendrier, objectifs et méthode

a) Le calendrier d'application

La MDA revient schématiquement à accorder deux annuités par enfant aux femmes relevant du régime général³⁴¹, qu'elles aient ou non interrompu leur activité au cours de leur carrière. Simple dans son application, la MDA a été d'un effet immédiat en bénéficiant aux mères liquidant leur retraite à partir du 1^{er} janvier 1972.

A l'inverse, complexe dans ses règles, l'AVPF consiste à ouvrir à un public remplissant certaines conditions -notamment de ressources- des droits à retraite dont le bénéfice est différé dans le temps. Cette ouverture de droit entraîne le paiement de cotisations retraite par la CNAF, et ce dès

340. Lois « Boulin » du 31 décembre 1971 et du 3 janvier 1972 créant la MDA et l'AVPF. Des dispositifs ressemblants existaient déjà dans certains régimes spéciaux et notamment pour les fonctionnaires de l'Etat depuis 1924.

341. Les autres régimes accordent des avantages généralement analogues, qui ne sont pas décrits ici. Les assurées ayant cotisé à plusieurs régimes ne peuvent pas cumuler les MDA : des règles de coordination s'appliquent. La majoration est accordée par le régime général si l'assurée a été affiliée à ce régime et à un ou plusieurs régimes alignés. Si elle a relevé d'un régime spécial, ce dernier prime.

l'entrée en vigueur de la loi. Mais elle n'a d'incidence sur les pensions versées que de manière très progressive.

En effet, même les femmes qui font liquider leur retraite aujourd'hui n'ont bénéficié que partiellement de l'AVPF puisque le dispositif a été instauré alors que les femmes de la génération 1946 avaient déjà 26 ans. Ce n'est qu'à partir de la génération 1952 qu'on pourra observer le plein effet du dispositif. Et le terme de la montée en charge de l'AVPF devrait être atteint en 2042, année où le stock des retraités aura bénéficié à plein de l'AVPF. Ainsi, la part de femmes bénéficiaires de l'AVPF croît avec les générations : elle passe de 15 % pour les femmes de la génération 1934 à 37 % pour celles de la génération 1944 et devrait atteindre en régime de croisière environ 56 % à 58 %, selon la CNAVTS.

b) Des objectifs distincts mais plutôt complémentaires

L'exposé des motifs du projet de loi créant la MDA indiquait que cette disposition visait à « compléter » l'AVPF. La MDA, à l'origine d'une année par enfant, était réservée aux femmes ayant élevé au moins deux enfants (trois enfants dans le projet de loi initial). L'un des objectifs poursuivis était de permettre à la mère de famille, « *qui accuse souvent, à âge égal, une usure plus marquée que son compagnon* »³⁴², de partir plus tôt en retraite³⁴³. En 1975, la durée de la MDA a été portée à deux ans et accordée dès le premier enfant. Comme l'indiquait le ministre du travail lors de cette extension : « *la réforme proposée consiste à amplifier l'effort consenti au profit des mères de famille et à poursuivre dans la voie de l'instauration d'un véritable statut social de la mère de famille* ».

Quant à l'objectif de l'AVPF, il est à l'origine clair : valider des droits à retraite pour les mères au foyer bénéficiaires de l'allocation de salaire unique ou de mère au foyer, ayant à leur charge un enfant de moins de trois ans ou au moins quatre enfants. Il s'agissait d'inciter les mères de famille à rester chez elles pour élever leurs enfants.

La MDA bénéficie à neuf femmes sur dix puisqu'elle s'adresse à toutes les femmes qui ont eu des enfants. Les femmes retraitées bénéficient de 18 trimestres de MDA en moyenne (selon les analyses

342. Christian Poncelet, Assemblée nationale, Débat, 1^{ère} séance du 1^{er} décembre 1971.

343. Ces lois ont été adoptées dans un climat de forte contestation de l'opposition de gauche qui demandait alors le droit à la retraite à 60 ans pour les hommes et à 55 ans pour les femmes.

menées par la DREES pour les générations 1934 et 1938³⁴⁴). Même s'il s'agit d'un outil assez fruste³⁴⁵, la MDA a pour effet de compenser l'impact de la présence des enfants sur les carrières féminines et y réussit assez bien en moyenne, puisque, selon la CNAVTS, les bénéficiaires actuelles de la MDA ont une durée d'assurance, y compris MDA, comparable à celle des femmes n'ayant pas de MDA.

L'AVPF, à l'inverse, s'adressait à l'origine à des catégories spécifiques, des femmes qui n'ont jamais travaillé ou interrompent leur activité pour élever leurs enfants, pour lesquelles une validation de trimestres avec report de salaire au compte a été jugée nécessaire.

c) Des modalités différentes de mise en œuvre

Si la MDA et l'AVPF ont pour point commun de ne générer aucun point de retraite dans les régimes complémentaires³⁴⁶, leurs autres caractéristiques diffèrent.

Les trimestres de MDA s'ajoutent au moment de la liquidation à la durée d'assurance utilisée par les régimes de base. Ils ne sont pas affectés à des années civiles déterminées et ne sont donc pas touchés par la règle d'écêtement à quatre trimestres par année. A l'inverse, les trimestres constitués dans le cadre de l'AVPF sont affectés à des années civiles déterminées et peuvent être le cas échéant écêtés.

L'AVPF donne lieu à un report au compte au niveau du SMIC, tandis que les MDA sont « valorisées » au moment de la liquidation au salaire moyen des meilleures années retenues dans le calcul de la pension. Par ailleurs, la MDA, comme l'AVPF, majorent la durée d'assurance tous régimes de retraite. En outre, l'AVPF, par le report de salaire au compte,

344. Par la suite, lorsqu'il sera fait référence à ces deux générations, il s'agira des travaux de la DREES réalisés à partir de l'échantillon inter-régimes de retraités (EIR) 2004 et de l'échantillon inter-régimes de cotisants (EIC) 2001.

345. La MDA peut avoir un effet positif sur le montant de la pension -lorsque la MDA permet d'atteindre le taux plein ou augmente le coefficient de proratisation- ou un impact à la baisse sur l'âge de départ en retraite si elle offre la possibilité à l'assurée d'anticiper son départ. Elle est inutile aux femmes qui ont la durée d'assurance requise pour avoir le taux plein à 60 ans sans les trimestres de MDA et qui font liquider leur pension à 60 ans, mais peut faire bénéficier de la surcote à celles qui poursuivent leur activité au-delà de 60 ans.

346. Elles ont cependant un impact sur leurs dépenses en permettant aux femmes de remplir plus tôt les conditions d'obtention d'une retraite à taux plein au régime de base, ce qui permet la liquidation sans abattement de la retraite complémentaire.

ouvre un droit à pension dans le seul régime général, générant ainsi, et parfois à ce seul titre, des polypensionnés.

2 – Des effets cumulatifs permettant de réduire les écarts de pensions

Les deux dispositifs contribuent de manière sensible à réduire les écarts de pensions, pour un coût global relativement élevé. Les données rassemblées sont estimatives, mais l'ordre de grandeur est instructif.

Méthodologie des évaluations proposées

L'évaluation du coût des prestations versées par les régimes de retraite au titre de l'AVPF et de la MDA nécessite d'isoler la fraction de pension acquise au titre de ces dispositifs. Il faut donc estimer la pension qui aurait été perçue en leur absence.

Les évaluations présentées ici sont purement statiques, dans la mesure où il est supposé que les droits familiaux ne modifient ni les comportements d'activité, ni les choix d'âge de liquidation des bénéficiaires. Ces hypothèses fortes conduisent à des évaluations hautes de l'apport de la MDA et de l'AVPF. Il faut souligner que tenter d'isoler dans une pension ce qui provient de telle ou telle période de cotisation est un exercice qui nécessite de faire de nombreuses hypothèses et d'adopter des conventions de priorité artificielles entre les différentes périodes validées.

a) La MDA

Selon les estimations de la DREES, les femmes auraient, en moyenne, une pension de droit propre (tous régimes) réduite de 20 % en l'absence de MDA. Les trimestres de MDA seraient utiles pour 74 % des retraitées du régime général (générations 1934 et 1938).

Les effets de la MDA sont importants en termes de redistribution des pensions entre femmes avec enfant et femmes sans enfant puisque l'apport de la MDA à la pension moyenne croît fortement avec le nombre d'enfants (cf. tableau ci-dessous).

Par ailleurs, la MDA contribue à resserrer l'éventail des pensions versées. Selon un rapport sur les politiques familiales et les droits familiaux de retraite, réalisé dans le cadre de l'institut de recherches économiques et sociales et de l'école d'économie de Paris par trois chercheurs³⁴⁷, les gains liés à la présence de ces trimestres peuvent

347. Rapport Bozio A., Fack G. et Landais C. (2008), Politiques familiales et droits familiaux de retraite. Objectifs, coûts et évaluations. Rapport pour la CFDT.

représenter jusqu'à 50 % de la pension de base pour les petites pensions, contre à peine 5 % pour les pensions du dernier décile.

Apport de la MDA à la pension de droit propre servie en 2004 aux femmes des générations 1934 et 1938, selon le nombre d'enfants

	Pension moyenne mensuelle tous régimes sans MDA	Pension moyenne mensuelle tous régimes avec MDA	Apport de la MDA à la pension moyenne ³⁴⁸	Moyenne des apports individuels
	[a]	[b]	[a]/[b]	
0 enfant	1 122 €	1 122 €	0 %	0 %
1 enfant	995 €	1 029 €	3,3 % (34 €)	7,1 %
2 enfants	740 €	818 €	9,5 % (78 €)	17,6 %
3 enfants	584 €	703 €	16,9 % (119 €)	25,3 %
4 enfants ou plus	428 €	627 €	31,7 % (199 €)	39,5 %
Ensemble	729 €	825 €	11,6 % (96 €)	20,0 %

Source : Rapport du COR, DREES (à partir de l'analyse des EIR 2004 et EIC 2001 avec comme champ les retraitées de droit propre nées en 1934 et 1938).

Lecture : la MDA représente en moyenne un apport de 7 % pour les mères d'un enfant et de près de 40 % pour celles ayant quatre enfants ou plus.

b) L'AVPF

L'AVPF agit à la fois sur la durée d'assurance et sur le salaire annuel moyen (SAM), ce qui rend les évaluations encore plus complexes. Avec les précautions requises, on peut cependant estimer :

- que pour les bénéficiaires des générations 1934 et 1938 (qui n'ont pu bénéficier pleinement du dispositif), l'AVPF représente en moyenne un apport de 22 % dans la pension de droit propre tous régimes ;
- que l'absence d'AVPF aboutirait pour 86 % des femmes bénéficiaires à une baisse de leur pension de base de 25 %, soit de 119 € par mois ; et que la part des femmes retraitées dont la pension mensuelle au régime général n'excède pas 250 € passerait de 21 % à 45 % : elles ne seraient plus que 33 % à enregistrer un montant de pension supérieur à 416 € par mois contre 56 % avec l'AVPF³⁴⁹.

³⁴⁸. Soit le rapport entre la pension moyenne avec MDA et la pension moyenne sans MDA (identique au coût pour le régime) ; à ne pas confondre avec la moyenne des apports individuels égale à la moyenne des rapports, individu par individu, entre la pension avec et sans MDA. La moyenne des apports individuels est de plus grande ampleur que l'impact sur la pension moyenne car l'apport est relativement plus fort pour les personnes touchant de petites pensions.

³⁴⁹. Estimations CNAVTS relatives aux retraitées parties en 2005.

3 – Un coût en forte croissance

Parmi les avantages familiaux, seules l'AVPF et la majoration de pension pour enfants servie par le régime général font l'objet d'un financement spécifique. Les autres avantages, dont la MDA, sont à la charge des régimes.

En outre, leur coût n'est pas évalué régulièrement. Les évaluations faites pour 2006 sont les suivantes :

- le coût annuel de la MDA, calculé à partir des données des régimes, est de 6 Md€ en 2006 dont 4,9 Md€ pour le seul régime général. A l'avenir, le coût de cet avantage devrait légèrement augmenter, dans la mesure où l'utilité des trimestres de MDA est croissante du fait de l'augmentation de la durée d'assurance requise ;
- le coût de l'AVPF, tel qu'estimé par la CNAVTS est de 1,1 Md€.

Cette dernière évaluation implique une précision : il y a aujourd'hui un fort déséquilibre entre les cotisations versées par la CNAF (4,2 Md€) et le coût actuel de ce dispositif pour la CNAVTS (estimé comme indiqué ci-dessus à 1,1 Md€). Pour autant, on ne peut en conclure que le niveau des cotisations versées serait trop élevé, pour deux raisons. D'une part, les périodes d'interruption de carrière sont valorisées comme les autres périodes d'assurance, à hauteur du SAM calculé au moment de la liquidation de la retraite, alors que les cotisations sont payées sur la base du SMIC. D'autre part, une étude de la CNAVTS, réalisée à partir de cas-types, montre que pour chaque individu, le cumul actualisé de surplus de pension lié à l'AVPF serait supérieur aux cotisations versées par la CNAF.

Le coût de l'AVPF va, au demeurant, fortement augmenter au cours des prochaines années. Sur la base des projections réalisées avec le modèle PRISME, la CNAVTS estime que ce coût représentera 4,8 Md€ en 2020 et 10,5 Md€ en 2040. Cette progression s'explique par l'augmentation du nombre de retraitées bénéficiaires de l'AVPF et par la stabilité du nombre de trimestres AVPF validés par les femmes. En poids relatif, le montant des pensions versées au titre de l'AVPF passerait ainsi de 1,7 % de la masse des pensions de droit propre régime général en 2004 à 5 % en 2020 et à 6,3% en 2040³⁵⁰. Toutefois la projection à horizon

350. Source : CNAVTS.

2040 est entachée de nombreuses incertitudes³⁵¹, dont la non prise en compte de l'effet plafond³⁵². Cette estimation constitue donc plus une tendance qu'une prévision.

Le différentiel actuel entre les cotisations dues par la CNAF et les prestations payées par la CNAVTS (3,1 Md€) étant presque résorbé à l'horizon 2020, cette situation va par conséquent, toutes choses égales par ailleurs, contribuer à accroître le déficit de la CNAVTS du même montant.

B – L'AVPF : des incohérences de plus en plus marquées

Le développement de ce dispositif, par strates successives (une dizaine d'extensions en trente-cinq ans), ne s'est pas accompagné d'une réflexion sur sa cohérence d'ensemble et sur sa lisibilité. Un certain nombre de dysfonctionnements en résultent.

1 – Un desserrement du ciblage sans redéfinition des objectifs

L'AVPF ne concernait initialement que les mères de famille inactives, bénéficiaires de l'allocation de salaire unique ou de mère au foyer. Depuis lors, les cibles visées se sont diversifiées, sans qu'il y ait trace d'une réflexion sur les objectifs poursuivis.

a) Un dispositif créé initialement pour les femmes au foyer

L'exposé des motifs de la loi de 1972 indiquait que l'assurance vieillesse des mères de famille, qui sera étendue aux hommes en 1979, représente « une étape fondamentale dans le statut de la mère de famille dans la mesure où elle souligne la valeur et l'utilité sociale de sa présence au foyer ».

351. Les projections retenues sont celles réalisées pour le COR, avec l'hypothèse d'un taux de chômage ramené à 4,5 % à partir de 2015. Par ailleurs, PRISME ne prend pas en compte les effets de la présence d'enfants sur les carrières des femmes. La projection à horizon 2040 doit donc être considérée avec prudence. En revanche, à horizon 2020, un quart des pensions et l'essentiel des éléments de carrière sont réels et non simulés par le modèle.

352. L'« effet plafond » correspond au fait que les plafonds de ressources sont revalorisés comme les prix alors que les revenus évoluent tendanciellement comme les salaires. De ce fait, à législation inchangée, le nombre de bénéficiaires diminue mécaniquement.

Même si de longues affiliations sont possibles pour les mères de famille nombreuse³⁵³, cette reconnaissance n'est que partielle puisque l'ouverture de droits dans le régime général ne s'accompagne pas de l'attribution de points dans les régimes complémentaires³⁵⁴ dont auraient pu décider les partenaires sociaux. Une telle attribution aurait vraiment contribué, comme le souhaitait le législateur à « lever les contraintes- sinon la différence de traitement en matière de statut social- entre mères de famille ayant un emploi et celles restant à leur foyer ». En effet, comme le montre une récente étude de la DREES réalisée à la demande de la Cour, dans 90 % des cas, une transformation de l'AVPF en période assimilée (pas de report de salaire au compte dans le régime général) serait favorable aux bénéficiaires, sous réserve qu'elle soit accompagnée d'une attribution de points gratuits dans les régimes complémentaires pour les périodes de présence au foyer.

Un exemple permet de mieux comprendre l'apport de ce dispositif. Soit une femme de la génération 1952 qui a eu son premier enfant en 1972 et deux autres enfants à trois ans d'intervalle. Elle est affiliée à l'AVPF de 1972 à 1993 et a travaillé uniquement deux ans avant d'avoir des enfants. Le montant de la pension CNAVTS qu'elle percevra s'élèvera à 470 € si elle attend 2017 (65 ans) pour liquider sa retraite. Sa pension ARRCO s'élèvera à 10 €, puisqu'elle n'a cotisé que deux ans. Si elle avait été salariée au lieu d'être affiliée à l'AVPF, elle aurait cotisé au régime ARRCO et eu droit à une retraite complémentaire d'un montant d'environ 100 €. Une fois à la retraite, si elle vit en couple et si son ménage a des ressources supérieures à 1 136 € par mois, elle bénéficiera de son droit propre d'un montant de 470 €. Si elle vit seule et n'a pas d'autres ressources, elle le verra porté au niveau du minimum vieillesse soit 677 € par mois pour une personne seule à partir de 65 ans.

353. Une mère de quatre enfants qui a eu ses enfants à trois ans d'intervalle bénéficiera de 24 années d'AVPF plus 8 années de MDA, soit au total 32 années de durée d'assurance.

354. Sauf à l'IRCANTEC, régime complémentaire des agents non titulaires du secteur public, où une bonification de points est servie dès le premier enfant aux cotisants qui justifient avoir interrompu leur activité pour élever leur enfant.

Quelques ordres de grandeur

La pension moyenne (avantage principal de droit direct), tous régimes confondus, est estimée par la DREES à 1 108 € fin 2007.

Le montant du minimum vieillesse, allocation différentielle servie sous conditions de ressources du ménage à partir de 65 ans, est de 677 € par mois pour une personne seule. Quant au minimum contributif³⁵⁵, dont bénéficient 60 % des retraitées parties en 2005 (parfois pour quelques euros), son montant est de 590 € et de 645 € avec majoration. A ce montant, s'ajoute le montant, variable, de la retraite complémentaire (environ 200 € pour une carrière complète au SMIC).

Selon la CNAVTS, 6 % des femmes bénéficiaires de l'AVPF ayant fait liquider leur retraite en 2006 ont validé des droits exclusivement grâce à l'AVPF. Cette proportion tend à diminuer³⁵⁶. Pour autant, la proportion de femmes qui valident des périodes assez longues reste significative. Aujourd'hui, selon la CNAVTS, 92 % des bénéficiaires de l'AVPF sont des femmes qui valident près de sept ans à ce titre. Mais cette moyenne masque de fortes disparités puisqu'environ un quart des monopensionnées valident plus de 12 ans d'AVPF.

L'AVPF qui bénéficie actuellement à un tiers des retraitées est un dispositif ciblé sur les petites retraites³⁵⁷ puisque le SAM des retraitées concernées par l'AVPF est inférieur de 25 % à celui des femmes qui ont fait liquider leur pension sans AVPF (générations 1935 et 1939). En outre, parmi les femmes bénéficiaires de l'AVPF, 74 % sont au minimum contributif -soit près de 15 points de plus que l'ensemble des retraitées.

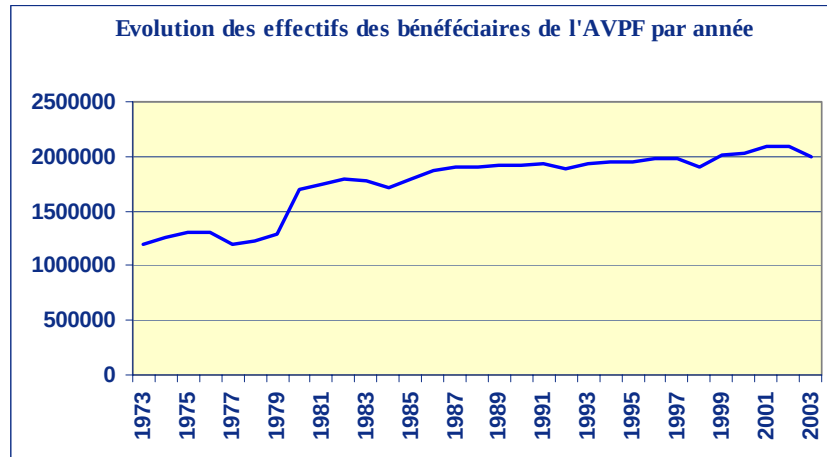
b) Un élargissement sans redéfinition des objectifs poursuivis

En 35 ans, le champ de la population couverte par l'AVPF a presque doublé pour passer, selon la CNAVTS, de 1,1 million de femmes affiliées entre 1973 et 1980 à 2 millions depuis 1994 (cf. graphique infra).

355. Cf. RALFSS 2008 pour plus de détails, p. 377 et suivantes.

356. 15 % des femmes de la génération 1930 n'entraient jamais sur le marché du travail. Ce chiffre n'est plus que de 5 % pour les femmes nées en 1960.

357. Il faut souligner que les retraitées actuelles ont peu bénéficié des extensions du dispositif : en 1972 les femmes de la génération 1945 avaient 27 ans ; en 1985, elles avaient 40 ans et donc une faible probabilité d'avoir de jeunes enfants.



Source : échantillon CNAVTS 2005

A l'origine, étaient seules bénéficiaires les femmes qui s'arrêtaient de travailler. Une série d'extensions a diversifié les publics cibles (en revanche les plafonds de ressources sont restés stables) :

- en 1977, deviennent bénéficiaires, sous condition de ressources et de revenu professionnel, les femmes percevant le complément familial. Dans le même temps, les femmes isolées -l'emploi du parent isolé étant le meilleur moyen de prémunir les enfants de la pauvreté³⁵⁸- ne sont pas soumises à la condition de plafond de revenu professionnel ;
- en 1985, la création de l'allocation parentale d'éducation (APE) ouvre la possibilité de bénéficier de l'AVPF en cas de temps partiel (lié à la présence d'un jeune enfant). Les bénéficiaires de l'APE à temps partiel bénéficient grâce à l'AVPF d'un complément de salaire porté au compte permettant d'atténuer l'impact du temps partiel sur la pension³⁵⁹. Parallèlement, le seuil de revenu professionnel compatible avec une affiliation est doublé ;
- en 1994, avec l'ouverture du droit à l'APE dès le deuxième enfant, les effectifs de bénéficiaires se stabilisent ;

358. « C'est principalement la difficulté à concilier vie professionnelle et responsabilités parentales qui conduit à aggraver si sensiblement le risque de pauvreté dans les familles monoparentales », Les enfants pauvres en France, rapport du CERC, 2004.

359. Aujourd'hui c'est le complément de libre choix d'activité (CLCA) à taux partiel qui permet de bénéficier de l'AVPF : l'assiette des cotisations est modulée en fonction de l'importance de l'activité professionnelle mesurée par la durée de travail (50 % du SMIC pour une durée travaillée inférieure ou égale à un mi-temps).

- en 2004, la création de la PAJE marque une nouvelle extension du dispositif, qui semble compensée par une diminution des effectifs de bénéficiaires du complément familial liée au déclin du nombre de familles nombreuses.

Aujourd'hui, les ouvertures de droit sont majoritairement liées à la charge d'un enfant de moins de trois ans (63 %) puis à la charge de famille nombreuse (36 %) et en dernier lieu pour une minorité de bénéficiaires (1 %) à une prestation liée au handicap (cf. tableau ci-dessous). Toutefois, ces chiffres ne reflètent pas le fait que les familles nombreuses peuvent être bénéficiaires de l'AVPF au titre de l'allocation de base de la PAJE (ou du CLCA) et pas seulement au titre du CF.

Bénéficiaires de l'AVPF en fonction de l'origine de l'affiliation

En %

	Structure effectifs AVPF
Complément familial (CF)	35,2
Allocation de base de la PAJE	55,1
CLCA taux plein et réduit	8,7
Allocation adulte handicapé (AAH)	0,1
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	0,8
Autres	0,1
Total	100,0

Source : CNAF - (données FILEAS 2008)

NB : Les bénéficiaires du CLCA sont pour la plupart dénombrés dans les bénéficiaires de l'allocation de base de la PAJE.

Par ailleurs, en 2007, selon la CNAF, les personnes isolées représentaient 27,5 % des personnes affiliées à l'AVPF³⁶⁰.

2 – Un dispositif devenu peu lisible

Complexe dans ses règles, l'AVPF qui ouvre automatiquement, et sans que le bénéficiaire en soit toujours informé, des droits à retraite dont le bénéfice est différé dans le temps, est peu connue.

a) Un dispositif très complexe

Aujourd'hui, pour être affilié à l'AVPF, plusieurs conditions doivent être réunies (cf. tableau ci-dessous) :

360. A titre de comparaison, les familles monoparentales représentaient en 2005 20 % des familles comportant au moins un enfant de moins de 25 ans.

1. bénéficiaire de certaines prestations familiales ou être dans une situation ouvrant la possibilité d'être affilié ;
2. avoir des ressources inférieures à un seuil qui varie selon les motifs d'affiliation et selon que l'on est isolé ou que l'on vit en couple ;
3. dans certains cas seulement, ne pas exercer d'activité professionnelle ou avoir des revenus professionnels inférieurs à un plafond ou encore ne pas être affilié à un autre titre.

La complexité qui résulte de la combinaison de ces différentes conditions apparaît dans le tableau figurant ci-après.

Selon une étude de 2007 de la CNAF, réalisée à partir de données 2003 sous un certain nombre d'hypothèses relatives notamment à l'inactivité, on peut estimer que parmi les bénéficiaires de prestations³⁶¹ ouvrant droit à l'AVPF, seulement un sur dix est exclu du bénéfice de l'AVPF du fait des deux autres critères³⁶².

Bien que ces données ne soient qu'estimatives, il apparaît ainsi que le raffinement de l'AVPF résultant de l'enchevêtrement de multiples conditions aboutit, in fine, à n'exclure du dispositif qu'environ un bénéficiaire de prestations familiales sur dix. Cela semble peu au regard du coût, en matière de gestion mais aussi de lisibilité, qu'engendre cette complexité.

361. Parmi ces prestations, celles soumises à condition de ressources (CF et AB PAJE) le sont à un niveau relativement élevé (entre 2 874 € et 3 938 € par mois pour un couple avec trois enfants).

362 Une récente étude de la CNAF (e-sentiel n°89, août 2009) confirme cet ordre de grandeur.

Les conditions de ressources et de revenu professionnel pour bénéficier de l'AVPF en 2009

Condition 1 : prestations ou situations ouvrant droit à l'affiliation	Condition 2 : plafond de ressources (N-2) du bénéficiaire et de son éventuel conjoint pour l'affiliation		Condition 3 : plafond de revenu professionnel (avant abattements fiscaux) pour la personne à affilier	
	Membre d'un couple	Personne isolée	Membre d'un couple	Personne isolée
Complément familial ^(a)	Plafond du CF 1 enf. : 23 951 € 2 enf. : 28 741 € 3 enf. : 34 489 €	Plafond de l'ARS^(b) 1 enf. : 22 321 € 2 enf. : 27 472 € 3 enf. : 32 623 €	Revenu de l'année de référence (N-2) inférieur à 12 fois le montant de la BMAF ^(c) soit 4 489 €	Néant
AB PAJE ^(d)	Plafond de l'ARS			
CLCA taux plein ou COLCA ^(e)	Plafond du CF	Plafond de l'ARS	Revenu de l'année de perception de la prestation inférieur ou égal à 63 % du plafond de la sécurité sociale soit 21 614 €	
CLCA taux partiel ^(f)				
AJPP ^(g)				
Congé de soutien familial ^(h)	Plafond du CF (disponible sur www.caf.fr)		Ne pas exercer d'activité professionnelle	
Charge d'un handicapé			Ne pas être affilié à un autre titre	

Source : Cour des comptes

(a) **Le complément familial** est versé sous conditions de ressources (qui excluent une famille sur quatre) aux familles d'au moins trois enfants dont aucun de moins de 3 ans.

(b) **L'allocation de rentrée scolaire** est versée sous conditions de ressources.

(c) **La base mensuelle des allocations familiales** est fixée à 374,10 € en 2007.

(d) **L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant** est versée sous conditions de ressources (qui excluent une famille sur dix) pour un enfant de moins de 3 ans.

(e) **Le complément de libre choix d'activité** à taux plein (ainsi que le complément optionnel de libre choix d'activité pour les familles nombreuses) est attribué au parent d'un enfant de moins de trois ans qui cesse son activité professionnelle pour l'élever.

(f) **Le CLCA à taux partiel** est attribué à un parent de jeune enfant qui travaille à temps partiel.

(g) **L'allocation journalière de présence parentale** est versée au parent qui cesse temporairement son activité pour s'occuper d'un enfant gravement malade.

(h) **Le congé de soutien familial** donne le droit de cesser son activité professionnelle pendant quelques mois pour s'occuper d'un parent dépendant.

b) Une information lacunaire

L'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général se fait en général de manière automatique : le site www.caf.fr indique que si l'intéressé remplit les conditions la CAF procède à son affiliation et l'avise chaque année.

En réalité, selon la CNAF, seule la moitié des CAF envoie des notifications de droit et ces envois suscitent d'ailleurs de nombreuses questions de la part des bénéficiaires. Les intéressés découvrent souvent a posteriori et parfois tardivement l'existence de ce dispositif, même si des projets d'amélioration sont envisagés par la CNAF.

L'information disponible paraît d'autant plus limitée que la cohérence d'ensemble de ce dispositif, du point de vue de l'assuré, peut être réduite en raison du constat de divers dysfonctionnements.

3 – Des dysfonctionnements

a) Un dispositif parfois compatible avec une profession à temps plein

L'AVPF est souvent présentée comme un dispositif assurant une continuité des droits à retraite en cas de cessation ou de réduction d'activité pour s'occuper d'un enfant ou d'une personne handicapée. Toutefois, l'AVPF, pour une part non négligeable de ses bénéficiaires, est compatible avec l'exercice (à temps plein) d'une profession.

C'est d'abord le cas pour les parents isolés : n'étant pas soumis à un plafond de revenu professionnel, ils peuvent exercer une activité et être affiliés à l'AVPF. Même si l'objectif de les maintenir en emploi est légitime, la technique utilisée ici n'est pas pertinente. En outre, les caractéristiques de ces bénéficiaires et l'effet de ce dispositif ne sont pas connus, aucune étude n'ayant été réalisée sur ce sujet.

C'est le cas aussi d'un certain nombre de bénéficiaires, en raison du décalage de deux ans³⁶³ dans l'appréciation du revenu professionnel et du seuil de tolérance³⁶⁴ de 12 fois la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF), soit 4 489 € en 2007, seuil qui est censé apprécier l'inactivité. Ce décalage dans l'appréciation des revenus peut avoir pour conséquence :

- d'ouvrir le droit à l'AVPF à une personne dont le revenu est élevé l'année d'affiliation mais dont le revenu professionnel annuel était inférieur au seuil l'année N-2 ;

363. Le décalage de deux ans est généralisé pour l'attribution des prestations familiales sous condition de ressources mais pour les autres prestations il pose moins de problèmes que dans le cas présenté.

364. Introduit au niveau réglementaire par le décret du 8 mars 1978 et doublé en 1985. Ce seuil annuel de 4 489 €, bien que faible, permet pourtant de valider trois trimestres au régime général.

- à l'inverse de ne pas permettre l'affiliation à l'AVPF d'une personne dont le revenu professionnel de l'année N est faible parce que son revenu est supérieur au seuil l'année N-2.

La Cour avait déjà soulevé ces difficultés dans son rapport sur la sécurité sociale de 1998³⁶⁵. Il n'aurait d'ailleurs pas été techniquement difficile de modifier cette règle, puisque ce sont les revenus de l'année d'affiliation qui sont pris en compte pour les bénéficiaires de l'AVPF -minoritaires- au titre du CLCA ou de l'AJPP.

Enfin, l'affiliation à l'AVPF au titre de la charge d'un handicapé est subordonnée au fait « que cette affiliation ne soit pas acquise à un autre titre ». Ainsi, toute activité est théoriquement interdite à ces bénéficiaires. Toutefois, le système actuel ne permet pas d'apprécier avec fiabilité le respect de cette condition. Cette situation pourrait néanmoins s'améliorer par la modification, en cours, de certains formulaires.

b) Les effets pervers croissants des conditions de ressources

Le fait qu'il faille respecter jusqu'à trois conditions de ressources pour bénéficier de l'affiliation conduit à des exclusions dès que l'un de ces seuils est dépassé et ce alors même que le taux global d'exclusion semble faible (cf. supra p. 345).

Pour la cohérence d'ensemble du système, le législateur avait créé en 1972, parallèlement à la condition de ressources, une assurance volontaire des parents chargés de famille. Toutefois, cette assurance n'a pas rencontré de vraie demande puisqu'il n'y a que 1 500 affiliés à ce jour (contre 3 690 en 1980).

En outre, faire dépendre le droit propre de la femme des revenus de son mari au moment de l'ouverture des droits devient contestable dans un contexte d'instabilité croissante des couples et ne présume pas du niveau de revenu des assurées au moment de leur retraite.

c) Des effets d'ampleurs variables sur la pension en fonction du régime principal d'affiliation

La portée sur le plan financier de l'AVPF peut être très variable et on pourrait même dire aléatoire tant sont complexes les règles qui s'appliquent, selon le régime du bénéficiaire ou sa situation. Les règles de l'AVPF sont identiques pour tous. Pourtant, l'AVPF n'assure pas le même avantage selon que l'assuré relève ou non du régime général au titre de son activité.

365. RALFSS 1998, recommandation p. 593.

Ainsi, en cas de poursuite d'une activité professionnelle, l'affiliation simultanée au régime général grâce à l'AVPF et à un second régime à un autre titre est généralement plus favorable à l'intéressé que s'il n'était affilié qu'au régime général.

Il faut également relever la situation peu justifiée des fonctionnaires³⁶⁶. Depuis 2004 (cf. infra encadré sur la réforme de 2003 dans la fonction publique), lorsqu'ils interrompent leur activité pour élever un jeune enfant, leur droit à pension dans le régime de la fonction publique est entièrement préservé. De plus, si leur ménage remplit les conditions de ressources, ils valident parallèlement des droits au régime général au titre de l'AVPF.

Enfin, rien n'empêche un retraité d'être affilié à l'AVPF (0,5 % des affiliés à l'AVPF ont plus de 60 ans³⁶⁷) et les effets sont différents selon qu'il a ou non déjà liquidé une retraite au régime général.

d) Autres anomalies

L'AVPF présente d'autres caractéristiques qui peuvent être ressenties par les intéressés comme des dysfonctionnements :

- L'AVPF peut dans certains cas, rares -moins d'une bénéficiaire sur cent- faire diminuer la pension (de 4 % en moyenne), lorsqu'elle entraîne la baisse du SAM de femmes dont l'évolution salariale est supérieure au SMIC (c'est le cas pour environ une femme sur dix, mais la baisse du SAM peut notamment être compensée par l'effet du minimum contributif) ;
- L'AVPF n'est applicable dans les DOM qu'au titre du handicap, ce qui résulte de la loi de 1977 instituant le complément familial.

C – Une inadaptation croissante de ces deux dispositifs

1 – L'évolution du contexte

a) La situation des femmes sur le marché du travail

Depuis les années 1970, le taux d'activité des femmes a fortement progressé. Corrélativement, les interruptions d'activité liées à l'éducation des enfants ont diminué et les écarts de salaire entre hommes et femmes se sont réduits.

366. Une même situation se constate pour d'autres régimes spéciaux.

367. Il s'agit en majorité d'hommes retraités, nés à l'étranger, bénéficiaires de l'AVPF au titre du complément familial.

L'objectif d'égalité entre les hommes et les femmes n'est pas pour autant atteint. Le travail à temps partiel (souvent contraint) s'est développé surtout pour les femmes et les écarts de salaires horaires ne se réduisent plus. Selon l'INSEE, le salaire moyen des femmes est encore inférieur de 20 % à celui des hommes dans le secteur privé et l'écart qui reste inexpliqué par la qualification ou le nombre d'heures travaillées est d'au moins 7 %. En outre, les femmes sont plus affectées par le chômage et la répartition des tâches domestiques entre les hommes et les femmes reste dissymétrique (ce phénomène s'accroît à l'arrivée des enfants).

b) Un fort rapprochement des durées d'assurance mais pas des niveaux de pension entre hommes et femmes

Pour autant, les écarts entre les durées d'assurance des hommes et des femmes se réduisent au fil des générations, en raison notamment du travail plus fréquent des femmes et de la diminution des durées d'assurance des hommes à compter de la génération 1950. L'écart observé grâce à l'EIC 2005 entre les durées d'assurance des hommes et des femmes (y compris AVPF et périodes assimilées, mais hors MDA et périodes militaires) passe ainsi de 31 trimestres pour la génération 1942 à moins d'un trimestre pour la génération 1970 (pour cette dernière génération, ce résultat ne reflète toutefois que les débuts d'activité professionnelle).

Selon les projections de la CNAVTS réalisées à partir du modèle PRISME (dont les limites ont été rappelées précédemment), apparaîtrait dès la génération 1954 un écart de durée (y compris MDA) en faveur des femmes de l'ordre de cinq trimestres pour la génération 1980 (à 60 ans). Hors MDA, l'écart à 60 ans (cette fois favorable aux hommes) passerait de 18 trimestres pour la génération 1950 à dix trimestres pour la génération 1980.

Ainsi, les données observées par la DREES comme les projections de la CNAVTS montrent un réel rapprochement des durées d'assurance entre hommes et femmes (y compris AVPF). Par ailleurs, alors que la pension moyenne des hommes est près de deux fois supérieure à celle des femmes pour les générations 1940 à 1944, l'écart de pension moyenne entre les hommes et les femmes devrait se réduire au fil des générations. Cependant des écarts importants subsistent, puisque la pension moyenne des femmes pourrait ne représenter que 63 % de celle des hommes pour les générations 1965 à 1974³⁶⁸.

368. Bonnet C., Buffeteau S. et Godefroy P. (2006), Economie et statistique, n°398-399, INSEE.

2 – Une risque de désincitation à la poursuite d'activité

Dans ce contexte progressivement modifié, le jeu combiné de l'AVPF et de la MDA -qui, se cumulant intégralement³⁶⁹, peuvent conduire à de longues périodes de validation gratuite- entraîne, d'une part, une certaine surcompensation des interruptions lorsqu'elles sont très longues et, d'autre part, une désincitation à la poursuite du travail, à l'inverse de l'objectif recherché par la France (en retard par rapport à l'objectif d'activité des seniors fixé au Conseil européen de Lisbonne de 2000).

a) Les effets du cumul entre AVPF et MDA

Selon les projections de la CNAVTS³⁷⁰, parmi les monopensionnées du régime général faisant liquider leur pension en 2020, la durée d'assurance totale apparaît croissante avec la durée acquise au titre de l'AVPF (cf. tableau ci-dessous).

Pension moyenne du régime général en fonction du nombre d'années d'AVPF (champ : flux de monopensionnées 2020)

Monopensionnées	Effectifs	Part dans les effectifs	Pension moyenne mensuelle	Durée d'assurance flux 2020 (chiffres du flux 2005)	Durée AVPF (trimestres)	Durée MDA (trimestres)	Age de départ
Nombre d'années d'AVPF							
0	88 794	41 %	571 €	123 (133)	0	12	62,3
0-3 ans	40 624	19 %	559 €	131 (130)	8	17	62,1
3-6 ans	28 770	13 %	555 €	137 (123)	18	17	62,1
6-12 ans	22 931	11 %	542 €	140 (130)	35	19	61,9
Plus de 12 ans	35 696	16 %	613 €	158 (151)	74	21	61,6
Total	216 814	100 %	570 €	134	20	16	62,1*

Source : Modèle PRISME ; note du COR du 22 octobre 2008

Montants exprimés en euros 2004.

* L'âge de liquidation de la pension (61,5 ans pour la génération 1938) doit bien être distingué de l'âge de sortie du marché du travail qui est actuellement de 59,1 ans pour les femmes. Les femmes, qui ne sont que 44 % en 2004 à avoir validé une carrière complète, sont 40 % à attendre 65 ans pour faire valoir leurs droits.

369. Ce qui n'est pas le cas pour le congé parental. Le père ou la mère peut alors bénéficier d'une MDA égale à la durée du congé (d'au maximum trois ans par enfant). Cette majoration se substitue à la MDA de droit commun lorsqu'elle est plus favorable, mais elle est cumulable avec l'AVPF (sauf pour la fonction publique, cf. infra).
370. Les limites du modèle PRISME ont été rappelées supra, à la note de bas de page n° 351, p. 340, notamment le fait que ce modèle n'intègre pas les effets de la présence d'enfants sur la carrière des femmes.

b) Des effets négatifs sur le travail après 60 ans

Pendant longtemps, la MDA a surtout permis une amélioration du niveau des pensions des femmes et n'a entraîné que de manière marginale un départ en retraite plus précoce en raison du faible nombre de femmes ayant des carrières complètes. Aujourd'hui, selon la CNAVTS, environ 20 % du flux de retraitées de 2004 bénéficiant d'une MDA ont pu anticiper leur départ en moyenne de 2,5 ans.

Le rapport Bozio précité montre à partir de données 2004 de la CNAVTS que l'AVPF et la MDA ont désormais un impact négatif sur le nombre de trimestres validés après 60 ans. Les femmes qui ont des carrières longues profitent de ces avantages pour s'arrêter plus tôt que les femmes qui ont eu moins d'enfants qu'elles. Ainsi, accorder dix trimestres gratuits d'AVPF ou de MDA réduit en moyenne la durée travaillée des femmes en fin de carrière de deux trimestres. Ce résultat doit toutefois être rapproché du fait que selon la CNAVTS, seules 35 % des femmes de la génération 1941 occupaient un emploi à 59 ans

La MDA et l'AVPF ont donc un effet négatif sur l'offre de travail des femmes en fin de carrière. Ces avantages se conjuguent avec des congés parentaux relativement longs pour caractériser une politique familiale désincitative au travail des femmes, qui a des conséquences en matière de carrières. En effet, l'ensemble des études montrent qu'une interruption de carrière suite à la naissance d'un enfant entraîne une perte significative de salaire dans les années qui suivent la reprise d'emploi.

L'AVPF et la MDA doivent donc être réformées en cohérence avec les congés parentaux pour inciter -ou a minima ne pas avoir d'effet négatif- sur l'offre de travail des femmes à tout âge.

3 – Le champ d'application de la MDA remis en question

De la même façon que la MDA accordée aux femmes dans le régime de la fonction publique a été modifiée (cf. encadré infra) à la suite de l'arrêt Griesmar³⁷¹, la MDA accordée par le régime général est appelée à évoluer. En effet, le 21 décembre 2006³⁷², la Cour de cassation a octroyé le bénéfice de la MDA à un père ayant prouvé qu'il avait élevé seul son enfant, puis le 19 février 2009³⁷³, elle a cessé d'exiger l'isolement du père pour l'octroi de la MDA à un père de famille ayant élevé six enfants, une différence de traitement entre hommes et femmes

371. CJCE, 29 novembre 2001, Griesmar, Aff. C 366/99 et CE, 10 juillet 2002.

372. Cour de cassation, chambre civile 2, 21 décembre 2006, n° 04-30586.

373. Cour de cassation, chambre civile 2, 19 février 2009, n° 07-20668.

ayant élevé des enfants dans les mêmes circonstances ne pouvant être admise qu'en présence d'une justification objective et raisonnable. La Cour de cassation autorise donc l'extension aux pères du bénéfice de la MDA dans le régime général.

Or, une extension de la MDA aux pères, à législation inchangée, outre son coût très élevé à terme (de l'ordre de 3 Md€ à 4 Md€), remettrait en cause l'objectif de tenter de compenser les écarts de pension entre les sexes. Il est donc nécessaire d'envisager à court terme une réforme de la MDA en réponse à ces développements jurisprudentiels, sans attendre un accroissement du volume des contestations.

II - La nécessité d'une réforme

A – Principes susceptibles de guider une réforme

Au-delà de mesures techniques de simplification, des évolutions profondes s'imposent. Il est en effet nécessaire :

- de simplifier et de remettre de la cohérence dans un ensemble de dispositifs adoptés dans un tout autre contexte social et sociologique et dont les modifications au fil du temps ont accru les défauts ;
- de favoriser l'emploi des femmes et donc la conciliation entre activités familiales et professionnelles ;
- de maîtriser la croissance inévitable des dépenses de retraite en réformant ce qui n'est plus totalement justifié et en accroissant la contributivité des prestations.

Les contours de cette réforme ne sont toutefois pas faciles à établir, compte tenu des dimensions multiples du sujet (retraite, famille, emploi) et des incidences sociales potentielles, d'ailleurs difficiles à estimer³⁷⁴.

Pour autant, le rapport très complet adopté par le COR en décembre 2008 fournit les éléments nécessaires au débat. Ce rapport, qui examine les effets de réformes des avantages familiaux à enveloppe budgétaire constante, a notamment mis en avant l'objectif de compenser les effets des enfants sur les carrières des mères. Ces pistes constituent un apport précieux, même s'il est permis de s'interroger sur l'opportunité qui y est indiquée de « recycler » les économies éventuelles obtenues sous la

374. Une diminution des droits familiaux, à législation constante, entraînerait dans le champ des retraites, pour des montants restant à déterminer, une augmentation des dépenses au titre du minimum contributif et du minimum vieillesse.

forme d'une majoration de pension dès le premier enfant venant compenser la réduction de la MDA.

En effet, les orientations retenues pour l'évolution de l'AVPF et de la MDA doivent intégrer la contrainte financière, évidente dans le contexte de la dégradation des finances sociales et des comptes de la branche retraite et qui sera accrue par la croissance à venir du coût de l'AVPF.

En outre, ces évolutions doivent être pensées avec le souci d'une cohérence et d'une efficience accrues du système des aides aux familles, qui devrait privilégier l'aide apportée lorsque les enfants sont à charge, plutôt que quand les parents sont en retraite. Or, la situation présente peut être caractérisée comme déséquilibrée, au bénéfice des avantages de retraite, puisque l'ensemble des avantages familiaux de retraite représentaient en 2004, selon le rapport Bozio précité, environ 17,6 Md€ contre 25,6 Md€ pour l'ensemble des prestations familiales (allocations familiales et prestations jeune enfant).

C'est pourquoi, si la Cour propose de confirmer comme prioritaire l'objectif de compenser les interruptions d'activité liées à la présence d'enfants, en veillant toutefois à ne pas inciter les femmes à s'éloigner durablement du marché du travail, les mesures précises préconisées devraient être orientées vers la recherche d'économies pour ce qui concerne les avantages familiaux de retraite. Par ailleurs, les contraintes particulières des familles de trois enfants et plus devraient être prises en compte.

B – Réduire la durée de la MDA

Compte tenu de l'arrêt précité de la Cour de cassation de février 2009, une évolution de la MDA est nécessaire rapidement pour prévenir le risque de son extension aux hommes par la voie contentieuse.

Le COR, qui n'a pas pu tenir compte dans son rapport, paru en 2008, du dernier arrêt de la Cour de cassation, distinguait des évolutions de la MDA à court terme, en réponse aux contraintes juridiques, d'évolutions à plus long terme³⁷⁵.

La Cour estime qu'au regard de la teneur de l'arrêt de la Cour de cassation, il semble difficile de distinguer une adaptation à court terme

³⁷⁵. A court terme, le COR proposait notamment de lier le bénéfice de la MDA à l'accouchement. A long terme, la MDA verrait son niveau revu à la baisse (la MDA n'étant pas l'instrument le mieux adapté pour compenser les effets indirects des enfants sur les pensions) : sa durée ne serait plus, par exemple, que d'une année.

d'une réforme à plus long terme. En effet, lier la MDA à l'accouchement nécessite de la réduire fortement, comme cela a été fait dans le régime de la fonction publique pour les enfants nés après 2004 (cf. encadré infra), afin qu'une certaine proportionnalité soit bien respectée entre l'avantage accordé aux seules femmes et l'inégalité que le dispositif vise à corriger. En effet, pour le juge communautaire, qui se livre à un véritable contrôle de proportionnalité, un écart éventuel de majoration de durée d'assurance entre la fonction publique et le secteur privé serait difficile à justifier.

C'est pourquoi, dans un souci de cohérence et d'harmonisation, la Cour recommande que la MDA du régime général soit réformée en s'inspirant du schéma retenu dans la réforme de la fonction publique, pour ce qui concerne les femmes qui n'interrompent pas leur activité au-delà du congé maternité.

La réforme de la MDA dans la fonction publique en 2003

Suite à l'arrêt Griesmar, la France a dû revoir en 2003 le dispositif de majoration de durée d'assurance dans les régimes de retraite de la fonction publique pour respecter le principe d'égalité entre hommes et femmes. Sur ce point, en 2003, la réforme n'a concerné que le régime de la fonction publique, dans la mesure où ce dernier a été qualifié de régime professionnel par la Cour de justice des communautés européennes, à la différence du régime général.

La loi de 2003 distingue le cas des enfants nés ou adoptés après le 1^{er} janvier 2004 et celui des enfants nés ou adoptés avant cette date.

Aujourd'hui, pour chaque naissance, deux trimestres de majoration sont accordés aux mères (au lieu de quatre avant la réforme). Et les périodes d'interruption ou de réduction d'activité d'un des parents sont prises en compte dans la limite de trois ans par enfant. Mais ces deux avantages ne se cumulent pas. La majoration de deux trimestres pour les femmes, qui s'ajoute à la prise en compte de la période de congé maternité, vise à compenser les désavantages de carrière qu'induit l'interruption de service liée à l'accouchement.

Pour les enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} janvier 2004, la majoration d'un an qui existait (sous le nom de « bonification pour enfant ») est maintenue, à la condition d'avoir interrompu son activité pendant une période continue d'au moins deux mois suite à la naissance à l'adoption. La majoration peut bénéficier aux pères ou aux mères, mais, compte tenu de la durée du congé maternité, cette majoration continue en pratique à bénéficier aux mères.

Les effets de cette réforme sont très progressifs, puisqu'elle ne sera complètement effective que pour les générations ayant eu tous leurs enfants après 2004, c'est-à-dire à partir de la génération 1985 environ (liquidant à partir de 2045).

Ainsi, à terme le bénéfice d'une MDA de deux trimestres serait lié à un accouchement ou à une adoption, pour les enfants nés après la réforme.

Pour les enfants nés ou adoptés avant la réforme, une période transitoire est nécessaire afin d'éviter un passage trop brutal d'une MDA de huit à deux trimestres. Mais ce régime temporaire doit être conforme à la jurisprudence en matière d'égalité hommes-femmes. Une MDA serait donc accordée au parent ayant interrompu son activité pendant au moins deux mois suite à la naissance ou l'adoption. A la différence de ce qui a été fait pour la fonction publique, la durée de cette MDA pourrait diminuer de manière progressive³⁷⁶, jusqu'à atteindre le niveau de deux trimestres.

En cas d'interruption d'activité au-delà du congé maternité, c'est l'AVPF réformée qui assurerait la compensation (cf. infra) et non une MDA spécifique, comme c'est le cas dans la fonction publique.

C – Réformer l'AVPF en cohérence avec l'évolution de la MDA

En cohérence avec l'évolution de la MDA, une réforme profonde de l'AVPF, permettant d'en faire un dispositif simple de compensation des interruptions de carrière, est nécessaire³⁷⁷. Toutefois, si l'AVPF conservait, même en partie, ses caractéristiques actuelles, il conviendrait d'adopter des mesures de nature technique permettant de remédier aux dysfonctionnements signalés.

1 – Des mesures techniques

Le droit actuel est inutilement complexe et doit pouvoir être simplifié, par plusieurs mesures complémentaires :

- en premier lieu, généraliser la condition d'absence d'affiliation à un autre titre (qui existe actuellement, mais de manière limitée, pour les

376. Plusieurs modalités sont envisageables pour la mise en œuvre de ce régime transitoire : une diminution progressive des trimestres de majoration accordés selon la date de demande de liquidation de la pension ou une diminution progressive en fonction des générations, ce qui permettrait des ajustements pour tenir compte du rapprochement signalé des durées d'assurances entre hommes et femmes.

377. Sous réserve de certaines dérogations à la condition d'interruption d'activité professionnelle ciblant les parents sans emploi (étudiants, parents au foyer, chômeurs...).

seules personnes en charge de handicapés). Une telle mesure constituerait une traduction renouvelée de la condition d'inactivité professionnelle, plus aboutie que la condition actuellement posée, de revenus professionnels inférieurs à un plafond. Plus largement, cette condition garantirait que l'AVPF ne conduise plus à une double affiliation, notamment pour les fonctionnaires. Une exception ne serait maintenue que pour les personnes bénéficiaires du CLCA à taux partiel³⁷⁸ (pour eux, la condition de revenus professionnels existante serait maintenue) ;

- en second lieu, ne plus permettre l'affiliation à l'AVPF des personnes ayant déjà liquidé une pension de retraite, ce qui irait dans le sens d'une meilleure lisibilité (même si les effectifs concernés sont limités) ;
- enfin, si la condition de ressources n'était pas supprimée, il faudrait refondre les plafonds de ressources, pour les harmoniser (en retenant comme seuil unique celui du CF, par exemple). Cette évolution accroîtrait légèrement les dépenses³⁷⁹, mais cela serait compensé par les économies dégagées par les autres mesures.

Par ailleurs, une mesure simple consisterait à neutraliser l'effet de l'AVPF, lorsqu'il produit l'effet paradoxal et peu compréhensible de faire diminuer la pension. Retenir à la liquidation la solution la plus favorable à l'assuré, avec ou sans les droits acquis via l'AVPF, semble en effet raisonnable, même si peu de personnes sont concernées.

Enfin, comme on l'a vu, l'information individualisée est très insuffisante. Une notification devrait donc être envoyée régulièrement aux bénéficiaires. Les éventuels refus d'affiliation devraient également être signalés, afin que les intéressés puissent prendre les décisions relatives à leur suspension ou réduction d'activité en toute connaissance de cause.

378. Ce dispositif spécifique est utile, car dans le régime général, il n'existe à ce jour pas d'autre solution permettant de compenser effectivement les conséquences en matière de retraite du travail à temps partiel lié à la présence d'enfants.

379. Cette dépense supplémentaire serait, selon la CNAF, assez limitée « et pourrait vraisemblablement être compensée par les économies réalisées par la disparition des doubles affiliations, coûteuses pour la branche famille ». A partir des informations fournies par la CNAF, au maximum 50 000 personnes supplémentaires pourraient être affiliées à l'AVPF en raison du léger relèvement de la condition de ressources, ce qui représente moins de 3 % de l'effectif total d'affiliés.

2 – Une réforme plus profonde

Dans la continuité des évolutions envisagées par le COR, la Cour suggère que l'AVPF devienne l'unique dispositif de compensation des interruptions de carrière ou de la réduction d'activité des parents qui se consacrent à l'éducation d'un enfant. La durée compensée pour chaque interruption serait limitée, soit par l'âge de l'enfant élevé, soit par un nombre maximum d'années d'affiliation par enfant pour les familles nombreuses.

De plus, comme dans la fonction publique, les *possibilités de cumul* des deux dispositifs seraient limitées : le bénéfice des deux trimestres de MDA serait perdu si deux trimestres ou plus d'AVPF étaient validés l'année de l'accouchement.

Toute condition de ressources spécifique à l'AVPF devrait être supprimée, ce qui simplifierait fortement le dispositif et faciliterait la diminution de la durée de la MDA. En revanche, un lien pourrait être conservé avec la perception d'une prestation familiale, par exemple le CLCA, prestation versée sans condition de ressources.

Le CF, quant à lui sous condition de ressources, pourrait également continuer à ouvrir droit à l'AVPF pour tenir compte des contraintes particulières des familles de trois enfants et plus. Ainsi, les actuels bénéficiaires de l'AVPF au titre du CF, qui représentent 36 % des affiliés, continueraient à être inclus dans le champ du nouveau dispositif. Un plafonnement de la durée maximale d'affiliation par enfant serait cependant introduit³⁸⁰.

L'augmentation du nombre de bénéficiaires liée à la suppression de la condition de ressources devrait être plus que compensée par la restriction par ailleurs du champ de l'AVPF : suppression de la possibilité de cumul avec une activité professionnelle ; limitation du nombre d'affiliations au titre du CF en raison du plafonnement. L'impact de cette réforme n'a pas pu être précisément chiffré, mais un schéma relativement proche³⁸¹ de la réforme d'ensemble proposée par la Cour a été simulé par la CNAVTS à partir de son modèle PRISME à la demande du COR.

380. Par exemple à quatre années par enfant, soit douze ans pour une mère de trois enfants contre 21 ans au maximum dans le système antérieur, à comparer à trois ans maximum par enfant pour les bénéficiaires au titre d'une prestation jeune enfant.

381. Dans cette simulation, les règles sont modifiées comme suit : l'AVPF n'est plus accordée que pour les interruptions entre les 0 et 3 ans de l'enfant ; la MDA est réduite à deux trimestres par enfant au titre de l'accouchement ; le bénéfice des deux trimestres de MDA est perdu si deux trimestres ou plus d'AVPF sont validés.

Pour le flux de retraitées monopensionnées de 2020, la pension moyenne baisserait de 14 % et la durée d'assurance de 21 trimestres. Ces chiffres sont néanmoins à considérer avec la plus grande prudence³⁸² : il s'agit d'ordres de grandeur qui constituent plutôt des majorants. Il faut rappeler que cette réforme n'aurait d'effets qu'à très long terme pour ce qui concerne les droits à retraite. Elle aurait cependant des effets immédiats sur le nombre d'affiliés.

La Cour suggère par ailleurs, comme c'est le cas dans certains pays (Allemagne ou Royaume-Uni), que le bénéfice effectif de l'AVPF puisse être conditionné à une durée minimale cotisée au moment de la liquidation de la pension. Cette mesure serait particulièrement souhaitable, mais en admettant de nécessaires dérogations à la condition d'interruption d'activité professionnelle, permettant d'affilier à l'AVPF des étudiants ou des personnes en recherche d'emploi. Elle aurait en outre des effets financiers plus rapides³⁸³, ce qui permettrait de limiter l'accroissement des dépenses liées à la montée en charge de l'AVPF.

A la demande de la Cour, la CNAVTS a simulé plusieurs variantes de cette mesure pour le flux de nouveaux retraités 2006. Une durée minimale cotisée fixée à cinq ans exclurait 4,5 % des femmes nouvellement retraitées (9 % pour une durée de dix ans) et réduirait les dépenses au titre de l'AVPF de 18 % (31 % pour dix ans). Pour les intéressées dont la pension baisserait, la diminution de leur droit propre serait respectivement de l'ordre de 46 % et 40 % pour une durée minimale cotisée de cinq et dix ans.

S'il était envisagé de mettre en œuvre cette dernière disposition, il faudrait néanmoins veiller à limiter les effets de seuil et étudier ses conséquences sociales qui pourraient être contenues par le jeu du minimum contributif ou du minimum vieillesse.

382. Seule la pension de base est simulée ; on observe les effets d'une réforme totalement montée en charge sur des générations de femmes qui n'ont pas les mêmes carrières que celles qui partiront en retraite à partir de 2040 ou 2050 ; l'effet de rattrapage du minimum vieillesse n'est pas intégré. En outre, la réforme proposée par la Cour serait moins restrictive dans la mesure où la condition de ressources de l'AVPF serait supprimée et où le CF pourrait continuer à ouvrir droit à une AVPF plafonnée. S'ajoutent à ces limites, celles déjà signalées (cf. note n° 351 supra) propres au modèle PRISME.

383. Elle pourrait être mise en œuvre pour des personnes éloignées de l'âge de départ à la retraite, soit à partir de la génération 1955 par exemple, ce qui permettrait de ne pas réduire les droits des femmes directement visées par la création de l'AVPF en 1972.

SYNTHESE

Les différentes mesures présentées s'inscrivent dans le cadre d'une réflexion sur l'évolution du système de retraites. Elles visent à simplifier l'AVPF, à améliorer son articulation avec la MDA et à rendre cohérents les deux dispositifs avec l'objectif d'augmentation du taux d'emploi des femmes, y compris seniors.

En tout état de cause, les avantages familiaux ne peuvent pas échapper aux contraintes financières qui pèsent sur la branche vieillesse, d'autant qu'il semble plus efficace de privilégier les aides aux familles au moment où celles-ci font face à la charge d'enfants pour faciliter la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Cette orientation, outre ses répercussions positives en matière de carrière des femmes, serait aussi de nature à augmenter les cotisations versées aux régimes de sécurité sociale.

RECOMMANDATIONS

39. *En s'inspirant de la réforme de la MDA de la fonction publique ; réformer la MDA accordée par le régime général pour :*

- a) en lier le bénéfice à l'accouchement ou l'adoption ;*
- b) réduire à terme la durée des majorations à deux trimestres par enfant.*

40. *Simplifier l'AVPF et en faire un dispositif de compensation des interruptions ou réductions d'activité liées à l'éducation d'un enfant.*

Chapitre XIII

L'accueil et l'accompagnement des usagers dans la branche famille

PRESENTATION

Bien plus que les autres branches de la sécurité sociale, la branche famille doit pouvoir accueillir, renseigner, accompagner ses 11 millions d'allocataires (dont 2,1 millions bénéficiaires d'un minimum social) comme ceux qui aspirent à le devenir. La nature comme la diversité des prestations servies nécessitent d'aider les usagers à faire valoir leurs droits, voire, pour les familles confrontées à des difficultés particulières, de leur proposer des aides complémentaires extralégales. Ces besoins génèrent un nombre important de contacts entre les usagers et les caisses d'allocations familiales.

La Cour a déjà analysé les conditions de l'accueil des usagers³⁸⁴. Elle a constaté que la qualité du service rendu aux usagers demeurait très inégale selon les caisses et qu'elle était en grande partie fonction de leur organisation interne. Depuis, la COG Etat/CNAF 2005-2008 a fixé de nouveaux objectifs en la matière dont la Cour a examiné cette année la mise en œuvre.

Dans le contexte de l'année 2009, et alors qu'une nouvelle COG a été signée le 9 avril, la Cour a souhaité élargir son analyse au champ de l'action sociale et tout particulièrement de l'accompagnement social des familles, entendu comme l'ensemble des interventions destinées aux familles en difficulté : aide à domicile, aides financières, intervention des travailleurs sociaux.

La présente insertion s'attache ainsi à apprécier l'ensemble des services rendus aux usagers, qu'il s'agisse de l'accueil en matière des prestations légales ou des formes spécifiques d'accompagnement des familles en difficulté.

I - L'accueil des usagers

Que ce soit pour des demandes de renseignements, des dépôts ou des retraits de documents, des signalements de changement de situation ou encore des contestations, les usagers de la branche famille contactent fréquemment leur CAF. L'amélioration de la qualité du service qu'elle leur rend constitue une priorité de la branche depuis de nombreuses années.

384. RALFSS 2000 - Les relations avec leurs usagers et la qualité de service dans la branche famille (p. 439 et suivantes).

A – Des contacts fréquents entre usagers et CAF

Ces contacts, bien qu'en forte augmentation, restent mal connus de la branche, qui les subit sans pouvoir véritablement les organiser.

1 – Des volumes mal cernés

L'application informatique de gestion des contacts allocataires (GCA) a vocation à recenser automatiquement les visites à l'accueil ainsi que les appels téléphoniques reçus dans le cadre d'un système intégré dit « solution téléphonique nationale ». Toutefois, une partie des lieux d'accueil physique ne sont pas paramétrés pour alimenter automatiquement GCA. C'est notamment le cas des lieux d'accueil réservés à l'action sociale des caisses. Par ailleurs, les contacts sortant des CAF (à l'exception des courriers adressés aux allocataires) ainsi que l'ensemble des contacts relatifs à l'action sociale des caisses sont très peu connus. Le recensement de l'ensemble des données de contact est envisagé dans le cadre de la COG 2009-2012.

A cette connaissance imparfaite des volumes s'ajoutent des interrogations sur les raisons de leur croissance.

Entre 2002 et 2007, les contacts recensés à l'initiative des usagers (visites, appels téléphoniques, courriers) ont connu une forte progression (+10,9 %) pour atteindre 126,5 millions. Cette évolution n'est pas due uniquement à l'augmentation du nombre d'allocataires. En effet, sur la même période celui-ci n'a augmenté que d'environ 5 %. L'année 2008 marque un tournant puisque pour la première fois depuis 2002, le nombre de contacts a diminué de 11,5 %. Cette diminution, due à l'acquisition depuis 2008 des données de ressources auprès des services fiscaux, pourrait n'être que transitoire.

L'évolution des flux de contacts n'est pas homogène sur la période 2002-2007 : si le nombre de visites reçues dans les CAF a augmenté (+7,9 %), le nombre d'appels téléphoniques aboutis est en nette diminution (-4,4 % pour atteindre 36,8 millions), tandis que le nombre de courriers reçus est en forte augmentation (+22 % pour atteindre 70,5 millions). La branche famille n'est pas en mesure d'expliquer précisément les raisons de ces évolutions divergentes.

Rapportés aux 11 millions d'allocataires de la branche, l'ensemble des contacts à l'initiative des allocataires représente plus de dix contacts par allocataire et par an, chiffre qui illustre toute l'importance que revêt l'accueil pour certains usagers des caisses. Cette moyenne s'accompagne de forts écarts entre les CAF même si la dispersion tend à se réduire. La

CNAF ne dispose pas d'éléments susceptibles d'expliquer les différences observées entre les CAF, qu'il s'agisse des caractéristiques des allocataires, de l'accessibilité des lieux d'accueil, de la qualité de l'accueil ou du traitement des dossiers.

2 – Des motifs de contacts insuffisamment analysés

Les motifs des contacts ne sont pas systématiquement enregistrés s'agissant des visites au guichet et des appels téléphoniques. De plus, les données collectées par les CAF ne sont pas consolidées au niveau national.

Certaines CAF ont cherché à étudier de façon approfondie les situations de pluri-contacts mais la CNAF ne dispose pas d'un retour systématique sur ces études ni d'une consolidation des résultats. Il semblerait toutefois que les principaux motifs de contacts soient les demandes de renseignement sans contestations (entre la moitié et les trois quarts des cas), les paiements (entre 9 et 18 %), le dépôt ou le retrait de document (entre 9 et 14 %). A l'inverse, les motifs liés à la contestation, notamment du montant des versements, sont beaucoup plus rares.

Afin que la branche famille ne soit plus contrainte de subir les flux de contacts, il serait indispensable de disposer d'éléments plus précis sur leurs motifs et sur les prestations qui les génèrent. Cette demande avait déjà été formulée dans le précédent rapport de la Cour, en 2000. En particulier, devrait être examinée la corrélation éventuelle entre le nombre de contacts et les performances des CAF en matière de qualité de service (amplitude d'accueil, nombre de dossiers faisant des allers-retours, délai de traitement des dossiers, qualité des notifications et de l'information dispensée aux allocataires...). La COG 2009-2012 prévoit de « développer un suivi des contacts afin de permettre une meilleure maîtrise des flux et une qualification des motifs de contacts ». Il conviendra notamment de s'assurer que les travaux engagés prennent en compte l'ensemble des contacts, qu'ils concernent les prestations légales ou l'action sociale des caisses.

B – Des formes d'accueil diversifiées

La branche a développé plusieurs types d'accueil ou d'outils pour répondre aux attentes des usagers : accueil physique, accueil téléphonique, bornes interactives, site Internet, simulateurs de droits.

Au cours de la COG 2001-2004, de nombreux progrès ont été réalisés, notamment en ce qui concerne l'accueil téléphonique. Ces améliorations ont été perçues par les usagers, puisque la proportion de

ceux se déclarant satisfaits de leur caisse atteignait 81 % en 2004, soit une progression de 14 % par rapport aux résultats mesurés en 2000.

Dans le cadre de la COG 2005-2008, la branche entendait poursuivre les efforts engagés et réduire les écarts constatés entre les caisses. Dans le contexte d'une charge de travail accrue, les objectifs fixés n'ont pas tous été atteints et la qualité du service rendu aux usagers n'a que faiblement progressé.

1 – L'accueil physique

a) L'implantation des lieux d'accueil

En 2004, la Cour avait souligné « qu'aucune instruction n'a été donnée aux CAF sur les critères d'implantations déconcentrées, comme le nombre et les caractéristiques des allocataires concernés, ni sur le type d'accueil à privilégier et la nature des fonctions de production que devraient assurer les sites déconcentrés ».

Depuis cette date, les jours d'ouverture et les missions des différents types de lieux d'accueil ont été définis par la branche, qui comptait en 2007 123 caisses, 84 agences, 209 antennes, 1 001 permanences hebdomadaires, 458 permanences mensuelles, 332 permanences sociales et 226 relais. Le nombre total de points d'accueil était donc de 2 433 en 2007, soit un chiffre en forte augmentation par rapport à 2004.

Toutefois, la branche ne dispose pas d'une cartographie complète de l'offre de service en matière d'accueil physique et l'implantation des lieux d'accueil ne fait toujours pas l'objet d'orientation nationale. Il n'est pas possible de savoir dans quelle mesure les CAF assurent une présence dans des quartiers en difficulté ou dans des territoires éloignés du siège ou géographiquement enclavés. Par ailleurs, la branche ne dispose pas de données concernant la fréquentation des différents lieux d'accueil.

b) Les horaires d'accueil

La COG 2005-2008 prévoyait de parvenir, dans les lieux d'accueil les plus importants, à une amplitude hebdomadaire moyenne d'accueil d'au moins 32 heures en 2005, 33 en 2006, 34 en 2007 et 35 en 2008 pour une ouverture 5 jours par semaine. En réalité, ces cibles étaient déjà atteintes dès 2005. Surtout, l'amplitude hebdomadaire effective a diminué au cours de cette période : après être restée stable pendant deux ans (39,2 heures), elle a diminué pour atteindre 38,9 heures en 2008. Cette diminution est due au fait que certaines CAF, confrontées à des charges

de travail importantes, ont réduit leur offre d'accueil pour consacrer davantage de temps à la liquidation des prestations.

Les horaires d'ouverture au public pourraient être davantage adaptés aux besoins des usagers. Si la journée continue est désormais généralisée dans tous les lieux d'accueil principaux à l'exception des petites villes, l'ouverture le samedi matin ou après 17h demeure en revanche exceptionnelle. Seules cinq CAF ouvrent leur accueil le samedi matin et deux CAF après 18h. Dans l'enquête de satisfaction réalisée par la branche famille en 2007, 86 % des allocataires se déclaraient cependant satisfaits des horaires d'ouverture de leur CAF. Les allocataires insatisfaits souhaiteraient une fermeture plus tardive le soir (90 % d'entre eux), une prise de rendez-vous par la CAF (81 %), une ouverture à l'heure du déjeuner (60 %) et une ouverture 6 jours sur 7 (59 % pour le samedi).

c) Les délais d'attente

La COG 2005-2008 fixait à la branche famille l'objectif de limiter le temps d'attente à 20 minutes dans au moins 85 % des cas. Cet objectif peu ambitieux était déjà atteint en moyenne dans la branche dès 2005. La part des visiteurs aux guichets ayant un temps d'attente inférieur à 20 minutes n'a que faiblement progressé sur la période, passant de 91,9 % en 2005 à 92,5 % en 2008.

Il convient de préciser que la fiabilité de ces données est relative, puisqu'elles proviennent, dans certaines CAF et certains lieux d'accueil, d'un décompte manuel.

2 – L'accueil téléphonique

a) L'accessibilité

La COG 2005-2008 prévoyait d'améliorer l'accessibilité des CAF au téléphone. Deux objectifs étaient fixés pour l'année 2008 : parvenir à une amplitude hebdomadaire moyenne d'accueil d'au moins 30 heures pour une ouverture cinq jours par semaine ; répondre à au moins 90 % des demandes de contact téléphonique avec un agent.

Globalement, l'amplitude hebdomadaire moyenne d'accueil est passée de 30,1 heures en 2005 à 32,3 heures en 2008. Quant au taux d'appels téléphoniques traités par un agent, il est passé en moyenne de 88,7 % en 2005 à 90,6 % en 2008. Mais de fortes disparités persistent entre les CAF.

Comme pour l'accueil physique, il convient toutefois de souligner l'insuffisante fiabilité de cet indicateur. En effet, en l'absence de recueil automatique identique dans l'ensemble des caisses, cet indicateur est obtenu en partie par comptage manuel.

Afin de renforcer l'accueil téléphonique, la branche pourrait envisager de développer un accueil de premier niveau mutualisé dans le cadre d'une plateforme nationale ou de plateformes régionales, dont la plage d'ouverture pourrait être élargie par rapport aux pratiques actuelles des caisses. Dans le cadre de la montée en charge du revenu de solidarité active (RSA), 16 plateaux mutualisés de réponse téléphonique sont en cours de déploiement. Cette démarche mériterait d'être poursuivie.

b) Le coût des communications téléphoniques

Depuis le déploiement de la nouvelle architecture téléphonique, les usagers ne peuvent contacter les CAF que par un numéro d'appel surtaxé. Le coût de la communication est de 0,112 € la première minute puis de 0,09 € les autres minutes à partir d'un poste fixe (0,12 € jusqu'en 2007). L'impact du coût de l'appel téléphonique sur l'évolution du nombre d'appels de la part des usagers n'a pas été analysé par la branche mais celle-ci s'est engagée, dans la COG 2009-2012, à ramener le tarif d'une communication téléphonique au coût d'un appel local.

3 – Le traitement des dossiers

a) Le délai de traitement des dossiers

La COG 2005-2008 comportait deux objectifs chiffrés : traiter 85 % des demandes des allocataires dans un délai maximum de 15 jours ; traiter l'ensemble des demandes de minima sociaux dans un délai maximum de dix jours. Ces cibles n'ont pas été atteintes par toutes les caisses en 2007.

En ce qui concerne le premier indicateur, le nombre de CAF ne respectant pas l'objectif de la COG a augmenté : 10 CAF en 2006, 19 CAF en 2007. Sans doute la cible a-t-elle été atteinte en moyenne dans la branche, mais elle était peu ambitieuse, puisqu'elle était déjà atteinte dès 2005. Aucun progrès n'a été observé entre 2005 et 2008. Quant à l'objectif spécifique aux minima sociaux, il n'a pas non plus été atteint : la part des pièces traitées dans un délai maximum de dix jours a même un peu diminué entre 2005 et 2007, passant de 97,7 % en 2005 à 97,2 % en 2008. En revanche, le nombre de CAF ne respectant pas l'objectif conventionnel a légèrement diminué (111 CAF en 2007 contre 113 en 2005).

Les indicateurs mentionnés ci-dessus ne mesurent que la célérité de prise en compte d'une nouvelle pièce par les services de production et ne reflètent ni la qualité du traitement des dossiers, ni le délai de traitement ressenti par l'allocataire. La COG 2005-2008 soulignait que ces indicateurs devaient être complétés, au plan national, par un indicateur de délais de règlement d'un dossier de demande de prestations jusqu'à la mise en paiement. Un tel indicateur n'a pas été mis en place. Toutefois, un indicateur de délai de traitement du point de vue de l'utilisateur (« délai de démarche ») a été testé dans quatre CAF au cours de l'année 2008 et devrait être généralisé dans le cadre de la COG 2009-2012.

b) La qualité du traitement des dossiers

Afin de suivre la qualité du traitement des dossiers, la COG 2005-2008 demandait aux CAF de prévoir une intervention personnalisée lorsque le nombre de pièces subissant des allers et retours entre la caisse et l'allocataire ou lorsque les demandes complémentaires à l'allocataire dépassent un seuil fixé localement. En 2008, seules 45 % des CAF avaient mis en place une telle intervention.

Par ailleurs, la branche famille ne dispose pas de données globales concernant le nombre de réclamations. Seuls sont recensés les dossiers présentés dans les commissions de recours amiable (CRA), ce qui laisse de côté une part importante du règlement amiable et du contentieux relatif aux prestations légales. Quant à l'analyse des réclamations, pourtant demandée dans le cadre de la COG 2005-2008, elle reste insuffisante. D'après les dernières données disponibles, qui proviennent d'une enquête réalisée en 2005 auprès de 32 CAF³⁸⁵, une réclamation sur deux portait sur le paiement des prestations, 27 % sur les droits à prestation et 24 % sur la qualité de service (dont manque d'information : 10,5 %, délais : 7 %).

Il conviendrait que la CNAF mette à disposition du réseau un ensemble de préconisations et d'outils destinés à améliorer le repérage et la traçabilité des réclamations et qu'elle procède à l'analyse des motifs des réclamations.

De fait, dans le cadre de la COG 2009-2012, la branche s'est fixé comme objectif de mettre en œuvre une politique nationale de gestion des réclamations. Deux indicateurs de suivi doivent être définis nationalement : le nombre de réclamations et le délai de réponse aux réclamations. Les premières données devraient remonter à partir de 2010.

385. CNAF, « Les réclamations dans les caisses d'allocations familiales », L'essentiel n° 63, juillet 2007.

4 – L'information des usagers

a) L'information écrite

Les enjeux liés à l'amélioration de l'information et de la communication de la branche sont importants : limitation des contacts, diminution des indus, rationalisation des dépenses d'information et de communication. Pourtant, la qualité des notifications et les outils d'information de la branche famille ont peu progressé depuis 2000.

La principale amélioration intervenue dans le champ de la relation écrite est le déploiement d'une charte rédactionnelle et la diffusion d'outils auprès des CAF (guide de la relation écrite, kit de formation, mémento). D'après une évaluation à mi-parcours, réalisée en mars 2008, plus des deux tiers des CAF avaient mis en place un dispositif de formation. Toutefois, le bilan final du déploiement de la charte, prévu pour la fin 2008, n'a pas été réalisé, ne permettant pas de juger de l'amélioration de la qualité des écrits de la branche.

En ce qui concerne les notifications issues du système d'information CRISTAL, leur qualité reste insuffisante : elles ne sont pas toujours claires et peuvent comporter des erreurs, ce qui oblige les allocataires à contacter les CAF. Dans l'attente du déploiement d'un projet dans le domaine de l'éditique, seuls des palliatifs ont été mis en place : déploiement d'un logiciel (« surf ») pour retravailler certains lots de courrier, formation de superviseurs chargés de relire et de corriger les notifications. Par ailleurs, afin de réduire le nombre de notifications reçues par les usagers, un relevé mensuel de situation a été expérimenté dans trois CAF en 2007. Le bilan de ces expérimentations a été positif mais le projet n'a pas été généralisé en raison notamment des investissements informatiques qui seraient nécessaires.

Enfin, les publications de la branche famille sont marquées par leur éclatement. Le principal support d'information écrite de la branche est la revue *Vies de famille*, issue de la revue *Bonheur* fondée en 1945. Distribuée dans 116 CAF en 2008, cette revue est gérée par un service commun des CAF adhérentes situé dans la CAF de Meurthe-et-Moselle. En dépit d'évolutions récentes (meilleure prise en compte des publics non familiaux, création d'un site internet), le contenu de cette revue est assez éloigné des missions des CAF, puisqu'il traite de thématiques comme la santé, l'emploi, les loisirs et l'éducation. En 2007, la production de cette revue a coûté à la branche famille 11,1 M€.

En complément ou à la place de la revue *Vies de famille*, certaines CAF éditent des revues ou des documents qui leur sont spécifiques. La CNAF n'en a pas une connaissance précise ni du coût que cela représente.

Les raisons pour lesquelles les CAF continuent d'envoyer leurs propres supports d'information n'ont pas fait l'objet d'investigations particulières de la part de la caisse nationale (volonté d'autonomie des caisses, caractère inadapté de la revue Vies de Familles, volonté de rentabiliser des équipements ou des personnels dédiés, de réduire les coûts...). L'émission des outils d'information des CAF s'accompagne d'omissions dommageables pour les usagers. Ainsi, les CAF qui ne sont pas abonnées à Vies de famille n'envoient pas toujours le guide des prestations (inclus dans les numéros de février et mars de Vies de famille), pourtant considéré comme le document le plus utile aux allocataires. Ce document devrait être adressé systématiquement à tous les nouveaux allocataires ainsi qu'à toutes les personnes qu'un fait générateur a de grandes chances de faire devenir allocataire (déclaration de grossesse, par exemple).

De son côté, la CNAF ne finance et ne supervise qu'une part très restreinte des supports d'information de la branche. En dehors de la communication institutionnelle (rapports d'activité...), le département de la communication (de 14 personnes) édite des plaquettes destinées à être mises à disposition du public à l'accueil des CAF et est en charge du développement du site internet.

La politique d'information de la branche famille mériterait ainsi d'être revue et rationalisée. L'engagement pris par la branche dans la COG 2009-2012 d'élaborer un schéma directeur de la communication semble aller dans ce sens.

b) L'administration électronique

La COG 2005-2008 prévoyait le développement de l'administration électronique dans trois domaines prioritaires : l'information des allocataires, la constitution des dossiers et les formalités et les échanges de données avec les partenaires.

Les seules téléprocédures effectivement mises en œuvre par la branche famille concernent la déclaration de ressources (dont l'intérêt a été réduit depuis 2009 du fait de l'acquisition des données auprès des services fiscaux), les déclarations par les bailleurs des montants des loyers dans le cadre des aides au logement, le complément mode de garde.

Par ailleurs, alors qu'une part importante des visites au guichet est le fait d'allocataires souhaitant obtenir une simulation de leurs droits, seuls deux simulateurs sont actuellement mis à disposition des usagers : le premier concerne les aides au logement tandis que le second permet aux personnes potentiellement concernées par le revenu de solidarité active de

tester leur éligibilité. La mise en place d'un simulateur est également envisagée pour la garde d'enfant mais il n'est pas certain qu'il intégrera les avantages fiscaux, ce qui amoindrirait considérablement son intérêt.

Enfin, la qualité de l'information mise à disposition des usagers via Internet pourrait être largement améliorée. Si les pages nationales du site www.caf.fr ont été revues, les sites locaux des CAF sont très insuffisants : l'information mise en ligne n'est pas harmonisée entre les caisses et elle est souvent très lacunaire et peu accessible. Des éléments importants comme les lieux d'accueil ou les heures d'ouverture ne sont pas systématiquement mis en ligne. Il en est de même en ce qui concerne les interventions d'action sociale développées par chaque CAF au profit des allocataires. Un projet de refonte de ces sites locaux est cependant en cours.

5 – La prise en compte des besoins des publics en difficulté

La branche famille est en retard dans la prise en compte des besoins des publics handicapés sensoriels et plus encore des personnes non francophones.

Pour les handicapés sensoriels, une version du guide des prestations en braille et en gros caractères est mise à disposition des CAF. Seule une quarantaine de CAF offrent la possibilité d'une traduction en langue des signes par visio-conférence.

Pour les personnes non francophones, rien ou presque n'a été réalisé. Quelques CAF ont décidé de traduire certaines plaquettes d'information et d'autres financent des interprètes mais elles sont très minoritaires et ne bénéficient d'aucun appui national. Si l'on peut comprendre que toutes les brochures d'information de la CAF ne soient pas systématiquement traduites dans une cinquantaine de langues, il reste que la branche famille peut difficilement envisager l'amélioration de la qualité de service sans prendre en compte les besoins de ces publics.

A minima, une mesure facilement réalisable et peu coûteuse consisterait à mettre en ligne sur Caf.fr des traductions de certaines pages (notices des prestations notamment), qui pourraient ensuite être distribuées en tant que de besoins à l'accueil des CAF. Le coût en serait d'autant plus réduit que la branche peut faire réaliser ses traductions par le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS). Une aide au remplissage des formulaires pourrait également être développée. Ces efforts permettraient en outre de limiter les flux à l'accueil physique.

*

* *

Les cibles définies en matière d'accueil physique, d'accueil téléphonique et de traitement des dossiers dans la COG 2005-2008 étaient peu ambitieuses dans la mesure où elles étaient déjà atteintes en moyenne dans la branche dès 2005.

Néanmoins, dans le contexte d'une forte charge de travail et dans la perspective de la généralisation du RSA, ces objectifs ont été maintenus dans la COG 2009-2012 au niveau fixé pour l'année 2008. L'indicateur relatif au délai de traitement des dossiers des bénéficiaires des minima sociaux est même moins ambitieux que dans la COG 2005-2008, puisque la nouvelle COG prévoit que le délai de traitement des demandes relatives au RSA et à l'allocation adulte handicapé doit être inférieur à 10 jours dans 85 % des cas (90 % à partir de 2011).

Par ailleurs, les objectifs de qualité de service retenus dans la COG 2005-2008 reposaient sur une approche quantitative. Si cette approche était nécessaire pour faire converger les CAF vers un socle minimal de service, elle présentait l'inconvénient d'inciter les CAF à privilégier la rapidité de l'accueil et du traitement des dossiers au détriment de la qualité de la réponse apportée aux usagers. La COG 2009-2012 prévoit que ces indicateurs soient complétés d'objectifs plus qualitatifs notamment en ce qui concerne les réclamations.

II - L'accompagnement des familles en difficulté

Prolongeant le service d'accueil ouvert à l'ensemble des assurés, « l'accompagnement » constitue un service plus étendu rendu aux familles en difficulté. Ces familles peuvent contacter directement les services d'action sociale des CAF ou être repérées à l'occasion d'un accueil au titre des prestations légales. L'accompagnement social des familles en difficulté³⁸⁶ s'exerce selon trois modalités: l'aide à domicile, l'attribution d'aides financières individuelles et l'intervention des travailleurs sociaux.

Les dépenses y afférentes s'élevaient à 439 M€ en 2007 : 247 M€ pour le travail social, 148 M€ pour l'aide à domicile et 44 M€ pour les secours et aides financières, soit un montant limité au regard du total des dépenses d'action sociale (3 733 M€, dont 1 934 M€ pour l'accueil des jeunes enfants). En outre, bien qu'ayant augmenté de 5,2 % entre 2003 et

386. L'accompagnement social des familles constitue l'un des six principaux postes de dépenses d'action sociale, à côté de l'accueil des jeunes enfants (51,8 %), le temps libre des enfants et des familles (11,8 %), le logement et l'habitat 4,1 %, l'animation et la vie sociale (7,2 %), les prestations supplémentaires aux familles (0,2 %).

2007, leur part dans le budget d'action sociale s'est réduite en raison de la forte croissance des dépenses relatives à l'accueil des jeunes enfants.

Les conseils d'administration des CAF gèrent librement l'emploi de ces ressources qui proviennent en quasi-totalité des dotations dites « libres d'emploi » du fonds d'action sanitaire et sociale (FNAS). Ils sont donc particulièrement attachés à conserver la maîtrise d'une politique qui constitue leur dernier domaine de compétence propre. De nombreuses interrogations apparaissent toutefois dans l'utilisation de ces ressources.

A – L'aide à domicile

La branche³⁸⁷ finance des interventions d'aide au domicile des familles connaissant des difficultés temporaires. Ces interventions sont assurées par des auxiliaires de vie sociale (anciennement « aides ménagères ») lorsque les difficultés de la famille sont d'ordre matériel et par des techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF, anciennement « travailleurs familiaux ») lorsque les difficultés sont sociales ou éducatives.

1 – Les familles bénéficiaires

Les familles susceptibles de bénéficier d'une aide à domicile sont les familles allocataires qui connaissent des difficultés en raison d'une naissance ou d'une adoption, d'une séparation des parents ou du décès de l'un d'eux, d'une famille nombreuse, de la reprise d'un emploi, ou encore d'une grossesse, d'une maladie de courte ou de longue durée.

Les dernières données disponibles relatives aux familles bénéficiaires de l'aide à domicile datent de 2005 et ne permettent donc pas de prendre en compte les évolutions induites par les réformes intervenues postérieurement. A cette date, 43 500 familles avaient bénéficié d'une aide à domicile. Un peu moins des deux tiers des heures effectuées relevaient des TISF. Les familles nouvellement bénéficiaires ne représentaient que 20 % des familles aidées, ce qui conduit à s'interroger sur le caractère temporaire des interventions réalisées et les problématiques qui en sont à l'origine.

Des données collectées par la CAF des Bouches-du-Rhône permettent de donner un éclairage plus récent. En 2007, cinq des six associations d'aide à domicile financées par la CAF avaient fourni des

387. Les développements qui suivent ne prennent pas en compte l'aide à domicile financée par d'autres acteurs ou d'autres voies (aide sociale des collectivités territoriales, dépenses fiscales à la charge de l'Etat).

renseignements concernant les 2 882 familles qu'elles avaient aidées. Le taux de renouvellement est en moyenne de 25 %, mais avec de très forts écarts entre les associations (entre 17 % et 68 %) que la CAF n'est pas totalement en mesure d'expliquer. Parmi les familles aidées, 53 % ont au plus deux enfants, 44 % ont entre trois et cinq enfants. 8 % des familles ont un quotient familial CAF ³⁸⁸ inférieur à 150 €, 37 % ont un quotient familial compris entre 150 € et 400 €, 44 % entre 400 € et 750 € et 10 % supérieur à 750 €. Les principales catégories socio-professionnelles aidées sont les employés (26 %), les inactifs (22 %), les ouvriers (15 %), et les chômeurs (12 %).

2 – Les financements de la branche famille

a) L'évolution des dépenses

Les CAF n'emploient elles-mêmes qu'un nombre réduit d'intervenants à domicile. En dehors de cette gestion directe, en net recul, la branche conjugue deux voies pour organiser l'aide à domicile. D'une part, elle finance des associations au travers d'une prestation de service normée au plan national, parfois complétée par les CAF à partir de leur dotation d'action sociale. D'autre part, les caisses financent une partie importante du reste à charge dû par les familles dans le cadre d'aides financières allouées également à partir de leur dotation d'action sociale.

En 2007, les dépenses relatives à l'aide à domicile ont représenté un total de 148 M€, soit 34 % des dépenses consacrées à l'accompagnement social des familles et 4 % du FNAS. Les dépenses prévisionnelles budgétées dans le FNAS ont augmenté de plus de 20 % entre 2005 et 2007 mais ces crédits supplémentaires n'ont pas été consommés.

b) Le financement des associations

De nouvelles modalités de financement et d'attribution de l'aide à domicile ont été progressivement mises en œuvre à partir de la fin 2007. Jusqu'en 2006, les associations d'aide à domicile étaient financées sur une base horaire, ce qui ne permettait pas aux CAF de maîtriser l'évolution des dépenses. La réforme a remplacé la prestation de service horaire par une prestation de service à la fonction, versée annuellement dans le cadre d'une enveloppe limitative.

388. Ce quotient, qui diffère du quotient familial retenu dans le domaine fiscal, est obtenu en divisant la somme du douzième des ressources annuelles et des prestations familiales mensuelles perçues par le nombre de parts dont bénéficie la famille. Le nombre de parts ne correspond pas au nombre de parts fiscales.

Le montant de la prestation de service varie selon que l'intervention relève du niveau 1 (interventions dites de « soutien à la cellule familiale en raison d'une difficulté matérielle » exercées par les auxiliaires de vie sociale) ou du niveau 2 (interventions dites de « soutien à la fonction parentale en raison d'une difficulté sociale ou éducative » relevant des TISF). La prestation de service afférente à chaque niveau d'intervention représente 30 % du coût de revient local, le reste du coût (hors participation familiale) est pris en charge par la CAF sur sa dotation propre dans la limite d'un plafond fixé annuellement par la CNAF.

La prestation de service d'aide à domicile (2008)

En €

	Prix plafond annuel	Taux	Montant de la PS annuelle
Fonction 1	25 441	30 %	7 632
Fonction 2	42 238	30 %	12 671

Source : Cour des comptes d'après données CNAF

Dans les faits, les modalités de calcul du prix de revient par les CAF sont peu transparentes et mal connues de la CNAF. Dans les CAF rencontrées, le coût de revient local négocié est supérieur au prix plafond de la CNAF. La différence est financée par les CAF à partir de leur dotation d'action sociale. Cette pratique est doublement critiquable en ce qu'elle limite la portée de la réforme de 2007 et n'incite pas les associations à réduire leurs coûts de gestion.

c) Le reste à charge pour les familles

Le barème préconisé par la CNAF depuis 2006 pour déterminer la participation des familles est plus généreux que le précédent barème, qui datait de 1994. Le reste à charge varie entre 30 centimes d'euros et 12,22 € de l'heure en fonction de la composition et des ressources de la famille. Ce barème n'est pas plafonné : les ménages disposant d'un quotient familial supérieur ou égal à 1 293 € peuvent bénéficier d'une aide à domicile moyennant le versement de la participation maximale prévue. Le reste à charge des familles bénéficie de déductions fiscales accordées au titre des services à la personne.

Ce barème national n'est toutefois qu'indicatif. D'après les réponses apportées par 121 CAF en 2008, 86 CAF l'appliquaient, parfois en le plafonnant, 27 CAF disposaient d'un barème commun à l'ensemble des financeurs et 8 CAF n'appliquaient ni le barème national ni un barème commun avec les autres financeurs. La situation dans ces 8 CAF

ne paraît pas acceptable au regard de la nécessaire lisibilité pour les usagers de l'action sociale de la branche famille.

B – Les aides financières individuelles

Deuxième modalité de l'accompagnement, des aides financières individuelles (AFI) peuvent être accordées aux allocataires par les CAF à partir de leur dotation d'action sociale. En 2007, les AFI se sont élevées au total à 380,5 M€³⁸⁹ dont 100 M€ consacrés à la prise en charge du reste à charge dû par les parents dans le cadre de l'aide à domicile (voir ci-dessus). La part des AFI dans les dotations d'action sociale tend à diminuer depuis une dizaine d'années au profit des aides aux partenaires : elle est passée de 41,5 % en 1996 à 29,9 % en 2006. Un peu plus d'un tiers des AFI est constitué de prêts.

Les aides financières sont essentiellement accordées dans le cadre de l'accompagnement social (37,5 %), du temps libre (31,7 %) et du logement (28,2 %). La part des AFI dans la dotation d'action sociale des caisses et les domaines couverts par ces aides sont très variables.

1 – Les bénéficiaires

En 2006, 683 514 allocataires ont perçu au moins 824 199 aides³⁹⁰. Le montant moyen de l'aide accordée par famille était de 338 €, avec de fortes différences selon qu'il s'agit d'une aide au temps libre (184 €) ou concernant le domaine du logement (691 €). En matière d'accompagnement social, il existe une nette différence entre les secours (299 €) et les prêts d'honneur (732 €).

Ces aides bénéficient en priorité aux familles monoparentales et aux personnes isolées : alors que les familles monoparentales représentent moins d'un quart des bénéficiaires potentiels d'action sociale, elles sont 44,2 % à avoir perçu au moins une AFI en 2006. Les familles nombreuses ont également un accès privilégié aux AFI : 28 % des familles de quatre

389. Les développements qui suivent portent sur l'ensemble des aides financières individuelles et non sur les seules aides classées dans la catégorie « accompagnement social ». En effet, la ventilation des aides entre les différentes catégories est souvent aléatoire.

390. Ces deux chiffres sont sous-estimés, d'une part, du fait de taux de couverture des statistiques financières par les statistiques de bénéficiaires souvent inférieurs à 100 % dans les caisses et, d'autre part, du fait que n'apparaît dans le fichier des prestations légales et de l'action sociale des CAF (FILEAS) que le montant global annuel versé à la famille pour chaque type d'aide. Ainsi la récurrence dans un même type d'aide n'est pas prise en compte dans les statistiques de bénéficiaires.

enfants ou plus ont perçu au moins une AFI (contre un taux d'utilisation moyen de 11,3 %). Enfin, plus de la moitié des bénéficiaires d'AFI se situent sous le seuil de pauvreté alors qu'ils sont seulement 1/5 parmi les bénéficiaires potentiels d'action sociale.

La part des dépenses d'action sociale consacrée aux AFI est très variable selon les caisses sans que ces différences s'expliquent par le taux de pauvreté des bénéficiaires potentiels d'action sociale. Par ailleurs, plus le taux de recours des familles aux AFI est élevé, plus ces AFI touchent des populations fragiles. Ce constat devrait être approfondi pour savoir dans quelle mesure il est la conséquence de la politique des caisses ou de difficultés d'accès à l'information de ces populations.

2 – Le rôle des aides financières individuelles

La finalité des AFI varie selon le type d'aide et selon les CAF : améliorer les conditions de vie des familles, faire face à des difficultés passagères, soutenir un projet (familial, insertion). Ces aides sont régies par les règlements intérieurs des CAF et ne font l'objet d'aucun encadrement national. Il n'existe pas d'indicateurs nationaux permettant de rendre compte de l'évolution des AFI dans les fonds propres des CAF.

Les signataires de la COG 2005-2008 s'étaient engagés à recentrer les aides financières individuelles sur des aides sur projet. En 2008, 48 CAF continuaient d'octroyer des aides « automatiques » attribuées par exemple en cas de décès, de naissance multiple ou de rentrée scolaire, mais aussi aux « mères médaillées » ou aux étudiants.

La notion d'aide sur projet, qui poursuivait l'objectif de mettre un terme à ces aides automatiques, est entendue diversement par les CAF. Si 91 CAF indiquent avoir mis en place des aides sur projet, certaines entendent la formule comme une aide attribuée dans le cadre d'un accompagnement social, d'autres comme une aide attribuée dans le cadre d'une contractualisation, d'autre encore mentionnant des domaines d'intervention. Cette définition mériterait par conséquent d'être précisée car elle n'est pas sans effet sur l'organisation du travail social des caisses.

Par ailleurs, la mise en place d'aides sur projet, qui nécessitent un suivi et une implication renforcée de la part des CAF, se fait nécessairement au détriment d'aides versées dans le cadre d'une instruction plus légère à un nombre plus important de bénéficiaires. La remise en cause d'aides automatiques « archaïques » ne doit pas interdire la mise en place d'aides versées sur la base de critères prédéterminés dans le cadre d'une offre de service renouvelée.

Plus généralement, les objectifs des AFI et leurs modalités d'attribution, très variables d'une CAF à l'autre, devraient être précisées au niveau de la branche. La COG 2005-2008 demandait à la CNAF de revoir « la politique institutionnelle en matière d'aides financières individuelles en fixant notamment (...) la part maximum que ces aides doivent représenter dans la dotation d'action sociale ». Cette réflexion n'a pas abouti. Une note fournie à la commission d'action sociale du conseil d'administration de la CNAF au printemps 2007, qui proposait de limiter à 30 % la part des aides aux familles dans la dotation d'action sociale des caisses, de mettre fin aux aides systématiques au profit d'aides sur projet et de développer des partenariats, a été rejetée, au motif que l'octroi des aides financières individuelles relevait des conseils d'administration des caisses.

Dans un rapport envoyé en mars 2009 à la commission des affaires sociales du Sénat, relatif à l'aide sociale de la branche famille, la Cour indiquait que « dans l'hypothèse où serait prolongée la tendance annuelle d'une croissance de 7,5 % par an, l'exécution des dépenses du FNAS serait soumise à de très fortes tensions » (et la COG qui vient d'être signée prévoit en effet une progression annuelle des crédits d'action sociale de 7,5 % par an). Elle soulignait aussi « la dispersion des dépenses d'action sociale et le fait que certaines de ces dépenses devenues mineures en valeur relative, telles les aides directes aux familles, pourraient être remises en cause au bénéfice des aides aux partenaires ». Des choix lourds paraissent ainsi, à terme, inévitables.

C – Le travail social

La branche dispose d'un réseau de travailleurs sociaux salariés des CAF. Avant la décentralisation, des conventions avaient été passées entre les CAF et de nombreux conseils généraux qui prévoyaient, en contrepartie d'une compensation financière, la contribution de ces travailleurs sociaux aux missions relevant des services sociaux de polyvalence de secteur. Après la loi de décentralisation du 2 mars 1982, qui a confié aux départements la responsabilité du service social départemental, la plupart des conseils généraux ont progressivement souhaité disposer de la maîtrise des effectifs et des orientations sur l'ensemble de leur territoire. Le nombre de CAF participant à la polyvalence de secteur est ainsi passé de 86 en 1989 à 12 en 2008 pour un effectif de 158 personnes.

1 – Des effectifs mal connus

Le total des personnels travaillant dans le cadre de l'action sociale des caisses (personnels administratifs et travailleurs sociaux) est estimé à environ 11 000 agents, soit un tiers des effectifs de la branche. Parmi eux, les effectifs de travailleurs sociaux de la branche famille sont mal connus. La CNAF dispose de trois sources différentes qui comportent des écarts importants.

D'après une enquête ponctuelle réalisée début 2007, les CAF emploieraient 4 281 professionnels du champ social qui se répartissent en 2 523 travailleurs sociaux (1 205 assistantes sociales, 929 conseillers économiques sociaux et financiers, 178 éducateurs de jeunes enfants, 144 animateurs, 59 techniciens de l'information sociale et familiale et 8 éducateurs spécialisés) et 1 758 intervenants sociaux (51 médiateurs, 71 délégués à la tutelle, 420 conseillers techniques, 341 agents de développement social, 875 autres).

Une part importante de ces personnels (875 agents, soit 20 %) n'a donc pas réussi à être rattachée aux professions décrites ci-dessus. Ces difficultés rencontrées par les CAF pour caractériser le métier de leurs salariés illustrent la nécessité de redéfinir et simplifier la typologie des métiers de l'action sociale. C'est d'ailleurs un chantier qui ne relève pas de la seule branche famille, mais d'une initiative nationale. L'élaboration des référentiels métiers, prévue dans la COG 2005-2008, n'a pas été réalisée. Une mission en ce sens a été confiée fin 2008 à un cabinet de conseil.

Le nombre de travailleurs est très variable selon les caisses. Certaines emploient plus d'une centaine de travailleurs sociaux, tandis que d'autres n'en ont aucun. Ces différences s'expliquent par le contexte local, notamment les relations avec les collectivités territoriales, mais aussi par l'absence de pilotage du travail social au niveau national. Le mouvement de déconventionnement des CAF ne s'étant pas accompagné d'une redéfinition nationale des missions du travail social, les caisses ont été amenées à réorienter leurs interventions de manière isolée. Beaucoup de travailleurs sociaux partis à la retraite n'ont pas été remplacés.

2 – Des missions peu formalisées

Fin 2006, 88 CAF avaient formalisé les missions de leurs travailleurs sociaux dans le cadre d'un schéma directeur d'action sociale. L'analyse de ces schémas pour la période 2005-2008 montre en outre que le travail social n'y est défini que de manière générale. Par ailleurs, la formalisation de ces missions figure rarement dans les contrats

pluriannuels de gestion (38 CAF) et seules 35 CAF disposent d'un projet de travail social.

Afin de préciser les missions des travailleurs sociaux, la branche envisage de définir un socle commun national, qui s'imposerait aux CAF. Les travaux en cours envisagent de recentrer les interventions de travail social sur trois thématiques : le soutien à la fonction parentale, le soutien aux familles confrontées à des difficultés de logement et d'habitat ; le soutien aux familles confrontées à des difficultés d'insertion sociale et professionnelle.

Plusieurs questions relatives à la mise en œuvre de ce socle n'ont pas encore été tranchées : la latitude dont disposeront les CAF pour mettre en œuvre ce socle ; les modalités de suivi de cette mise en œuvre (indicateurs, outils informatiques) et les moyens humains dont disposeraient les CAF pour mettre en œuvre cet accompagnement minimal des allocataires.

3 – Un suivi et un pilotage insuffisants

Les CAF ne disposent pratiquement pas d'outil de pilotage et de suivi des travailleurs sociaux.

La CAF de Paris est l'une des rares caisses à en disposer. Chaque équipe sociale élabore un programme prévisionnel d'action annuel, composé à partir de « fiches programmes actions ». Chaque fiche programme décline, pour chaque action envisagée, le nombre de familles concernées, la durée hebdomadaire et le nombre de semaines de l'action. Sur le plan financier, chaque fiche programme action donne lieu au calcul d'un coût annuel de l'activité et d'un coût annuel par bénéficiaire. Toutefois, ces outils ne sont utilisés qu'en amont pour déterminer et négocier le programme de travail des équipes. Faute d'applicatif informatique adéquat, ces outils ne sont pas utilisés pour mesurer l'atteinte des objectifs. Par ailleurs, afin d'assurer le suivi de l'activité des travailleurs sociaux, ces derniers sont censés remplir chaque semaine une fiche de synthèse décrivant le temps passé sur chaque action. Ces données ne sont pas exploitées au niveau de la CAF.

A la CAF des Bouches-du-Rhône, le suivi de l'activité des travailleurs sociaux n'est ni harmonisé, ni automatisé, ni utilisé. En matière d'accueil, la CAF ne connaît que le nombre d'allocataires et le nombre de communications téléphoniques reçus par les travailleurs sociaux. Ces données n'intègrent pas l'accueil réalisé par les secrétaires médico-sociales. Surtout, ces données collectées manuellement ne sont pas fiables. Cette CAF ne dispose pas non plus de remontée d'information concernant les interventions des travailleurs sociaux. Il est

par conséquent impossible de disposer de données pourtant basiques comme le nombre et les caractéristiques des familles suivies ou encore la durée de l'accompagnement assuré par les travailleurs sociaux. Enfin, en ce qui concerne l'activité mensuelle des travailleurs sociaux, les seules données disponibles proviennent des fiches renseignées chaque mois par chaque travailleur social et de fiches prévisionnelles d'activité hebdomadaire. Ces données ne sont centralisées que dans quelques sous-districts et ne sont pratiquement pas exploitées.

D – Les relations avec les collectivités locales

1 – Des champs d'intervention qui se recoupent

Les interventions développées par les CAF pour venir en aide aux familles en difficulté sont proches de celles développées par les conseils généraux, devenus chef de file de l'action sociale depuis la loi de décentralisation du 13 août 2004, et par un grand nombre de communes via les centres communaux d'action sociale (CCAS). Il en résulte un enchevêtrement des compétences préjudiciable pour les familles qui peinent à identifier les acteurs compétents et les aides auxquelles elles peuvent prétendre.

En matière d'aide à domicile, les interventions financées par la branche famille se veulent ponctuelles, à la différence de celles financées par les conseils généraux qui répondent généralement à des difficultés chroniques ou durables. Toutefois, ce partage des compétences entre la sécurité sociale et les acteurs locaux est assez théorique et les associations se tournent tour à tour vers leurs différents financeurs dans une logique de guichet. Les circulaires de la CNAF du 2 mai 2007 et du 17 décembre 2008 recommandaient l'élaboration de conventions multipartites (CAF, conseils généraux, associations) destinées à mettre en cohérence l'ensemble des politiques poursuivies par les financeurs et à clarifier les responsabilités et financements. Réclamées par les fédérations, préconisées par la CNAF depuis plus de 15 ans, ces conventions n'existent toujours pas.

En ce qui concerne les AFI, les CAF ne se coordonnent pas avec leurs partenaires. Dans le cadre d'une enquête réalisée en 2008, seules quatre CAF indiquaient avoir coordonné toutes les aides avec leurs partenaires, 92 CAF indiquaient l'avoir fait pour certaines aides (en général dans le cadre du fonds de solidarité logement) et 26 CAF indiquaient n'avoir engagé aucune coordination. Seules 36 % des CAF indiquent attribuer les AFI dans le cadre d'une commission partenariale.

Enfin, le réseau des travailleurs sociaux des CAF n'est généralement pas articulé avec celui des conseils généraux.

Une définition réglementaire plus sélective et mieux hiérarchisée des interventions sociales des CAF permettrait de fonder les orientations de la COG sur des bases plus claires.

2 – Des partenariats insuffisamment développés

Début 2007, 40 CAF sur 123 indiquaient avoir signé une convention d'action sociale départementale. Le champ de ces conventions est variable : petite enfance (26 CAF), travail social (20 CAF), centres sociaux (19 CAF), aide à domicile (18 CAF), logement et habitat (13 CAF). En dehors du champ de la petite enfance, beaucoup de ces conventions restent très générales, chaque acteur réaffirmant son champ d'intervention sans qu'un véritable partenariat soit mis en place. La COG 2005-2008 prévoyait l'expérimentation d'ici à 2008 d'un contrat territorial unique afin de « globaliser les engagements d'une CAF et d'une collectivité territoriale sur l'ensemble du champ de compétence de la branche ». L'expérimentation de ce contrat a été reportée. Dans le cadre de la COG 2009-2012, la branche s'engage à expérimenter une convention territoriale globale des services aux familles.

En ce qui concerne le travail social, seules 27 CAF ont pour le moment signé une convention de travail social, en premier lieu avec le conseil général. Ces conventions portent sur la polyvalence de secteur (16 CAF), des actions de développement social local (7 CAF) et des thématiques diverses en lien avec la spécificité des contextes locaux (coordination des acteurs de terrain, accompagnement social lié au logement, accès aux droits et services...). Beaucoup de ces conventions relèvent de la mise à disposition de personnels des CAF et ne seront pas reconduites dans le cadre de la poursuite du déconventionnement.

A Paris, la coopération formalisée entre la CAF, la ville et le département concerne la petite enfance, les centres sociaux, la prévention des expulsions et le dispositif de réussite éducative. Dans le champ de l'aide à domicile, du travail social ou des aides financières, la coopération reste réduite et occasionnelle et se limite principalement à des échanges d'information. Si des commissions de partenaires financeurs se réunissent régulièrement pour statuer sur les demandes d'aides financières, certaines des aides accordées par le département et le centre d'action sociale de la ville de Paris bénéficient aux familles sur des thématiques très proches voire similaires aux aides financées par la CAF.

Quant à la CAF des Bouches-du-Rhône, la collaboration avec le conseil général concerne la gestion du RMI, du fonds de solidarité

logement et du fonds énergie et fluides ainsi que la petite enfance. Il n'existe pas actuellement de coopération entre la CAF et le conseil général pour l'aide à domicile et le travail social. En 2008 cependant, il a été décidé d'instaurer des réunions régulières entre la direction de l'action sociale du conseil général et la direction du service aux partenaires de la CAF afin d'articuler leurs interventions sociales, de développer la connaissance des modes d'intervention des deux acteurs et de leurs publics et de construire une position commune sur les structures d'accueil. Une convention départementale de l'aide à domicile est envisagée.

Au-delà du renforcement des partenariats au niveau local, il serait nécessaire que l'Etat, la branche famille et les représentants des départements et des communes clarifient leurs champs de compétence respectifs.

E – Vers une offre de service globale ?

Les objectifs de qualité de service mentionnés dans la COG 2005-2008 ne concernaient que les services des prestations légales. En outre, les données relatives à l'accueil social et au traitement des dossiers d'action sociale sont mal connues des CAF elles-mêmes et ne sont pas connues au niveau national.

Faute d'être soumis aux mêmes exigences que les services de prestations légales, l'accueil social peut être insuffisant. Ainsi, une étude réalisée en 2006 au sein de la CAF des Bouches-du-Rhône sur l'accueil physique et téléphonique assuré par les secrétaires médico-sociales montrait que les objectifs fixés par la direction en 2006 (4 demi-journées d'accueil physique pour les 14 sites et 4 demi-journées d'accueil téléphonique par sous-district) n'étaient pas atteints. L'accueil téléphonique était ouvert en moyenne 8 demi-journées par semaine mais avec des écarts allant de 4 à 10 demi-journées selon les districts. En matière d'accueil physique, seules 2 demi-journées en moyenne avaient été mises en place par site.

La CNAF souhaite promouvoir le rapprochement des services des prestations légales et d'action sociale afin de fournir une offre globale de services aux allocataires. Au sein de l'établissement public national, ce rapprochement a été acté symboliquement par la fusion de la direction des prestations familiales et de la direction de l'action sociale en 2008. Mais la COG 2005-2008 n'avait fixé aucun objectif précis en la matière aux CAF et laissé le sujet à la décision des conseils d'administration. Peu d'entre eux se sont engagés dans cette démarche.

A la CAF des Bouches-du-Rhône, par exemple, un rapprochement organisationnel a été réalisé avec la création d'une direction du service aux allocataires et aux partenaires. Pour l'accueil, une étude réalisée en 2008 évoquait la nécessité de rendre lisible la place de l'accueil en mettant en place un accueil administratif et social rapproché et complémentaire (horaires identiques), de proposer aux allocataires une offre de service « accueil social » harmonisée et d'utiliser à l'accueil social les outils utilisés à l'accueil administratif. Cette même étude soulignait les outils à développer : signalétique adaptée et harmonisée entre les sites d'accueil ; adaptation des locaux à la confidentialité ; développement d'outils pour les secrétaires médico-sociales : définition des publics cibles, grille d'entretien, fiche de liaison, intégration des postes téléphoniques au système « Autocom » et utilisation de l'outil « Sirius » afin de fiabiliser les informations. Ces propositions n'ont pas été mises en œuvre. Le rapprochement doit désormais être prolongé par des actions concrètes.

A contrario, la CAF de Vendée expérimente depuis janvier 2009 une « approche territoriale globale » de ses services aux assurés. Elle a mis en place une nouvelle organisation décentralisée dans quatre territoires, dotés chacun d'une équipe de techniciens conseils et d'une équipe de travailleurs sociaux travaillant ensemble.

Ce type d'organisation reste minoritaire. La branche pourrait utilement travailler à définir des bonnes pratiques organisationnelles, en fonction de la taille des caisses.

La COG 2009-2012 vient de globaliser, au moins dans la forme, l'offre de service aux assurés en rassemblant au sein de missions et programmes les prestations légales et l'action sociale. L'ensemble des interventions de la branche a été réparti en quatre missions et dix programmes³⁹¹. Cette nouvelle présentation ne prendra réellement son sens que dans sa déclinaison sur le terrain. Elle pourrait alors s'y concrétiser notamment par une meilleure prise en compte de la qualité de service en matière d'accueil social et de travail social. Il serait nécessaire d'accroître les exigences des caisses dans ce domaine en étendant à

391. Par exemple, au sein de la mission 4 « créer les conditions favorables à l'autonomie, à l'insertion sociale et professionnelle des personnes et des familles », le programme 3 « accompagner le parcours d'insertion sociale pour faciliter le retour ou le maintien dans l'emploi des personnes et des familles en situation de précarité » regroupe des actions relevant des prestations légales (assurer l'instruction des dossiers, l'orientation des bénéficiaires et le versement du RSA) ou de l'action sociale (proposer un accompagnement social aux familles monoparentales ayant de jeunes enfants pour concilier vie familiale et insertion sociale ou professionnelle).

l'accueil social les indicateurs de qualité de service et en mettant à la disposition des CAF des outils nationaux pour les aider à mieux piloter le travail social.

SYNTHESE

Dans un contexte de charge de travail il est vrai accrue, la branche famille n'a pas été en mesure d'améliorer significativement la qualité du service rendu aux usagers au cours de la période 2005-2008. Les cibles fixées par la COG en ce qui concerne l'accueil physique, l'accueil téléphonique ou le traitement des dossiers ont certes été atteintes en moyenne par la branche, mais elles l'étaient déjà dès 2005.

Plusieurs initiatives permettraient sans doute des améliorations plus significatives : l'analyse des contacts entre les usagers et leur CAF, la gestion des réclamations, une information des usagers mieux ciblée et mieux pilotée au plan national, un développement plus volontariste de l'administration électronique et des téléprocédures. Sur tous ces points, la COG 2009-2012 prend des engagements généraux dont il conviendra de suivre la mise en œuvre.

Pour sa part, l'accompagnement social des familles en difficulté est assuré de manière très hétérogène selon les caisses. La nécessaire adaptation au contexte local et l'autonomie de décision des conseils d'administration ne doivent pas faire obstacle à des remontées d'information au niveau national. Celles-ci sont indispensables pour définir des orientations nationales, vérifier la qualité du service rendu et, dans un contexte budgétaire contraint, s'assurer du bon usage des crédits d'action sociale. A cet égard, les orientations fixées dans la COG 2009-2012 réaffirment des principes déjà énoncés qui ont jusqu'à présent été peu suivis d'effet.

Par ailleurs, l'articulation des actions des CAF par rapport à celles des collectivités territoriales reste problématique et les objectifs fixés pour 2012 sont peu ambitieux.

RECOMMANDATIONS

41. Améliorer et rationaliser la politique d'information de la branche.
 42. Mettre en œuvre une politique volontariste de partenariats entre les CAF et les collectivités locales pour l'aide à domicile, le travail social et les aides financières.
 43. Renforcer le cadrage national des aides financières individuelles et du travail social.
-

Chapitre XIV

Aspects de la gestion des personnels du régime général

PRESENTATION

Fin 2007, le régime général comptait 170 794 agents, dont la quasi-totalité est salariée de droit privé et relève d'une des trois conventions collectives de travail applicables à cette branche professionnelle. Les dépenses de personnel (7,6 Md€), constituent l'essentiel des dépenses de gestion administrative (70 %) du régime général.

Dans un contexte de déflation des effectifs³⁹², qui rend nécessaire une adaptation des outils de gestion des ressources humaines, l'union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) a relancé, à partir de 2002, un dialogue social que le retrait du MEDEF de son conseil d'administration en octobre 2000, avait interrompu. La réforme de ces instances en LFSS pour 2002 avait enfin permis de dépasser cette crise. Deux accords ont en particulier marqué la période récente, celui conclu le 30 novembre 2004 relatif au dispositif de rémunération et à la classification des emplois qui concerne les employés et cadres, soit 87 % des agents sous convention collective, et celui signé le 22 juin 2005 portant sur la formation tout au long de la vie professionnelle.

La Cour a déjà examiné les modalités de formation dans son précédent rapport de 2003 et, dans celui de 2004, la gestion des ressources humaines dans le régime général³⁹³. La présente enquête, menée au niveau national et dans quatre caisses locales³⁹⁴, analyse les conséquences des deux accords précités sur la gestion des personnels.

I - La classification des emplois et la politique de rémunération

Les employés et cadres du régime général sont régis par la convention nationale du 8 février 1957, de laquelle relèvent également le personnel soignant et d'action sociale, les informaticiens et les ingénieurs-conseils. Les conventions collectives sont négociées par l'UCANSS, pour le compte des quatre caisses nationales, et sont soumises à l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale pour entrer en vigueur.

392. Les effectifs sous convention collective sont passés de 167 940 en 2002 à 161 204 en 2007.

393. RALFSS 2003 p. 146 et suivantes pour la formation et RALFSS 2004 p. 219 et suivantes pour la gestion des personnels.

394. CAF de Nanterre, CPAM de Bobigny, CRAM du Centre et URSSAF de Paris.

La branche maladie est le principal employeur du régime général (60 % des effectifs titulaires), suivie par les branches famille (21 %), recouvrement (9 %) et retraite (8 %).

A – L'accord du 30 novembre 2004

1 – Une négociation heurtée

En 2002, la grille de classification issue de l'accord du 14 mai 1992 avait vieilli et rigidifiait la gestion³⁹⁵.

Les effectifs qui bénéficiaient de neuf niveaux de classification se concentraient pour plus de la moitié sur le niveau 3 réservé aux techniciens, créant un goulet d'étranglement pour le passage au niveau 4 (agents de maîtrise), générateur de démotivation.

L'importance des mécanismes d'avancement automatique ne permettait pas de récompenser les agents les plus méritants, 43 % des agents ayant atteint le plafond d'ancienneté et ne pouvant donc espérer, hors mesures générales, qu'une progression limitée au choix.

Les salaires des premiers niveaux n'étaient plus attractifs : inférieurs au SMIC mensuel, ils donnaient lieu au versement d'une prime différentielle.

Le conseil d'orientation de l'UCANSS, qui fixe le mandat de négociation, était favorable à une refonte d'ensemble de la classification de 1992, afin de remédier à ces insuffisances. Mais le comité exécutif (COMEX) de l'UCANSS, qui regroupe les directeurs des caisses nationales et de caisses de base, a préféré limiter le champ de la négociation à la seule politique de rémunération. Il répondait ainsi aux attentes des organisations représentatives de salariés qui ne souhaitaient pas dans leur grande majorité, une modification de la grille. En outre, le COMEX espérait circonscrire les risques financiers et sociaux d'une négociation globale et parvenir ainsi à un accord rapide.

Ce choix d'une négociation limitée à la politique de rémunération n'a toutefois pas permis de déboucher sur un accord dans les délais attendus, puisque dix-huit mois ont été nécessaires à sa conclusion.

395. La Cour ayant analysé les principales dispositions de l'accord du 14 mai 1992 modifiant la convention nationale du 8 février 1957 dans son rapport précité de 2004, seuls sont décrits ici leurs effets sur la gestion des personnels dix ans après son adoption.

2 – Un accord qui parachève la classification de 1992

L'accord a permis de faire aboutir certains des principes portés par la classification de 1992 mais qui n'avaient pu alors être concrétisés.

a) Une grille de classification plus souple

L'accord maintient la grille de classification de 1992 à neuf niveaux, les quatre premiers pour les employés, qui rassemblent plus des trois quarts des agents, et les cinq plus élevés (et même six, si l'on distingue les niveaux 5A et 5B) pour les cadres, qui représentent seulement un quart des agents.

L'accord entérine en revanche le passage d'une grille dite Parodi, dans laquelle l'emploi exercé, les niveaux de classification et de rémunération sont étroitement liés, à une grille fondée sur des « critères classants » où le positionnement de l'emploi et le niveau de rémunération sont fixés plus librement en fonction des activités exercées. Une souplesse supplémentaire est introduite avec la suppression des filières dites technique et de management qui cloisonnaient les emplois.

L'élargissement des plages d'évolution salariale pour chacun des niveaux devrait par ailleurs limiter les pressions des agents pour un changement de niveau. En effet, chaque niveau de la classification voit désormais sa plage d'évolution salariale déborder sur celle du niveau supérieur. En outre, cet élargissement permet de réouvrir des perspectives de progression salariale aux agents arrivés au plafond de l'ancienneté et de l'avancement au choix. Il rend plus libre l'évolution salariale de chaque agent qui n'est désormais plus liée à l'acquisition progressive de degrés³⁹⁶ au sein de chacun des niveaux.

b) Une individualisation croissante des rémunérations

Le poids de l'ancienneté dans l'avancement diminue globalement (de 1 % à 0,35 % de la masse salariale annuelle) et aussi à mesure que l'on s'élève dans la grille de classification, puisque l'avancement au choix augmente, passant de 20 % du plafond de points au niveau 3 à environ 28 % à partir du niveau 5. Il est notamment mis fin au système dit des points de garantie qui permettait un rattrapage automatique au bout de cinq ans aux agents n'ayant pas bénéficié de mesures individuelles.

396. Chaque niveau de la classification était subdivisé en degrés successifs, retraçant des savoirs-faires hiérarchisés, dont l'acquisition par un agent était subordonnée à la mise en place d'un processus de validation des compétences.

Un mécanisme d'individualisation est parallèlement mis en place, consistant en l'octroi de points supplémentaires (appelés points de compétences) sur la base de l'accroissement des compétences constatées dans l'emploi. Un nombre minimal de points attribuables pour chaque agent, en fonction de sa catégorie (employés -7 points-, cadres -12 points-, cadres supérieurs -15 points-) est fixé dans l'accord. Une prime de résultat d'un demi-mois de salaire, dépendante de la performance, est mise en place pour l'encadrement supérieur (niveaux 8 et 9).

La rémunération des employés et cadres

La rémunération directe des employés et cadres repose sur un système de points comme dans la fonction publique. Son montant mensuel brut hors prime est le produit de la valeur du point³⁹⁷ multipliée par le nombre total de points de l'agent, qui résulte de l'addition du « coefficient de qualification » (nombre de points plancher de chaque niveau), des points « d'expérience professionnelle » (2 points par année d'ancienneté, dans la limite de 25 années) et des points de compétences. Par exemple, pour un agent de niveau 3 (205 points) avec dix ans d'ancienneté (20 points), et une seule attribution de points de compétences au niveau des minima conventionnels (7 points), son nombre total de points s'élève à 232, soit 1 659€ bruts par mois.

La rémunération des agents de la sécurité sociale comporte une part limitée de primes par rapport à la fonction publique d'Etat, mais une rémunération indirecte plus développée (notamment via l'intéressement collectif). Au total, le salaire annuel brut moyen dans le régime général s'élève à 31 525 €, versés sur 14 mois. Les seuls employés et cadres du régime général ont une rémunération moyenne légèrement plus faible (30 232 €).

L'octroi de ces mesures est subordonné à la tenue d'un entretien annuel d'évaluation et d'accompagnement (EAEA), rendu obligatoire dans l'ensemble des caisses.

Enfin, pour améliorer l'attractivité de la sécurité sociale sur le marché de l'emploi, l'accord permet de reconnaître l'expérience professionnelle antérieure des agents nouvellement recrutés et relève les premiers niveaux de rémunération afin de les porter au niveau du SMIC mensuel.

c) De nombreuses garanties accordées aux syndicats

Un premier accord du 15 avril 2004 n'ayant pas réuni le nombre suffisant de signatures pour entrer en vigueur, plusieurs concessions ont

397. Fixée à 7,15018 € au 1^{er} janvier 2009.

été accordées par l'UCANSS, dont certaines pèseront sur la mise en œuvre de l'accord.

Les garanties de progression salariale sont renforcées par un plus grand élargissement des plages, un relèvement de l'ensemble des indices plancher de chaque niveau, afin d'éviter tout phénomène de tassement hiérarchique et un allongement de la période de progression à l'ancienneté. L'impact financier de ces mesures devrait se révéler à moyen terme avec la progression des agents dans leur plage salariale.

L'individualisation est quant à elle limitée par l'obligation faite aux caisses de distribuer des points de compétences à 20 % des employés d'une part, des cadres d'autre part. L'UCANSS s'est par ailleurs engagée à accroître la place des mesures d'augmentation générale, désormais appelées à représenter 1/3 de l'ensemble des mesures salariales et, en marge de l'accord, à maintenir le taux de GVT (glissement-vieillesse-technicité) constaté avant la signature de l'accord.

Des mesures générales immédiates ont également permis de rallier certains syndicats : augmentation de la valeur du point rétroactivement au 1^{er} janvier 2004 (1 % de la masse salariale), prime exceptionnelle de quatre points d'indice sur un an, pérennisée pour les agents ne bénéficiant d'aucun point supplémentaire suite au reclassement.

Au total, le coût prévisionnel de l'accord a fortement progressé au cours de la négociation. Evalué entre 1,9 et 2,77 % de la masse salariale en année pleine en août 2003, il s'est finalement élevé à 3,25 %, soit environ 200 M€. L'UCANSS s'est enfin engagée à élaborer des outils interbranches, afin d'harmoniser la mise en œuvre dans les caisses, et à mettre en place un suivi au niveau régional, dans le cadre d'observatoires paritaires.

B – La mise en œuvre de l'accord

1 – Le pilotage

L'accord du 30 novembre 2004 a redonné aux directeurs de caisses, qui disposent de compétences étendues en matière de gestion des personnels³⁹⁸, des marges de manœuvre que la convention collective jouant le rôle de quasi statut leur avait retirées. Il fait également évoluer les modalités de gestion vers une approche plus qualitative, fondée sur la rémunération des compétences et de la performance. Enfin, par le biais de la définition renouvelée des référentiels d'emplois et de compétences, les

398. Article R. 122-3 du code de la sécurité sociale.

caisses ont désormais une plus grande liberté pour positionner les agents dans la grille et pour organiser leurs services.

Ce renforcement du pouvoir des caisses locales aurait dû cependant s'accompagner d'une intervention de l'UCANSS ou des caisses nationales, afin d'assurer une certaine homogénéité dans la mise en œuvre de l'accord du 30 novembre et de faire prévaloir certaines problématiques de gestion interbranches ou nationales.

a) Une répartition peu claire des rôles entre l'UCANSS et les caisses nationales

Le rôle de l'UCANSS s'est limité à l'information des caisses et au suivi des pratiques locales d'une part, à la mise à disposition d'outils interbranches (répertoire des métiers, nomenclature des emplois, dictionnaire des compétences) d'autre part. Conformément à l'accord, l'UCANSS a diffusé aux caisses une note méthodologique pour la mise en œuvre de l'accord. Toutefois, les recommandations qui leur ont été adressées pour l'organisation des entretiens d'évaluation ou pour la rénovation de la politique salariale sont restées trop générales ou ont été trop tardives (en particulier pour la prime de résultat).

Si les observatoires créés par l'UCANSS ont recueilli de nombreuses données sur la mise en œuvre de l'accord, ils ont surtout permis d'attester auprès des organisations syndicales du respect des garanties salariales fixées dans l'accord. La nature des questions et le caractère très agrégé des restitutions, pour ne pas stigmatiser les organismes, n'ont pu en faire un outil d'étalonnage pour les caisses locales ni de pilotage pour les caisses nationales.

Ces dernières manquent donc de visibilité sur leur réseau et n'ont pas su pallier l'absence de directives de l'UCANSS, malgré les moyens juridiques dont elles disposent pour prescrire à leurs organismes certains comportements de gestion³⁹⁹. Elles ne se sont pas emparées de l'accord pour définir des priorités de gestion des ressources humaines ou pour mettre sous tension les organismes en cohérence avec les autres outils de pilotage (notamment dans le cadre de la mise en œuvre des COG).

L'encadrement des décisions des caisses est également resté déficient. Si les accords locaux qui dérogent aux règles de la politique salariale ne peuvent entrer en vigueur du fait de l'obligation d'agrément par l'Etat après avis du COMEX de l'UCANSS, les décisions des directeurs, surtout si elles sont validées par les conseils d'administration

399. Article L. 224-11 du CSS.

des caisses, font l'objet d'un suivi inégal par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et quasi-inexistant par les caisses nationales.

b) Une mauvaise articulation avec les outils d'encadrement budgétaire

La mise en œuvre de l'accord a été tout d'abord perturbée par la signature tardive des COG entre l'Etat et chacune des branches. Or ces COG déterminent notamment leurs budgets de gestion administrative pour les quatre prochaines années⁴⁰⁰. Dans l'attente, les caisses locales et nationales ont gelé les recrutements, ainsi que l'attribution de mesures salariales individuelles.

En outre, les COG ont pesé sur la mise en œuvre de l'accord car, alors qu'elles affichaient un strict encadrement des dépenses de personnel, elles offraient en réalité d'importantes marges de gestion du fait d'erreurs de prévision.

Dans un premier temps, les caisses locales ont été incitées à faire preuve de rigueur salariale, en raison de la faiblesse du GVT⁴⁰¹ autorisé par les COG⁴⁰². Dans un second temps, les branches ont rapidement bénéficié d'importants excédents de crédits de personnel, en raison de la sous-estimation des départs en retraite dans les COG. Ainsi, le ministère de la santé n'a pas pris en compte le dispositif de départ anticipé pour les carrières longues⁴⁰³ dans les projections demandées aux caisses. En outre, les caisses sont allées au-delà des objectifs des COG en matière de taux de non remplacement.

400. Ainsi, les COG 2005-2008 n'ont été signées dans les branches vieillesse et famille que respectivement en mai et en août 2005, tandis que celle de la branche maladie, premier employeur du régime général, n'a été signée qu'en août 2006 pour la période 2006-2008.

401. GVT budgétaire, donnant les marges d'octroi des augmentations salariales pour les avancements à l'ancienneté, les avancements au choix et les promotions.

402. Ce GVT est en réalité artificiel, car il vise à afficher une progression limitée des dépenses de personnel, que leur indexation dans la COG rend déjà dynamique, avec une progression automatique de la masse salariale de l'ordre de 1,5 à 2 % par an.

403. Voir chapitre XI - La durée d'assurance dans le calcul des droits à la retraite, p. 289.

**Comparaison des départs et des réductions d'effectifs prévus et réalisés
pour les années 2006-2007**

	CNAMTS	CNAF	CNAVTS	ACOSS
Départs prévus dans les COG	4 710	2 139	1 164	578
Départs constatés	6 157	2 318	1 681	798
Réduction d'effectifs prévue dans les COG	1 885	600	53	235
Réduction d'effectifs réelle	4 249	827	657	313

Source : DSS

Dès lors, le taux d'exécution des dépenses de personnel a été faible (95,9 % en 2007), malgré des annulations de crédit (branche maladie) ou des virements sur le fonctionnement (autres branches), attestant de l'absence de caractère contraignant des enveloppes définies dans les COG.

Ainsi, un effet d'accordéon s'est produit pour les caisses locales en matière de dépenses de personnel, préjudiciable à leur bonne gestion. Dans ce contexte, les organisations syndicales ont pesé, au cours des années 2007 et 2008, pour que les crédits de personnels non consommés par les branches (près de 130 M€ par exemple pour la seule branche maladie en 2007) permettent des mesures salariales au profit des agents du régime général.

La faiblesse du cadrage pluriannuel défini par les COG aurait pu être compensée par l'encadrement annuel de l'évolution d'un agrégat de la masse salariale, la rémunération moyenne des personnels en place (RMPP)⁴⁰⁴, à l'occasion des réunions de la commission interministérielle d'audit salarial du secteur public (CIASSP). Mais ce cadrage, autrefois fixé par le ministre des finances, n'est désormais communiqué qu'irrégulièrement et de manière trop tardive aux seuls contrôleurs économiques et financiers. Il ne s'impose donc pas juridiquement aux caisses nationales.

2 – La déclinaison de l'accord

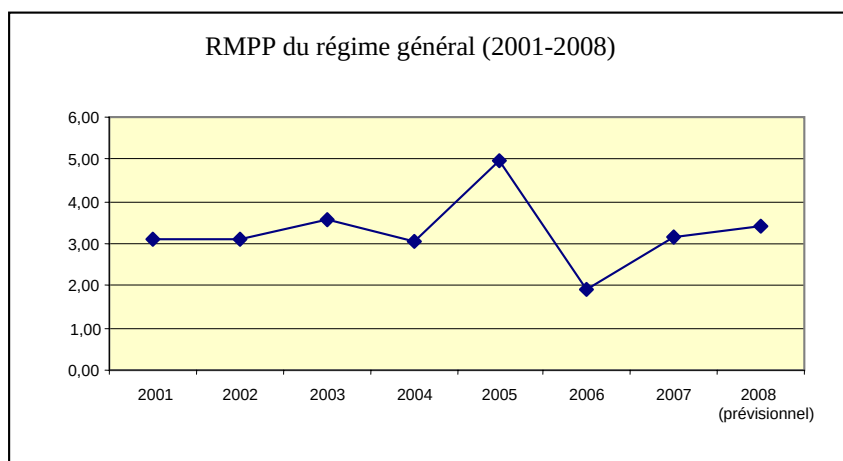
Après une année 2005 marquée par une forte progression salariale (RMPP de +4,94 %), tirée par les mesures d'accompagnement prévues

404. La rémunération moyenne des personnes en place (RMPP) retrace l'évolution moyenne de la paie des agents présents deux années consécutives, prenant en compte l'augmentation de la valeur du point, les mesures statutaires et indemnitaires, les mesures automatiques et non automatiques et d'autres éléments (requalification des emplois par exemple).

par l'accord du 30 novembre 2004, la politique salariale dans le régime général a connu une série d'à-coups qui ont affaibli les principes portés par cet accord.

a) Une dynamique salariale plus faible en 2006

Si l'évolution salariale a été faible en 2006 (RMPP de +1,90 %), cette faiblesse est cependant à relativiser au regard d'une analyse sur plusieurs années. L'évolution constatée de la RMPP entre 2004 et 2006 (9,22 %) est proche de l'estimation initiale des rémunérations intégrant le coût de l'accord du 30 novembre 2004 (9,66 %) sur cette même période. Elle est comparable à celle du secteur parapublic. En outre, les mesures d'augmentation de la valeur du point ont été conformes aux attentes des partenaires sociaux, puisqu'elles ont systématiquement dépassé 1% de la masse salariale à partir de 2006.



Source : DSS et CIASSP

En fait, le niveau peu élevé de la RMPP en 2006 s'explique pour partie par l'effet déport de la prime non pérenne accordée en 2005 qui a pesé à hauteur de 1,14 % de la masse salariale en 2006.

Hors effet déport, la faiblesse de la politique salariale en 2006 réside dans l'insuffisante distribution des mesures individuelles, notamment dans le réseau de la branche maladie en cours de renégociation de sa COG avec l'Etat. Le niveau de GVT positif⁴⁰⁵ (1,31 %) a été

405. Augmentation de la masse salariale liée à l'avancement à l'ancienneté, au choix ou aux promotions, et à l'acquisition d'une qualification permettant une progression salariale.

ainsi inférieur aux prévisions (1,90%) et au niveau constaté les années précédentes (autour de 2 %). L'insuffisance des mesures individuelles, constatée également dans les autres branches mais avec une moindre ampleur que dans la branche maladie, s'explique sans doute par la nécessaire adaptation des caisses locales aux nouveaux outils de politique salariale prévus dans l'accord de novembre 2004. Il faudra attendre 2007, et surtout 2008, pour voir le GVT positif atteindre les niveaux constatés avant l'accord de novembre 2004.

b) Des mesures d'accompagnement salarial au fil de l'eau

La faible dynamique salariale en 2006 a entraîné des mouvements sociaux nationaux mais aussi au niveau local, essentiellement dans certaines CAF, et dans une moindre mesure au sein des URSSAF, mouvements que la tutelle et les caisses nationales ont tenté de circonscrire par l'octroi de mesures salariales exceptionnelles.

Le complément exceptionnel d'intéressement en 2007

En juillet 2007, les tensions sociales dans les organismes ont conduit les ministres des comptes publics et de la santé à demander aux directeurs de caisses de financer une politique salariale dynamique grâce aux marges financières dégagées par les départs massifs en retraite.

En fin d'année, la tutelle et l'UCANSS ont décidé l'octroi d'une mesure salariale générale. Ayant successivement écarté une augmentation de la valeur du point, pour éviter un effet de contagion dans la fonction publique ainsi que des effets reports importants sur 2008 et une prime exceptionnelle de 150 € net, à laquelle s'était opposé le ministre du travail, un supplément exceptionnel d'intéressement a finalement été accordé aux agents éligibles au titre de 2006 en vertu d'un accord signé le 30 novembre 2007 entre l'UCANSS et quatre organisations syndicales représentatives (coût global de 44 M€ brut).

Ce supplément a pris la forme d'un versement forfaitaire de 276 € net par agent qui a remis en cause la logique de l'intéressement, dont le montant versé aux agents doit varier en fonction de la performance collective de leurs caisses au regard des objectifs fixés dans les COG. En outre, il s'est traduit par une perte de ressources pour la sécurité sociale, puisque l'intéressement n'est pas soumis à cotisation sociale.

Une dotation de masse salariale supplémentaire en 2008

Sans aucun cadrage interbranche, les caisses nationales ont accordé dans le courant de l'année 2008 et en ordre dispersé des dotations supplémentaires de masse salariale aux caisses locales : d'abord la

branche famille au printemps (1 % de la masse salariale), suivie par les branches maladie (0,75 %) et recouvrement à l'été (0,50 %) et enfin de la branche retraite à l'automne (0,75 %).

Dans la branche famille, l'utilisation de ces crédits supplémentaires s'est traduite par une promotion massive des agents de la production, en particulier les techniciens conseils, du niveau 3 au niveau 4 de la classification. Elle a justifié cette politique par l'importance des disparités entre CAF et par la faiblesse des promotions accordées dans la branche famille par rapport aux branches retraite et recouvrement. Cette opération, d'un coût de 10,7 M€, constitue cependant une mesure catégorielle qui contrevient à l'accord du 30 novembre 2004 selon lequel la promotion dépend de l'acquisition des compétences et connaissances requises pour exercer un emploi de niveau supérieur.

Mais dans les autres branches également, certaines caisses ont contourné l'accord pour accorder des mesures salariales. Par exemple, dans la branche retraite, neuf CRAM ont accordé trois points supplémentaires au personnel. Parmi elles, cinq CRAM en ont cependant exclu l'encadrement supérieur (niveaux 8 et 9). Une autre CRAM a attribué à tous ses agents deux points, complétés par trois points pour les agents recrutés trop récemment pour bénéficier du supplément d'intéressement versé en 2007.

Au final, les promotions massives dans la branche famille, comme l'octroi indifférencié de points de compétences dans la branche retraite, ont affaibli la dynamique de rémunération au mérite portée par l'accord. Il faudra attendre l'accord du 31 décembre 2008 relatif à la rémunération des personnels pour que le régime général s'engage dans la définition d'un GVT cible (de 2 % pour 2009).

c) Des risques de dérapage en 2009

Plusieurs mesures salariales devraient se traduire par une forte progression de la RMPP en 2009, à hauteur de 3,9 %. Elles interviennent à contretemps, dans un contexte de creusement des déficits du régime général et de diminution de l'inflation qui favorise la préservation du pouvoir d'achat des agents.

Les principales mesures salariales (1,6 % de la masse salariale, soit 135 M€) résultent de l'accord précité du 31 décembre 2008 signé par l'UCANSS et deux fédérations syndicales (CFDT et CGT-FO). Cet accord prévoit, d'une part, une revalorisation du point d'indice (1,2 % au 1^{er} janvier 2009) et institue, d'autre part, une mesure ciblée sur les bas salaires, se traduisant par l'attribution de points supplémentaires aux salariés dont la rémunération est inférieure à 1 500 € nets par mois.

D'autres mesures sans impact sur la RMPP auront cependant un effet sur les rémunérations des salariés du régime général. L'accord du 30 juin 2008 relève ainsi l'enveloppe dédiée à l'intéressement de 1,5 à 2,5 % de la masse salariale (surcoût de 76 M€), ce qui a augmenté la prime moyenne versée de 430 € à 688 € par agent en 2009. Celui du 12 août 2009 crée une complémentaire santé pour les salariés, financée pour moitié par l'employeur, pour un surcoût de masse salariale de 1 %.

Conscient des difficultés rencontrées au cours des dernières années dans le pilotage de la politique salariale du régime général, le COMEX de l'UCANSS a adressé pour la première fois en 2009 une lettre de cadrage à l'ensemble des caisses locales fixant un GVT cible interbranche.

C – Les conséquences sur la gestion des ressources humaines

Si les opérations de basculement se sont déroulées sans difficulté, et si un effort important de formation au nouvel accord a été réalisé dans les caisses, toutes les potentialités de ce dernier n'ont pas été exploitées pour améliorer la performance de la gestion dans le régime général.

1 – Un faible effet de levier sur la réorganisation des caisses

L'élaboration de référentiels d'emplois au sein des caisses aurait pu être l'occasion de repenser l'organisation des services, afin de promouvoir les plus efficaces ou de remédier à certains déséquilibres entre caisses. Ainsi, on constate d'importantes disparités dans la structure des emplois des caisses, sans que l'on puisse toujours le justifier par des différences d'organisation. Par exemple, la proportion des agents de niveau 4 de la branche vieillesse dans les CRAM est le double en Rhône-Alpes (70,2 %) par rapport à l'Alsace-Moselle. Même pour des métiers bien identifiés comme les inspecteurs du recouvrement, le niveau des emplois est très disparate, pour des caisses de taille pourtant équivalente⁴⁰⁶.

Souvent par souci de paix sociale, la définition de référentiels emplois a été limitée à une formalisation des organisations existantes et de clarification des missions exercées. Les référentiels emplois se sont multipliés au sein des caisses, atteignant plus de 22 000 fin 2007, soit un

406. Par exemple, pour les 39 URSSAF ayant les services de contrôle les plus réduits (moins de dix inspecteurs), 16 n'ont pas d'inspecteurs de niveau 7, tandis que d'autres caisses présentent des taux de niveau 7 très élevés (83 % à Troyes pour six inspecteurs, et même 100 % à Chaumont pour quatre inspecteurs).

référentiel pour 13 agents du régime général. Les directions ont ainsi privilégié soit une très forte spécialisation des emplois, comme à l'URSSAF de Paris⁴⁰⁷, dans le but de limiter les risques de changement de niveau soit, au contraire, pour les faciliter, un passage du niveau 3 au niveau 4 rendu plus aisé par des exigences d'activités supplémentaires limitées (tutorat, participation à des réunions extérieures...), comme à la CAF de Nanterre.

2 – Une individualisation encore limitée des rémunérations

a) Des difficultés méthodologiques

Les entretiens annuels, qui préexistaient à l'accord du 30 novembre 2004 dans une majorité d'organismes ont été rapidement généralisés dans les branches. S'ils ont notamment permis une responsabilisation des cadres de proximité et un meilleur dialogue au sein des services, ils n'ont cependant pas été suffisamment exploités pour améliorer les différents processus de gestion des ressources humaines (notamment la formation), en raison de leur caractère souvent trop tardif.

En outre, les directions locales ont éprouvé des difficultés à utiliser le critère de l'accroissement des compétences pour l'attribution de points supplémentaires. Les six critères définis par l'UCANSS⁴⁰⁸ pour apprécier cet accroissement sont peu utilisés par les caisses rencontrées : seules la CAF de Nanterre et la CPAM de Bobigny les ont intégrés dans leurs référentiels d'emploi, mais aucune dans leurs supports d'entretiens individuels.

L'octroi de points de compétences est dès lors davantage justifié par un faisceau d'indices, inégalement pondérés selon les caisses et au sein même des caisses selon les services d'après une étude qualitative menée en 2007 par un cabinet de conseil et prenant en compte : la performance, la qualité ou l'implication au travail, la rémunération globale ou l'attribution à tour de rôle.

La même enquête souligne que les agents reprochent une certaine opacité dans l'attribution des points de compétences, ce qui tend à affaiblir l'impact attendu de l'accord du 30 novembre 2004 sur la

407. A titre d'exemple, la famille de métiers « analyse et conseil juridique » regroupe ainsi huit emplois, dont certains occupés par très peu d'agents comme les chargés d'études juridiques (deux référentiels, un de niveau 6 pour deux agents, un de niveau 7 pour un agent), ou les conseillers juridiques (huit agents).

408. Technique, implication, efficacité, autonomie, dimensions relationnelle et managériale.

motivation au travail. Le passage à une rémunération à la performance plus large, envisagé par le COMEX de l'UCANSS, permettrait sans doute de mieux faire contribuer la politique salariale à l'efficacité des caisses.

b) Une difficulté persistante à distinguer les plus méritants

L'individualisation des rémunérations est par ailleurs restée trop partielle. Ce constat tient sans aucun doute à l'importance du changement culturel introduit dans la sécurité sociale, mais également à la crainte d'une remise en cause de la cohésion des services si certains salariés étaient distingués.

Néanmoins, on constate que la proportion des effectifs ayant reçu des points de compétences (autour de 30 % par an) a été systématiquement supérieure à l'objectif fixé dans l'accord du 30 novembre (20 %) et que seul un agent sur cinq a bénéficié en 2007 d'un nombre de points de compétences supérieur aux minima conventionnels. Surtout, une minorité des employés et cadres ont bénéficié d'une attribution de points de compétences plusieurs années de suite entre 2005 et 2007 (double acquisition pour 12,9 %, triple acquisition pour 0,6 %).

Enfin, si le nombre d'agents n'ayant reçu ni points de compétences ni promotion au cours de la même période est non négligeable (18,3 % des employés et 15,3 % des cadres), il est sans doute à relativiser au regard d'une étude de la CRAM du Centre, qui montre que seuls 3 % de l'effectif total de cet organisme n'en ont pas bénéficié au regard des critères fixés par le protocole, soit qu'ils se sont vu octroyer des mesures individuelles au titre des rattrapages salariaux (congés maternité, exercice d'un mandat social), soit qu'ils aient été récemment embauchés, soit en raison de leur situation personnelle ou professionnelle (départs en retraite, congé sabbatique, contrat première embauche, affectation de longue durée, invalidité...).

c) La persistance de contraintes structurelles de gestion

La structure par niveau du personnel du régime général apparaît toujours déséquilibrée (entre les employés et les cadres.) tandis que le vieillissement de la pyramide des âges s'est poursuivi, sans réelle amélioration des conditions offertes à l'embauche dans le régime général.

En raison du renvoi aux caisses locales de la résolution du problème de la concentration des employés sur deux niveaux, le poids des niveaux 3 et 4 a continué d'augmenter depuis 2004, passant de 68,8 à 70,2 %, la proportion des agents de niveau 3 ayant diminué (60 % en

2004, 49 % en 2007) au profit du niveau 4 (passé de 9,3 à 21,2 % des employés et cadres).

Le vieillissement des effectifs s'est poursuivi, avec désormais près de la moitié des agents au plafond de l'ancienneté, soit un niveau supérieur à 2002, date du lancement de la négociation de l'accord. Les branches maladie et, dans une moindre mesure, retraite, sont principalement affectées. Cependant, si ces agents ne peuvent plus bénéficier des mécanismes d'avancement automatique, ils gardent des perspectives d'évolution salariale puisque moins de 1% des agents ont atteint la limite de la plage d'évolution de leur niveau.

Proportion des employés et cadres au plafond de l'ancienneté à fin décembre 2007

En % des agents par catégorie

	Employés	Cadres
Famille	37,8	51,1
Maladie	53,4	50,1
Recouvrement	34,0	48,7
Retraite	44,1	50,7

Source : UCANSS

En matière d'embauche, les salaires en bas de grille sont à nouveau passés sous le SMIC mensuel dès le 1^{er} juillet 2006, sans que l'attribution de points au titre de l'expérience antérieure soit mobilisée pour les agents concernés. Ainsi, seuls 3 % des agents recrutés aux niveaux 3 et 4 ont bénéficié de points d'indices supplémentaires à l'embauche, contre 24 % des cadres embauchés (niveaux 5 à 7) et 38 % des cadres supérieurs. La mesure ciblée sur les bas salaires devrait répondre de manière transitoire à cette difficulté.

II - L'adaptation des métiers et des compétences

La gestion des départs massifs en retraite implique que le régime général soit à présent en mesure de faire évoluer ses métiers et de conserver voire de développer certaines compétences.

A – La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)

a) Un investissement encore limité

La connaissance globale des effectifs du régime général a progressé depuis le dernier rapport de la Cour grâce à la pression de la tutelle qui, à défaut de bilan social de branche, a mis en place un répertoire statistique interbranche à compter de 2006, suivi par l'UCANSS qui publie désormais chaque année un rapport emploi enrichi.

Bien que le rôle de l'UCANSS en matière de GPEC soit consacré par le code de la sécurité sociale⁴⁰⁹, son implication est limitée et son rôle circonscrit à la fourniture d'outils de gestion ou d'analyse. Certains de ces outils résultent de l'accord : EAEEA, qui devrait permettre une meilleure gestion des compétences, répertoire national des métiers ou dictionnaire des compétences, pour mieux identifier les besoins en compétences du régime général. En marge de l'accord, l'UCANSS a développé un programme de formation et un logiciel d'anticipation des flux de départs en retraite, pour lequel le RALFSS avait en 2004 regretté l'absence de bilan. Il y a été remédié depuis, puisqu'une enquête au 1^{er} juin 2008 indiquait que la moitié des organismes disposait du logiciel, mais n'utilisait qu'une partie limitée de ses fonctionnalités.

Les caisses nationales, qui sont traditionnellement compétentes sur l'évolution des emplois, en particulier dans leur dimension prévisionnelle et quantitative (départs en retraite), ont vu leur rôle renforcé en matière de GPEC par les COG signées en 2005 et 2006. Si les objectifs et leur degré d'exigence varient selon les branches, les principaux portent sur le recrutement et la mobilité d'une part, sur l'évolution des métiers et des emplois d'autre part.

b) Une capacité d'adaptation limitée en matière de gestion des métiers

Pour autant, les analyses qualitatives sur l'évolution des emplois et des compétences sont restées en revanche limitées en interbranche et ont été très inégales selon les branches.

Une approche dans le cadre de l'UCANSS aurait pourtant permis d'améliorer la gestion de certains métiers spécifiques et transversaux, tels

409. Elle assure le « suivi de la gestion prévisionnelle de l'emploi, des effectifs, de la masse salariale et des recrutements » (article L. 224-5).

que les informaticiens, pour lesquels l'évolution des techniques pose un problème d'adaptation permanente des compétences ou des téléconseillers, dont le nombre a fortement crû au cours des années récentes avec le développement des services à distance aux usagers. La définition d'évolutions de carrière en interbranche aurait notamment permis de renforcer leur mobilité fonctionnelle.

Une réflexion en interbranche aurait également permis de mieux accompagner le développement des métiers liés à la lutte contre la fraude ou l'émergence de métiers de conseils aux professionnels.

La CNAF et la CNAVTS ont pour l'heure concentré leurs efforts sur des métiers spécifiques, sans analyser les services de production pourtant les plus nombreux. La CNAMTS a quant à elle développé une approche plus large dans le cadre de l'élaboration de son schéma directeur des ressources humaines. Elle est d'ailleurs la seule à tirer de ces études des conclusions opérationnelles, mais celles-ci n'ont pas encore été toutes traduites en recommandations pour les caisses locales.

Les lacunes ainsi constatées sur l'évolution des métiers au sein du régime général font écho à l'existence d'une politique de formation insuffisamment anticipatrice.

B – La formation professionnelle

Le régime général consacre traditionnellement des moyens importants à la formation professionnelle (5 % de la masse salariale en moyenne depuis dix ans). En 2007 près de 100 000 agents ont suivi une formation pour une durée moyenne de 26 heures.

La formation professionnelle est un élément majeur de la politique de ressources humaines des caisses locales. Celles-ci doivent former des personnels recrutés directement sur le marché du travail à la spécificité des métiers de la sécurité sociale. Les plans de formation élaborés par les directeurs de caisses locales comportent de ce fait, non seulement des actions de formation continue, d'adaptation au poste ou à l'environnement de travail et de développement des compétences, mais aussi des formations initiales qui s'étalent sur plusieurs mois⁴¹⁰.

La formation professionnelle est aussi un thème d'animation du dialogue social. Sa mise en œuvre est actuellement régie par l'accord signé le 22 juin 2005 entre l'UCANSS et trois fédérations syndicales

410. Seuls les agents de direction et agents comptables de la sécurité sociale sont recrutés par concours et suivent une formation initiale à l'école nationale supérieure de sécurité sociale (EN3S).

nationales (CFDT, CFTC, CFE-CGC) qui décline la loi du 4 mai 2004 et utilise les possibilités de négociation qu'elle ouvre pour adapter les outils nouvellement créés au contexte particulier de la sécurité sociale.

Les nouveaux dispositifs de formation créés par la loi de 2004

Le contrat de professionnalisation : il se substitue au contrat de qualification et prévoit une formation alternant théorie et pratique. Il s'adresse aux jeunes de moins de 26 ans et aux demandeurs d'emploi.

Les périodes de professionnalisation : dans la même logique d'alternance de théorie et de pratique, le dispositif vise le maintien dans l'emploi de certaines catégories de salariés en CDI.

Le droit individuel à la formation : il est ouvert, à son initiative, à tout salarié ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise, à hauteur de 20 heures par an. Au sein de la sécurité sociale, il peut être imputé sur le temps de travail et s'applique aux actions de validation des acquis de l'expérience, bilans de compétence et actions de formation contribuant au développement des compétences professionnelle et à la culture institutionnelle.

La mise en œuvre de cet accord confirme la place reconnue à la formation au sein du régime général mais ne remédie que partiellement ou progressivement à ses insuffisances tant en matière de conception que d'évaluation.

1 – Une place reconnue

La formation dispose de moyens financiers supérieurs aux obligations légales et de structures d'enseignement dédiées.

a) Des moyens financiers importants

En 2007, le régime général a affecté 226 M€ à la formation, soit 4,91 % de la masse salariale⁴¹¹, se répartissant entre les rémunérations maintenues aux stagiaires, les dépenses de formation mutualisées et les ressources laissées à la libre disposition des caisses locales. L'utilisation de ces ressources peut toutefois être optimisée.

Le fonds d'assurance formation des organismes de sécurité sociale (FAF) est l'outil de la mutualisation. Il collecte les cotisations légalement obligatoires (56,51 M€ en 2007) et redistribue ces ressources en finançant des actions de formation jugées prioritaires. Jusqu'en 2007, il n'était pas parvenu à consommer la totalité de ses moyens et une partie en était

411. Le taux minimum légal est de 1,6 %.

reversée au titre de la mutualisation interprofessionnelle ou au Trésor. Depuis, les priorités de financement ont été élargies comme les conditions d'imputation sur les différents types de fonds mutualisés. La totalité des cotisations devrait pouvoir être attribuée au sein du régime général.

Les caisses locales rémunèrent des formateurs internes. Elles recourent également à des prestataires externes, principalement pour des formations individuelles et très spécifiques ou des formations transversales telles celles relatives au management. L'UCANSS n'a pas réalisé d'études permettant de comparer les différences de coûts entre les caisses pour des formations semblables bien qu'elle dispose d'un observatoire des achats ayant précisément cette mission. Ces achats justifieraient également la négociation de tarifs auprès de quelques opérateurs importants de formation. Cette approche « grands comptes » n'a pas encore été mise en œuvre, l'UCANSS ayant seulement l'intention d'engager une étude d'opportunité.

Une autre voie de rationalisation des coûts passe par une réflexion commune et transversale aux branches en ce qui concerne les techniques de formation. A cet égard, le développement de la formation à distance (e-learning à la CNAVTS ou « formation ouverte et à distance » (FOAD) pour l'UCANSS) apparaît comme un contre-exemple. La CNAVTS qui a été la première à introduire cette technique à partir de 2006 n'a pas associé l'UCANSS à ses travaux. Celle-ci n'a donc pu bénéficier des acquis de cette expérience pour la réingénierie d'autres formations initiales.

b) Les structures dédiées : les CRFPP

Créés sous forme d'unions de caisses, les 13 centres régionaux de formation professionnelle et de perfectionnement (CRFPP) dispensent prioritairement les formations initiales conçues par les caisses nationales pour former les agents nouvellement recrutés.

Certains d'entre eux dégagent de cette activité des marges financières sur lesquels ils peuvent financer des formations plus sophistiquées au profit de petits organismes qui n'auraient pu accéder seuls à ces formations. D'autres obtiennent l'essentiel de leurs revenus en développant une offre de formation complémentaire, voire de prestations de conseil sur lesquels ils sont en concurrence avec le secteur marchand. Mais d'une façon générale, la structure financière des CRFPP est fragile dès lors que les formations institutionnelles ne suffisent pas à assurer leur équilibre financier. Cette faiblesse freine leur capacité à s'engager dans la conception et la mise en œuvre de formations répondant à des besoins plus diversifiés et plus innovants.

Seul un financement complémentaire les y incite. Depuis 2003, en contrepartie de la prise en charge par les centres de l'ingénierie de formation, la création et la maintenance des différents dispositifs, l'ACOSS alloue des moyens budgétaires dans le cadre du FNGA de la branche aux CRFPP. Ce financement qui fait exception au principe du paiement à l'acte retenu pour ces structures doit être adopté par les autres branches et devrait être de nature à aider les CRFPP à évoluer. La recommandation formulée par la Cour et les COREC en 2003 les invitant à développer des compétences en matière d'ingénierie de formation conserve ainsi toute son actualité.

2 – Un pilotage partagé

a) L'intervention des partenaires sociaux

L'accord du 22 juin 2005 fixe le cadre de la politique de formation notamment par le biais de priorités d'accès aux financements mutualisés.

Utilisant les possibilités de négociation ouvertes par la loi, l'accord a valorisé la formule des contrats de professionnalisation en les dédiant principalement au recrutement des techniciens. Il a également reconnu l'importance du dispositif des périodes de professionnalisation en précisant la liste des bénéficiaires et des qualifications prioritairement éligibles aux financements du FAF et défini les types de formation prioritairement éligibles au titre du droit individuel à la formation.

L'accord a également créé la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation (CPNEFP). Son fonctionnement, depuis sa mise en place en 2006, témoigne de l'implication de l'ensemble des acteurs (UCANSS, caisses, FAF, représentants du personnel) dans ses différentes activités : définition de priorités de financement, rapport sur l'emploi, lancement et suivi d'études dans le cadre de sa mission d'observation des métiers et des qualifications.

b) Le rôle circonscrit de l'UCANSS

L'UCANSS « évalue, coordonne et participe à la mise en œuvre des politiques de formation du personnel »⁴¹².

A ce titre, elle conçoit des dispositifs de formation initiale et de professionnalisation dont le sujet est par nature transversal aux différentes branches ou très lié à ses missions tel que la formation des personnels relais à la mise en œuvre de l'EAEA (cf. supra). Elle assure une

412. Article L. 224-5 du CSS.

coordination de la politique nationale en participant à l'élaboration du cahier des charges de toute action de formation se référant à une programmation nationale de branche. Elle anime les centres régionaux de formation et de perfectionnement professionnel (CRFPP), sans toutefois en assurer la tutelle financière qui demeure à l'ACOSS en vertu d'une circulaire datant de 1994.

Au travers d'une succession d'initiatives, l'UCANSS a cherché à renforcer son rôle de pilote de la formation professionnelle.

Une « charte de partenariat entre le réseau institutionnel de formation et les caisses nationales » a été signée le 17 novembre 2005. Précisant le champ des initiatives pouvant être engagées par l'UCANSS, elle n'a toutefois pas connu de développements concrets.

A partir des réflexions conduites lors d'un séminaire d'octobre 2007 et de leur formalisation dans l'axe 2 du projet « UCANSS 2010 », l'UCANSS a ensuite décidé d'impulser une nouvelle organisation du réseau de formation. L'objectif est de mettre en place des pôles de compétence nationaux à partir de 2009 afin de créer des centres de ressources capables d'anticiper et de mettre en œuvre des réponses face aux évolutions actuelles des métiers de la sécurité sociale.

Au début de l'année 2008, l'UCANSS a renouvelé et coordonné la démarche partenariale notamment par la contractualisation (lettre de mission et convention de délégation ou de partenariat) entre les organismes nationaux et les centres de formation pour tout projet ou produit de branche. Les conventions entre les caisses nationales et les CRFPP restent cependant encore à signer.

L'UCANSS a également jugé utile de structurer le collège employeur de la CPNEFP en créant deux instances, l'une de définition des grandes orientations (le comité d'orientation de la formation professionnelle), l'autre chargée de vérifier la déclinaison des orientations retenues (le comité technique permanent).

Cette approche progressive et pragmatique souligne la difficulté de l'UCANSS à s'imposer face à des caisses nationales qui souhaitent préserver leur autonomie. Mais la COG 2009-2012⁴¹³ pourrait permettre à l'UCANSS de disposer de pouvoirs accrus.

413. Signée le 1^{er} juillet 2009.

c) L'implication des caisses nationales

A l'exception de celle de l'ACOSS, les COG ne comportent pas d'engagements forts de nature à inciter les caisses nationales à s'investir dans la formation. Chaque caisse aborde de ce fait ce sujet selon une logique qui lui est propre.

L'implication de la CNAMTS comme celle de la CNAF découlent d'une réflexion plus large sur les ressources humaines et les métiers. Le schéma directeur des ressources humaines de la CNAMTS a été présenté aux caisses primaires fin 2007 et la formalisation des orientations nationales en matière de formation qui en découlent ne date que du début de l'année 2008 en vue d'une présentation à la CPNEFP.

A la CNAF, le schéma directeur d'appui aux métiers de la branche famille qui englobe les formations initiale et continue a abouti à la fin de l'année 2008 mais les conditions de sa mise en œuvre n'ont pas été définies. Les travaux préalables ont cependant souligné les lacunes de l'organisation actuelle où la caisse nationale n'intervient que subsidiairement par rapport à l'UCANSS et aux caisses locales. Un comité stratégique orientation formation (COF) a donc été créé qui a lui-même piloté trois groupes de travail destinés à réaliser un état des lieux sur la formation, l'accompagnement et le développement des compétences des agents de la branche.

La formation est désormais considérée par la CNAVTS comme un outil majeur de valorisation des ressources humaines et elle associe largement les CRAM à ses travaux. Depuis 2006, son pilotage s'exerce au travers de deux documents, l'un d'orientation établi après recensement des besoins des CRAM et l'autre définissant, en lien avec les directeurs des CRAM, les actions prioritaires des services des ressources humaines.

L'investissement de l'ACOSS dans la formation s'est notamment traduit par une adaptation des formations initiales pour répondre aux enjeux stratégiques de la branche et par une organisation spécifique. L'ACOSS a progressivement mis en place des instances dédiées à la formation. Présidé par le directeur de l'ACOSS, un « institut national de la formation du recouvrement » associe l'ensemble des partenaires, directeurs d'URSSAF et CERTI, responsables de centres de formation, de l'ACOSS et de l'UCANSS en vue de faire de la formation un « levier d'accompagnement du changement ».

d) L'autonomie des caisses locales

Les caisses locales sont les employeurs des personnels du régime général, ce qui leur confère la responsabilité de la définition des besoins

de formation, de l'élaboration des plans et de la satisfaction des attentes. De ce fait, elles souscrivent d'autant mieux aux orientations nationales figurant soit dans la COG Etat/ caisse nationale de leur branche, soit dans leur propre CPG que celles-ci correspondent à leur propres préoccupations. De même, elles n'ont pas nécessairement recours aux dispositifs nationaux de formation des techniciens et peuvent préférer les former avec leurs moyens propres arguant de l'urgence des besoins ou de l'inadaptation de ces enseignements à leur contexte local.

Par méconnaissance ou mauvaise compréhension tant des règles légales que de leur déclinaison au sein de la sécurité sociale, les caisses de base n'ont que partiellement utilisé les dispositifs de professionnalisation (contrats et périodes). En 2007, 615 contrats de professionnalisation ont été financés par le FAF, n'impliquant que 32 % des organismes. Le droit individuel à formation n'a été mobilisé cette même année qu'à hauteur de 2 % des droits acquis. Les cadres en ont été les principaux bénéficiaires. En dépit des objectifs retenus par les partenaires sociaux de favoriser les bilans de compétence et les actions de formations complémentaires ou consécutives à la VAE au titre du DIF, celui-ci n'a que très faiblement été sollicité à cet effet. Au demeurant, les actions de VAE n'ont été que très marginalement mises en œuvre.

Ainsi, la mission impartie à la CPNEFP se conjugue avec celles des autres structures en charge de l'élaboration de la politique de formation. La stratification sur trois niveaux, caisses locales, caisses nationales et UCANSS, des compétences relatives aux ressources humaines explique l'absence de vision d'ensemble de la politique de formation et les délais nécessaires pour répondre à de nouveaux enjeux. La situation actuelle est moins incohérente que redondante.

3 – Une efficience difficile à apprécier

a) Les limites de l'évaluation quantitative

L'UCANSS collecte un grand nombre de données qui ne constituent cependant pas un outil de nature à contribuer à l'appréciation de l'efficience des formations.

Elle exploite essentiellement d'une part les déclarations fiscales n° 2483 où figurent principalement des dénombrements de stagiaires et d'heures de formation par catégorie socioprofessionnelle, par poste de dépense et mode de financement, d'autre part les résultats de sa propre enquête en vue de l'établissement d'un tableau de bord annuel.

Ces données n'incluent pas les informations relatives aux personnels des caisses nationales, y compris dans la branche maladie les

personnels administratifs du service médical, alors même que ces agents relèvent de la convention collective applicable aux agents du réseau et que l'accord de 2004 leur est applicable. L'effort de formation des caisses nationales se situant à un niveau analogue à celui consenti globalement, les montants financiers en jeu ne remettent pas en cause les constats de l'UCANSS. Ils contribueraient à leur exhaustivité.

La présentation que l'UCANSS retient dans ses bilans ne facilite pas l'approfondissement des conditions de mise en œuvre des formations. Les résultats sont trop globaux pour permettre de dégager des bonnes pratiques et de procéder à une « fertilisation croisée » tant en ce qui concerne les types de formation que les supports juridiques.

Une première piste d'amélioration passerait sans doute par une analyse des données par branche. Celle-ci paraît d'autant plus utile que les caisses nationales n'ont pas connaissance des politiques de formation conduites par les organismes locaux. Seule l'UCANSS dispose d'informations en provenance des questionnaires destinés à la préparation du tableau de bord, des synthèses établies à partir des données communiquées par les CRFPP et du tableau des achats de formation. L'UCANSS n'est cependant pas en mesure de dresser à ce jour par branche un bilan par structure de formation : CRFPP, formation interne (caisse ou inter caisse), formation externe, ce qui est pourtant sa mission.

Par ailleurs, les informations diffusées par l'UCANSS ne permettent pas d'analyser l'utilisation des dépenses.

Le montant total des dépenses de formation qui résulte de la synthèse des déclarations fiscales rend compte des dépenses imputées à la formation dans le cadre des obligations légales. Ce résultat est supérieur au montant des dépenses effectivement consacrées à la formation⁴¹⁴. En 2006, celles-ci n'ont atteint que 202 M € soit 4,4 % de la masse salariale. En 2007 grâce à une meilleure utilisation des fonds de professionnalisation, elles s'élevaient à 213,7 M€ soit 4,63 % (et non 4,91 % de la masse salariale si on intégrait ces reversements).

Cette première ambiguïté sur les résultats financiers se cumule avec une ventilation trop schématique des dépenses par nature. Pour mesurer le coût des formations, les versements au FAF sont présentés globalement comme une dépense particulière alors qu'ils devraient être ventilés selon le type d'actions qu'ils financent.

414. Du fait des sommes reversées (cf. page 406).

b) Les faiblesses de l'évaluation qualitative

L'évaluation de la qualité des formations constitue un thème récurrent de toute étude sur les questions de formation. Comme ailleurs, les formations financées au sein de la sécurité sociale s'achèvent par des évaluations « à chaud ». Celles-ci permettent aux responsables de services formation de mesurer la perception des stagiaires sur la qualité des enseignants et l'intérêt de la formation. Ce dispositif n'est cependant pas suffisant pour vérifier que l'enseignement a répondu à l'objectif qui lui était assigné.

L'appréciation du transfert des acquis en situation de travail nécessite une évaluation « à froid » plus complexe à mettre en œuvre. Mais 63 % des organismes du régime général ne mettent en place aucune évaluation différée, ou de façon très marginale⁴¹⁵.

La répartition des rôles entre les caisses locales commanditaires des formations et les CRFPP dispensateurs de ces mêmes formations permet aux deux types de structures de se renvoyer les responsabilités pour justifier leur incapacité à en mesurer les effets. Les caisses avancent souvent le fait qu'elles n'ont pas été informées des résultats des évaluations « à chaud » ; les CRFPP considèrent qu'il n'entre pas dans leur mission d'apprécier le résultat d'actions dont ils ne sont que les prestataires.

Les caisses nationales ne se sont, pour leur part, pas investies dans l'évaluation des formations. Seule la CNAVTS paraît sensibilisée à la question mais sans préciser la nature des mesures ni le type d'outils qui pourraient être mis en œuvre. Les caisses pourraient au minimum analyser la situation des personnes n'ayant pas bénéficié de formation depuis plusieurs années. Certes, l'UCANSS dispose de chiffres, mais ils ne sont pas exhaustifs et elle n'en tire pas de conclusions. 14 756 agents déjà présents à l'effectif au 1^{er} janvier 2006 n'ont pas bénéficié de plan de formation en 2006 et 2007 soit 20 % des effectifs considérés ; les CPAM, URSSAF et CRAM ont un taux plutôt inférieur, les CAF se situant au-dessus.

D'autres outils d'évaluation dont le champ dépasse le seul thème de la formation pallient les lacunes de l'évaluation « à froid ». En 2008, l'UCANSS a diligenté une enquête dans le cadre de l'instance nationale de suivi du protocole du 30 novembre 2004, sur le lien entre les EAEA et les actions de formation professionnelle et/ou d'accompagnement conduites dans les organismes. Elle conclut à un impact incontestable des

415. UCANSS -Chiffres clés de la formation professionnelle- 2006.

EAEA sur l'élaboration et la mise en œuvre des plans de formation. Toutefois, l'entretien d'évaluation n'est pas nécessairement l'occasion d'évaluer les résultats des formations précédemment recommandées. Les outils de suivi des formations sont souvent distincts de ceux destinés à l'EAEA. Il n'est donc pas possible de procéder directement au rapprochement entre formation sollicitée, formation dispensée et évolution éventuelle de la carrière des agents.

Certaines enquêtes lancées par les caisses nationales comportent des thématiques sur la formation, telle l'enquête « Vie au travail - la branche famille à l'écoute de ses salariés » lancée au début de l'année 2008 au sein de la branche famille qui incluait un certain nombre de questions relatives à l'accès à la formation, aux objectifs poursuivis et à la qualité. A la CNAVTS, les audits de prise de fonctions comme, dans une moindre mesure, les audits de suivi des engagements CPG sont l'occasion d'établir un état des lieux des politiques locales de formation en lien avec la politique des ressources humaines.

Les caisses locales mesurent l'impact de la politique de formation au travers d'un certain nombre d'indicateurs dits « de production » comme l'augmentation du nombre de dossiers traités. Elles font également référence aux enquêtes de satisfaction conduites auprès des usagers. Cette conception de l'évaluation est néanmoins trop générale, beaucoup d'autres facteurs pouvant influencer sur les résultats des indicateurs.

L'accord de branche de 2005 avait souhaité la mise en place d'une politique d'évaluation systématique des dispositifs institutionnels de formation (qualité, pertinence et efficience) et la présentation régulière des résultats de cette évaluation auprès de la CPNEFP. Celle-ci n'est pas effective. Le rapport sur la formation professionnelle 2007 présenté à la réunion de la CPNEFP de décembre 2008 permet de suivre la montée en charge des nouveaux dispositifs de formation prévus par la loi de 2004 et l'accord de branche. Il ne comporte en revanche pas d'analyse qualitative des formations proposées, de jugements sur l'adéquation aux besoins de recrutement ou à l'évolution des métiers. La pertinence des dépenses engagées ne peut donc être appréciée.

CONCLUSION

Bien qu'il n'ait modifié qu'à la marge la grille de classification, l'accord du 30 novembre 2004 a rencontré d'importantes difficultés de mise en œuvre, liées à l'introduction d'un changement culturel dans la sécurité sociale, désormais appelée à mieux valoriser la rémunération au mérite et à la performance.

De ce fait, l'accord aurait dû faire l'objet d'un plus grand accompagnement de l'UCANSS et des caisses têtes de réseau. Cet accompagnement ayant manqué, tant pour des raisons de fond que de calendrier (délai de signature des COG), la mise en œuvre dans les caisses a suscité des revendications salariales, dans un contexte d'inflation plus forte.

L'implication croissante des caisses nationales sur les métiers de leur branche et les enjeux de la formation devrait faciliter leur engagement parallèle dans une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences encore trop négligée actuellement.

La politique de formation elle-même a reçu une nouvelle impulsion avec la signature de l'accord du 22 juin 2005. Toutefois, sa mise en œuvre aurait gagné en réactivité si les caisses locales y avaient été davantage sensibilisées et si l'UCANSS avait pu exercer pleinement la mission que lui confie la loi, tant en matière de pilotage du réseau de formation qu'en ce qui concerne l'évaluation des actions de formation.

Alors que l'UCANSS envisage d'ouvrir de nouvelles négociations sur la classification et la formation en 2009, elle devrait, ainsi que les tutelles, tirer les leçons des difficultés rencontrées pour la mise en œuvre des futurs accords.

RECOMMANDATIONS

44. Donner davantage de place à la rémunération à la performance des employés et cadres.

45. Affiner les outils d'évaluation de la formation notamment en procédant à des analyses par branches.

Chapitre XV

Le régime de sécurité sociale dans les mines

PRESENTATION

Le régime de sécurité sociale dans les mines⁴¹⁶ assure la couverture sociale des travailleurs exerçant leurs activités professionnelles dans les mines, les ardoisières et d'autres entreprises assimilées, ainsi que d'une part importante des personnels assurant la gestion de ce régime. Confronté à une évolution particulièrement défavorable et rapide de sa démographie avec le déclin puis la disparition de l'activité charbonnière, le régime des mines bénéficie d'importants concours financiers de l'Etat et d'autres régimes de sécurité sociale⁴¹⁷.

Alors que le régime des mines est très original tant du point de vue de l'étendue quasi-exhaustive des risques couverts que de l'appareil de soins très complet qu'il a mis en place, cette récession démographique pose inévitablement la question de la pérennité du réseau de soins du régime.

Dans son rapport annuel au Parlement sur la sécurité sociale de 1997, la Cour notait déjà que la rénovation du réseau de soins du régime minier et son ouverture aux ressortissants des autres régimes de sécurité sociale devraient constituer un enjeu sanitaire de premier ordre. Or, il aura fallu attendre l'année 2004 pour que soit finalisée une importante réforme du régime visant à répondre au défi que constitue la baisse régulière des effectifs.

Tardive, cette réforme n'a pas résolu les nombreux dysfonctionnements qui caractérisent le régime. Enfin, elle se met trop lentement en place sur les points les plus stratégiques, en particulier l'ouverture des œuvres aux assurés des autres régimes.

416. Régime spécial au sens de l'article R. 711-1 du CSS.

417 En 2007, la branche vieillesse du régime a bénéficié d'une subvention d'équilibre de l'Etat de 845 M€, tandis que le régime bénéficiait de 2,44 Md€ de recettes de compensation vieillesse, maladie et AT-MP.

I - La réforme du régime des mines

Le régime minier n'entretient plus aujourd'hui qu'un lien ténu avec l'activité économique qui l'a fondé. L'option d'un repli progressif du régime au fur et à mesure de la décroissance de la population affiliée n'a été abandonnée qu'en 2004 au profit d'une logique plus volontariste.

A – Un régime en déclin

1 – Un régime original de prise en charge sociale et sanitaire

L'étendue des risques couverts constitue l'une des particularités du régime minier de sécurité sociale qui protège ses ressortissants contre l'ensemble des risques⁴¹⁸ : maladie, accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), vieillesse⁴¹⁹. La principale spécificité du régime minier réside cependant dans la gestion en propre d'un réseau de soins intégré dispensant une médecine de caisse gratuite pour ses affiliés. Il n'en existe pas d'équivalent parmi les régimes spéciaux assurant leurs ressortissants au titre de la maladie.

En 2007, le régime minier compte ainsi, au titre des œuvres dites ambulatoires, 176 centres de santé, 67 pharmacies, 5 laboratoires d'analyses médicales, 2 laboratoires de prothèses dentaires, 15 cabinets d'optique et 6 services d'ambulance. A cet ensemble s'ajoutent 28 établissements sanitaires et médico-sociaux gérés directement ou dans lesquels le régime minier est associé majoritairement. Au total, ce réseau de soins représente plus de 1 300 professionnels de santé salariés, dont environ 500 médecins, 40 chirurgiens-dentistes, 650 infirmiers, 80 ambulanciers... Les infrastructures sont essentiellement concentrées dans le Nord et l'Est de la France.

2 – Un régime en forte récession démographique

Le régime minier subit une triple récession : celle spectaculaire de ses actifs, celle beaucoup plus lente de ses pensionnés, enfin celle marquée de ses affiliés à l'assurance maladie.

418. Le régime minier n'assure plus la gestion des prestations familiales depuis le 1^{er} mai 1997.

419. En ce qui concerne ce dernier risque, le régime minier attribue des retraites de base, qui sont complétées par des retraites complémentaires AGIRC-ARRCO.

Les actifs, qui étaient au nombre de 400 000 en 1950, ne comptent plus que 10 000 cotisants environ en 2007, dont environ 30 % de salariés du régime minier. Par conséquent, un des derniers gros employeurs à être immatriculé au régime minier de sécurité sociale est le régime minier lui-même. En outre, ces dernières années, les nouvelles affiliations au régime, déjà peu nombreuses, ont encore baissé. Elles ont concerné essentiellement les salariés des sociétés de secours minières (SSM), avant qu'il ne soit mis fin à l'affiliation au régime spécial des nouveaux agents embauchés par les SSM à compter du 1^{er} janvier 2005.

Le régime de sécurité sociale dans les mines est donc de fait en extinction. A l'hiver 2007, un projet de décret prévoyait la fermeture de l'affiliation à ce régime à partir du 1^{er} janvier 2008. Cette disposition n'a pas été retenue dans le décret du 26 décembre 2007, ce que la Cour estime regrettable.

Le nombre de pensionnés, après être passé de 243 000 en 1950 à 438 000 en 1986, enregistre une lente décrue depuis 1987 pour s'établir désormais à 356 000 en 2007. Le taux de dépendance pensionnés/actifs, déjà très dégradé, frôle désormais le ratio de 35 pour 1.

Le nombre des bénéficiaires de l'assurance maladie n'a fait que diminuer. Il n'est plus que de 205 000 en 2007, soit un effectif nettement inférieur à celui des pensionnés ⁴²⁰, contre plus d'1,2 million de personnes au tout début des années 1950.

Aussi, cette triple récession démographique pose inévitablement la question de la pérennité du réseau de soins, caractéristique fondamentale du régime minier.

B – Une réforme tardive

1 – Le décret de 2004

Malgré ce contexte démographique, la gestion du régime de sécurité sociale dans les mines n'a pas connu de bouleversement majeur avant que ne soit mise en place la réforme de 2004. Celle-ci vise à assurer la pérennité de l'offre de soins du régime en l'étendant à l'ensemble de la population, grâce au décret du 2 novembre 2004 bouleversant ainsi

420. Cet écart entre le nombre de bénéficiaires de l'assurance maladie (205 000) et le nombre de pensionnés (356 000) s'explique notamment par la montée en puissance du nombre de titulaires de pensions de coordination. En effet, les assurés qui perçoivent une retraite au titre de la coordination comprenant des arrérages dus en raison d'une activité minière passée réduite sont pour beaucoup d'entre eux affiliés au régime général pour ce qui a trait à la prise en charge des dépenses de santé.

l'économie du décret fondateur portant organisation de la sécurité sociale dans les mines du 27 novembre 1946.

Les principaux axes de la réforme peuvent être ainsi résumés :

- la gestion de l'assurance vieillesse invalidité et du recouvrement des cotisations est déléguée à la caisse des dépôts et consignations (CDC) ;
- la responsabilité du service des prestations d'assurance maladie et AT-MP est confiée à la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) qui en délègue l'exercice aux organismes locaux ;
- des caisses régionales (CARMI) reprennent les activités assurées jusqu'en 2007 par les sociétés de secours minières (SSM) et les unions régionales de sociétés de secours minières (UR) ;
- ces dispositions s'accompagnent d'une « ouverture bilatérale » des œuvres ambulatoires du régime, c'est-à-dire que les affiliés du régime ont le libre choix des professionnels de santé qui les prennent en charge tandis que les œuvres ambulatoires du régime peuvent accueillir les affiliés de tous les autres régimes. Ce dernier aspect, l'ouverture des œuvres, constitue un aspect important de la réforme.

2 – Les COG

Cette réforme a trouvé une concrétisation dans la première convention d'objectifs et de gestion (COG) 2004-2006 entre l'Etat et la CANSSM dont l'échéance a été repoussée au 31 décembre 2007. Depuis, une nouvelle COG (COG 2008-2011) a été signée le 24 janvier 2008.

La première COG comportait des indicateurs qui ne furent jamais renseignés. Pour la nouvelle COG, il a été prévu que les indicateurs ainsi que le tableau de suivi des échéances de la COG feraient l'objet d'un avenant, encore en attente. Par ailleurs, des indicateurs quantitatifs ont été inclus dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) signés fin juillet 2008 entre la CANSSM et les CARMI.

II - Une réforme sans effet sur de nombreux dysfonctionnements

La réforme de 2004 ne résout pas les nombreux dysfonctionnements qui résultent des particularismes du régime.

A – Une restructuration institutionnelle inaboutie

Le régime minier reposait jusqu'en 2007 sur une organisation pyramidale : à la base, les SSM et les UR et au sommet, la CANSSM. Suite au décret de 2004, sept CARMi ont été créées et installées en mars 2007.

Les raisons de la création de ces CARMi étaient « la recherche de la taille critique tout en prenant en compte la nécessité du maillage territorial » selon les termes de la COG 2004-2006. Or, calquées sur les anciennes UR, les CARMi sont de taille très hétérogène, que ce soit en termes de nombre d'assurés, d'œuvres ou d'effectifs. Cinq d'entre elles apparaissent d'une dimension trop modeste.

Effectifs, nombre d'assurés et nombre d'œuvres par CARMi

Données au 31/12/06	CARMi Nord - Pas-de-Calais	CARMi Est	CARMi Centre-Est	CARMi Centre	CARMi Sud-Est	CARMi Sud-Ouest	CARMi Ouest	Total
Effectifs	2 264	1 410	241	116	404	312	47	4 794
Nombre d'assurés	79 199	75 944	10 368	9 292	21 097	15 461	5 122	216 483
Nombre d'œuvres	133	88	27	18	20	16	4	306

Source : CANSSM.

Une telle organisation administrative paraît dépassée et des fusions de CARMi, notamment des cinq plus petites, devraient être envisagées.

B – La question du personnel

Fin 2007, les effectifs en personnels du régime minier s'élèvent à 4 972 agents, dont 4 780 affectés dans les CARMi et 192 à la CANSSM.

1 – Le personnel de la CANSSM : des compétences inadaptées à une tête de réseau

En cohérence avec le transfert de l'activité exercée par la majorité des agents de la CANSSM, les contrats de travail des salariés de la caisse autonome nationale (415 agents) ont été transférés collectivement à la CDC le 1^{er} mai 2005, par une ordonnance du 28 avril 2005. Cette ordonnance a aussi prévu la poursuite par la CANSSM de ses missions

autres que l'assurance vieillesse, grâce à la mise à disposition par la CDC des personnels nécessaires (115 exactement).

La CANSSM ne dispose pourtant pas des moyens humains qui lui permettraient de jouer pleinement son rôle de tête de réseau, son personnel ne comprenant que 8 % de cadres supérieurs et 30 % de cadres⁴²¹. En outre, depuis 2006, la CANSSM est confrontée à une forte rotation de son personnel. Dans le même temps, elle éprouve des difficultés à recruter du personnel adapté à ses besoins.

2 – Le personnel des organismes locaux

a) Des sureffectifs

Fin 2007, l'effectif des personnels des CARMI s'élevait à 4 780⁴²² agents :

- 3 973 employés administratifs, techniciens et ouvriers ;
- 82 cadres supérieurs administratifs ;
- 725 cadres de santé.

Les effectifs par type de gestion (maladie, AT-MP, œuvres) sont mal connus en l'absence de procédure automatisée pour les collecter. De manière générale et sans qu'il soit possible de les ventiler par gestion, des sureffectifs existent manifestement dans les services des caisses locales, compte tenu de la baisse du nombre des assurés.

Par ailleurs, on note une décroissance du nombre des ressortissants du régime plus rapide que celle du nombre des médecins généralistes et partant une inadéquation croissante dans le régime entre l'offre de médecine générale et les affiliés. Ce constat n'est pas nouveau, la Cour le relevait déjà il y a plus de dix ans. Dans ces conditions, on peut s'interroger sur le niveau d'activité, voire de sous-activité, des médecins. Or, des recrutements de médecins généralistes et spécialistes ont eu lieu ces dernières années, alors même que l'activité des médecins déjà employés n'était pas connue.

Pour la CANSSM, la diminution du nombre de professionnels de santé ne saurait être envisagée en raison de l'ouverture des œuvres, ce qui paraît très contestable, l'accueil de populations non assurées au régime

421. Selon la CANSSM, une recomposition de ses effectifs a fait passer son taux d'encadrement à près de 50 % fin 2008, pourcentage qui devrait dépasser 50 % en 2009.

422. Parmi les salariés des CARMI, une majorité (3 578 en 2006) est assujettie au régime minier.

minier restant insuffisant au regard de l'évolution démographique de la population minière (voir infra).

b) Des renégociations conventionnelles coûteuses

La réforme du régime minier a nécessité l'ouverture d'un vaste chantier de renégociations conventionnelles. Six conventions collectives sont ainsi en cours de réexamen. Trois d'entre elles, celles des personnels non cadres, des personnels cadres administratifs supérieurs et des médecins généralistes appellent plus particulièrement l'attention.

Les personnels non cadres et cadres supérieurs administratifs ont obtenu un droit d'option illimité dans le temps -mais irrévocable- en faveur de la convention collective UCANSS, sachant que l'exercice de ce droit d'option implique normalement l'arrêt de l'acquisition de droits viagers au titre des avantages en nature chauffage et logement⁴²³. Toutefois, le bénéfice des prestations chauffage logement acquises au jour de l'option a été maintenu pour les agents ayant opté, soit sous la forme de rente soit sous la forme du versement d'un capital « pour solde de tout compte ».

Dans la mesure où il s'agit d'une option, le cumul de la référence UCANSS avec la transformation des prestations chauffage logement acquises en rente ou en capital paraît à la fois excessif et dépourvu de toute justification et ce d'autant plus que les personnels bénéficiaires ne sont pas des mineurs eux-mêmes. Par ailleurs, même si les modalités de calcul du montant dudit capital n'ont toujours pas fait l'objet d'un accord avec les partenaires sociaux, le « coût maximal » est évalué entre 139 M€ et 220 M€⁴²⁴. Or, l'équilibre financier du régime minier est essentiellement assuré par des apports extérieurs.

423. Pour mémoire, les personnels cadres et non cadres relèvent lorsqu'ils entrent dans le champ des conventions collectives minières, du « Statut du mineur », fixé par le décret du 14 juin 1946. Ce texte a instauré les prestations chauffage-logement, tout d'abord servies en nature, puis en numéraire. Ces prestations sont ainsi intégrées au salaire et donc assumées par l'employeur (les CARMI).

424. Situation où tous les agents susceptibles de détenir des droits viagers au chauffage-logement décideraient d'opter pour le référencement conventionnel UCANSS et de bénéficier du « rachat » immédiat des avantages en nature sous forme de capital. A titre d'illustration, la fourchette basse (139 M€) correspond à un coût du rachat des avantages en nature en faveur des agents, pour une ancienneté supérieure à 15 ans, de 31 000 € pour les ouvriers et de 100 000 € pour les cadres supérieurs, somme conséquente représentant plus d'un an de salaire net.

En raison de l'ouverture des œuvres, une nouvelle convention collective a prévu un nouveau système de rémunération des médecins généralistes, à compter du 1^{er} janvier 2009, lié à l'activité constatée dans les centres de santé miniers. Un salaire de base leur est cependant garanti (85 % de la rémunération de « l'échelle du salarié ») sous réserve que 5 500 « équivalents C » soient effectués dans l'année. Le fondement de ces nouvelles modalités de rémunération est la recherche de l'équilibre financier, dans lequel les œuvres doivent désormais s'inscrire⁴²⁵.

Mais des difficultés sont à prévoir dans la mise en œuvre de ce nouveau dispositif de rémunération. D'une part, il suppose que les actes des praticiens dans les centres de santé soient comptabilisés de façon exhaustive et fiable, ce qui n'était pas encore le cas au printemps 2009. Or, la Cour avait déjà noté en 1997 que « l'activité réelle des médecins reste mal connue en l'absence d'un dispositif pourtant recommandé par (elle) dans son rapport public annuel de 1992, capable de l'appréhender et de l'évaluer ». La situation a donc peu évolué depuis 1992.

D'autre part, cette nouvelle convention va déboucher sur une augmentation prévisionnelle importante de la rémunération des médecins généralistes. Ainsi, dans le Nord-Pas-de-Calais par exemple, alors que le nombre de praticiens reste stable entre 2008 et 2009 (70 médecins), leur masse salariale devrait croître de 19,3 %. Dans la même région, le nombre de médecins percevant plus de 100 000 € de rémunération brute annuelle devrait passer de 9 en 2008 à 37 en 2009, avec pour l'un d'entre eux une rémunération de 202 000 €.

C – Le manque de fiabilité des comptes de la CANSSM

1 – Une présentation comptable perfectible

Grâce à la présentation de comptes combinés⁴²⁶ depuis l'exercice 2006, on dispose désormais d'une vue globale de la gestion de la totalité des œuvres, services et établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, assurée par les CARMI, comme le montre le compte de résultat des comptes combinés pour 2007.

425. Conformément à l'article 225 du décret du 27 novembre 1946 modifié.

426. Le périmètre de combinaison comprend l'ensemble des CARMI, la CDC (à compter de l'exercice 2007) et la CANSSM, qui est l'entité combinante.

Compte de résultat combiné (2007)*En M€*

	Charges	Produits
Sous total hors «œuvres»	4 069	3 871
<i>Dont gestion courante</i>	162	46
<i>Dont gestion technique</i>	3 893	3 803
Résultat net de l'exercice (déficitaire)		198
Sous total des œuvres, des établissements, services sanitaires et médico-sociaux	435	419
Résultat net des «œuvres» (déficitaire)		16
Total général	4 504	4 504

Source : Cour à partir de données CANSSM

Cependant, les informations comptables disponibles pour la caisse nationale demeurent pauvres. On peut notamment s'étonner qu'en application du décret du 26 décembre 2007, les comptes annuels de la CANSSM n'intègrent plus les quelque 1,9 Md€ de produits et charges de gestion technique de la branche vieillesse, limitant cette dernière à la gestion du patrimoine immobilier. Au final, les comptes annuels 2007 assimilent une simple délégation de gestion à un transfert de compétence. L'image fidèle des comptes s'en trouve profondément altérée.

2 – Des fragilités comptables

Malgré quelques avancées comme la mise en place d'un progiciel de gestion des immobilisations, la revue détaillée des comptes montre que la CANSSM n'a pas su en améliorer la fiabilité et que des observations antérieures de la Cour n'ont pas été suivies d'effet. De nombreuses écritures demeurent anormalement débitrices ou créditrices et non appuyées de pièces justificatives, ce qui peut s'avérer coûteux⁴²⁷. Ces constats traduisent une absence de suivi des comptes de tiers et confirment les constats antérieurs sur cette question du COREC d'Ile-de-France.

De plus, l'enquête a identifié de nouvelles fragilités. Ainsi, à titre d'exemple, le régime demeure dans l'incapacité d'établir une répartition analytique des coûts de fonctionnement entre les organismes locaux en dépit de la réalisation d'études en 2005 et 2006.

427. Ainsi, au titre de l'exercice 2008, ont été comptabilisés en charges un abandon de créance d'un montant de 2,4 M€ et une provision visant à couvrir un écart avec la CARMi Nord-Pas-de-Calais, pour 0,6 M€.

D – Des déficiences dans la gestion

1 – Le problème de la participation forfaitaire de 1 € et de la franchise médicale

Début 2009, l'application de la participation forfaitaire de 1 € comme de la franchise médicale n'était toujours pas effective dans le régime minier alors qu'elle devrait l'être depuis respectivement 2005 et 2008. Le motif tient à la difficulté de recouvrement de sommes, même faibles, dans le cadre d'un régime où il n'y a pas de flux d'argent en raison de la gratuité des soins et du tiers payant intégral et généralisé.

2 – Des stocks de pharmacies incertains

En l'absence d'une procédure de contrôle interne, la Cour a élaboré un test informatique exhaustif portant sur 64 pharmacies minières. Ce contrôle, qui visait à s'assurer de la vraisemblance des stocks de produits, a fait apparaître que 6 000 références d'un montant de 1,2 M€ présentaient un stock anormal négatif. Toutes les pharmacies sont concernées, mais celle d'Auchel dans le Pas-de-Calais doit être plus particulièrement signalée, avec 18 631 unités manquantes, d'une valeur de 491 000 €.

La gestion des stocks des pharmacies minières s'avère ainsi peu fiable, ce qui induit un risque d'inexactitude et de fraude.

3 – Un taux de pénétration des médicaments génériques insatisfaisant

En 2007, le taux de pénétration des médicaments génériques est de 74 % pour l'ensemble des pharmacies minières, soit un taux équivalent à celui atteint par les pharmacies libérales. Ce taux global recouvre de fortes disparités. Ainsi trois pharmacies minières de la CARMi du Nord-Pas-de-Calais présentent un taux inférieur à 50 %. De même 17 médecins généralistes sur les 97 rattachés à la CARMi du Nord-Pas-de-Calais ont prescrit moins de 60 % de génériques, dont deux moins de 46 %.

Malgré une nette amélioration en 2008 (le taux dépasse légèrement 80 %), les progrès accomplis demeurent insuffisants pour un dispositif qui peut être piloté et régulé par le pharmacien conseil national de la CANSSM. Un taux de pénétration des médicaments génériques proche de 90 % semble accessible, ce qui devrait induire des économies substantielles pour le régime, de l'ordre de 500 000 € par an.

E – Une gestion du patrimoine à optimiser

1 – Des loyers toujours inférieurs au prix du marché

A partir de la liste des locaux occupés, la Cour a mené une étude comparative avec les prix du marché. Quelle que soit l'hypothèse de travail (fourchette basse ou fourchette haute), les loyers pratiqués sont systématiquement en dessous du prix du marché⁴²⁸. Sur une année pleine, le manque à gagner potentiel résultant de l'absence de révision des loyers pourrait être estimé à près de 6 M€.

2 – Une valeur vénale du patrimoine surestimée

Au 1^{er} janvier 2007, le patrimoine immobilier était constitué de 70 immeubles dont six hôtels de bon standing tous situés dans Paris intra muros. Dans le cadre de son schéma directeur relatif à l'optimisation de la gestion du patrimoine et des infrastructures, la caisse autonome a procédé à la cession de trois hôtels, ce qui a permis de dégager environ 320 M€ de recettes en 2007 et 2008.

Pour l'avenir, dans l'hypothèse où la CANSSM déciderait de vendre l'ensemble des appartements d'habitation sur la base d'un prix moyen au m² de 6 000 €, elle ne pourrait tirer de cette vaste opération qu'une ressource de l'ordre de 500 M€, somme qui même ajoutée aux cessions déjà réalisées (320 M€) demeure très éloignée du milliard d'euros envisagé dans le rapport annexé à la loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012, estimation dont la Cour a déjà recommandé la révision. De plus, si ce type d'opération a permis de dégager des produits exceptionnels significatifs, cela est essentiellement dû à la nature des biens vendus. En effet, la cession d'hôtels de bon standing n'est nullement comparable à des cessions d'appartements. Il conviendrait d'ailleurs de mesurer les risques financiers associés à des opérations de ventes à la découpe et d'évaluer les contraintes de toute nature liées à la création de copropriété.

III - L'évolution trop lente des activités

Pour les deux activités du régime -activités assurantielles et offre de services de santé- certains objectifs de la réforme de 2004 ont été

428. Même si 221 logements sont encore soumis à la loi de 1948, près de la moitié des baux ont été conclus entre 2000 et 2007.

atteints, d'autres ne le sont pas ou que très partiellement comme par exemple l'ouverture des œuvres ambulatoires aux assurés des autres régimes. Or il s'agit d'un enjeu majeur même si, dans un contexte de diminution du nombre des ressortissants et de disparition des activités assurantielles, le régime ne pourra subsister uniquement comme opérateur de soins.

A – Le risque vieillesse invalidité

Conformément à ce que la réforme avait prévu, c'est la CDC qui, depuis le 1^{er} janvier 2005, gère l'assurance vieillesse et invalidité du régime minier. En raison de la nature du régime minier le classant comme un service d'intérêt général, le choix de la CDC s'est fait sans mise en concurrence préalable. Cette délégation soulève deux questions.

1 – Une baisse des coûts moindre que prévu

En dépit de la délégation à la CDC de la gestion du risque vieillesse-invalidité, le coût de gestion des retraites des mines est plus élevé que prévu. Selon l'offre de service initiale, le coût devait diminuer de près de 11 % entre 2005 et 2007 (en passant de 27,6 M€ à 24,6 M€), diminution portée à 13 % lors de la révision de mars 2004 de l'offre de service. Il n'a finalement diminué que de 8 %. L'écart entre le réalisé et les objectifs s'élève à 1 M€ en 2006 puis à 1,2 M€ en 2007. Pour la CDC, ce dépassement s'expliquerait par des coûts non prévus (décroissance de la population minière moins forte que projeté, conditions de reprise du personnel de la CANSSM plus onéreuses que prévu, autres surcoûts).

2 – Des rendus compte trop succincts

Pour les années 2005, 2006 et 2007, la clause de rendu compte entre la CDC et la CANSSM, qui prévoit la présentation au conseil d'administration de la CANSSM d'un rapport de gestion à périodicité trimestrielle, n'a pas été remplie. Certes, la CDC rappelle qu'elle a rapporté régulièrement devant les instances du régime, mais ceci n'a pas fait l'objet de rapport écrit de gestion. Enfin, la CDC évoque les objectifs de performance qu'elle présente trimestriellement au conseil d'administration.

B – Les risques maladies et AT-MP

1 – La constitution inachevée de la CANSSM en caisse unique

Avant 2005, la gestion des risques maladie et AT-MP était confiée respectivement aux SSM et aux UR. Depuis 2005, la CANSSM est devenue caisse unique pour la gestion de ces risques. En pratique, toutefois, les organismes locaux (SSM et UR puis CARMi) ont continué à gérer les prestations sur la base d'une délégation de la caisse autonome. Début 2008, il y avait ainsi encore plus de 30 sites de production sur l'ensemble du territoire. En effet, la fusion des organismes du régime minier en sept CARMi s'est accompagnée d'un engagement sur la non-mobilité géographique forcée des agents. Cet éclatement de la gestion assurantielle sur l'ensemble du territoire est l'un des facteurs expliquant l'existence de sureffectifs (voir supra). Tant qu'il n'y sera pas mis fin, aucune amélioration significative de la situation ne peut être attendue.

La CANSSM compte sur le développement de la mutualisation, sur lequel insiste d'ailleurs la COG 2008-2011, pour faire face aux évolutions prévisionnelles des charges et des ressources. Mais cet axe semble d'ores et déjà dépassé compte tenu de la taille des plus petites CARMi (voir supra).

2 – Le renoncement au projet de délégation de la gestion assurantielle au régime général

Compte tenu de la démographie du régime conjugée à la complexification croissante de la réglementation, la version de la COG antérieure à celle finalement signée le 28 janvier 2008 avait initialement prévu la délégation de la gestion de la branche maladie au régime général, les conditions de réalisation de cette évolution devant être en place avant l'échéance de la COG.

Suite aux vives réactions des organisations syndicales représentant les affiliés au conseil d'administration de la CANSSM, la COG 2008-2011 n'a finalement retenu qu'un « adossement » technique de la gestion assurantielle au régime général, sans intégration du personnel des CARMi. La Cour juge cette décision regrettable, l'activité assurantielle n'étant pas destinée à perdurer et ayant vocation à quitter le régime.

En outre, la COG ne fixe plus d'échéance pour ce projet d'adossment, sauf en matière informatique⁴²⁹. Il conviendrait que cette perspective soit reprise et inscrite dans la prochaine COG.

C – L'offre de soins

1 – Le déficit des centres de santé

En 2005, les œuvres, pour l'essentiel d'entre elles, se sont constituées en centres de santé agréés. Le régime minier comptait alors 310 dispensaires, 16 centres de médecine spécialisée et 40 cabinets dentaires. Les organismes gestionnaires, à quelques exceptions près, ont adhéré à l'accord national qui organise les relations entre les centres de santé et les organismes de sécurité sociale. En 2007, le régime minier comprenait 176 centres de santé, pour l'essentiel médicaux.

Le modèle d'organisation repose encore largement sur un binôme médecin généraliste-infirmière, cette dernière faisant fonction de secrétaire médicale. Toutefois, des cabinets de groupe dans lesquels exercent plusieurs médecins généralistes et infirmiers voire des dentistes ont été créés ces dernières années. La recomposition de l'offre de soins actuellement en cours devrait accélérer ce processus.

Les recettes des centres de santé sont désormais constituées par le produit de leur activité et non plus par une subvention d'équilibre du fonds national d'assurance maladie. En 2006, les centres de santé ont enregistré un déficit global de -35,5 M€ correspondant à 54,2 % des recettes. Ce déficit n'a pu être couvert par les excédents des autres œuvres ambulatoires (principalement des pharmacies, voir infra), générant ainsi pour la première année un déficit global du réseau de soins ambulatoires miniers. En 2007 et 2008, les centres de santé affichent des déficits en diminution. Ces résultats restent cependant très préoccupants, d'autant que les charges des œuvres sont sous-évaluées. En effet, les fonctions supports des œuvres et des établissements sont assurées par le personnel des CARMI, lesquelles, en l'absence de comptabilité analytique, ne ré-imputent pas ces coûts sur les œuvres.

429. Cet adossment, dont la date de bascule est fixée à 2010, recouvre les domaines suivants : la gestion des bénéficiaires, le traitement des prestations en nature, le traitement des prestations en espèces quel que soit le risque, enfin la gestion des risques professionnels AT-MP tant pour l'incapacité temporaire que pour l'incapacité permanente. Il est prévu que la production soit assurée dans un centre informatique du régime général.

Or, dans le contexte de l'ouverture bilatérale et de sa mise en concurrence avec la médecine libérale, la médecine minière ne peut perdurer que si elle s'équilibre financièrement. La CANSSM, dans le cadre de la recomposition de l'offre de soins, a fixé aux CARMi un objectif de réduction de 50 % sur deux ans (2008-2009) des déficits des centres de santé par rapport au déficit 2006.

Toutefois, comme le prévoit le décret modifié du 27 novembre 1946, une structure, dont le budget de fonctionnement n'est pas équilibré, peut être conservée si l'offre de soins au plan local n'est pas à même de répondre aux besoins sanitaires de la population. L'objectif de maîtrise des dépenses du régime minier doit donc être concilié avec ce principe, qui pourrait avoir pour effet pervers de ne pas inciter à mieux gérer. Dans ces conditions, la question se pose de savoir comment le régime minier pourra supporter de tels déficits dans la durée.

2 – L'ouverture insuffisante des œuvres ambulatoires

La médecine générale et les soins infirmiers ont été ouverts au 1^{er} juillet 2005, contrairement aux pharmacies qui ne le sont toujours pas. Pour autant l'ouverture de la médecine générale à la patientèle non minière reste actuellement très marginale⁴³⁰ : les actes dispensés à des affiliés d'autres régimes de sécurité sociale ne représentent que 2,7 % des actes médicaux réalisés en 2006, avec toutefois des variations importantes selon les régions et selon les centres de santé. L'apport de la patientèle extérieure reste ainsi insuffisant au regard de l'évolution démographique de la population minière, en baisse de 5 à 6 % par an.

Les raisons sont à rechercher notamment dans le fait que la CANSSM n'a mis en œuvre sa stratégie pour adapter et élargir son offre de santé qu'à partir de 2007.

D'autres explications peuvent aussi être avancées comme celle de la faible attractivité de l'organisation décrite précédemment, basée sur le binôme médecin généraliste-infirmière, cette dernière faisant fonction de secrétaire médicale. Cette organisation n'offre pas un service médical

430. En 2007, le taux d'ouverture des centres de santé du Haut-Rhin et de Pau, qui sont ouverts depuis plus de 15 ans, est de l'ordre de 20 à 34 %. Quant au taux d'ouverture des centres de santé ouverts plus récemment, comme ceux du Nord-Pas-de-Calais, il ne dépasse pas 4,5 %. Enfin, la patientèle non minière a représenté, en 2006, un quart seulement de la clientèle des centres de santé dentaires et un tiers des cabinets d'optique.

plus attractif que la médecine libérale⁴³¹. La CANSSM précise qu'elle s'est engagée dans une politique devant augmenter fortement l'attractivité de l'offre du régime.

Enfin, le suivi de l'ouverture des œuvres par la CANSSM paraît très insuffisant alors que ce point constitue un enjeu stratégique pour le régime minier. D'une part, l'activité des œuvres sanitaires et sociales en CARMi n'est pas réellement contrôlée, la CANSSM estimant que ce contrôle relève en premier lieu des CARMi, personnalités juridiques distinctes. D'autre part, aucune remontée périodique de données vers la CANSSM n'est effectuée. La caisse autonome nationale indique toutefois être en train de se doter des outils de contrôle, tant par le développement de son système d'information que par la mise en place du contrôle interne et du contrôle de gestion au sein du régime.

3 – Le problème récurrent de l'ouverture des pharmacies

Les pharmacies minières sont les seules œuvres du régime minier à ne pas être encore ouvertes (à l'exception de deux officines⁴³²). En fait, leur ouverture pourrait rapidement provoquer leur effondrement financier. Compte tenu notamment de leur localisation (et de la présence de pharmacies libérales plus proches d'une partie de la population minière) un départ de la clientèle minière vers les pharmacies libérales est en effet à craindre.

Or, les pharmacies sont non seulement les rares œuvres minières à être excédentaires mais aussi celles qui dégagent les excédents les plus importants (+17,8 M€ pour 157 M€ de produits en 2006, +19 M€ pour 158 M€ de produits en 2007). Leurs bénéfices contribuent ainsi fortement à l'équilibre global des œuvres ambulatoires qui en 2006 et 2007 affichent néanmoins un résultat total négatif (-14,8 M€ en 2006, -10,7 M€ en 2007).

Par ailleurs, l'ouverture des pharmacies minières à l'ensemble de la population soulève des difficultés juridiques et politiques. Elle nécessiterait en premier lieu une révision du code de la santé publique, puisque le régime déroge à la règle de la propriété de l'officine par son titulaire. Pour ce motif, il est probable que l'ouverture des pharmacies

431. Le guide méthodologique de 2008 pour la mise en œuvre de la GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) au sein du régime minier, élaboré par un prestataire extérieur, qualifie même de « discours incantatoire » l'accent longtemps mis sur la qualité des soins et la prise en charge globale des patients.

432. Dans le Gard et dans l'Hérault, dans des communes où il n'existe pas d'offre libérale.

minières susciterait l'opposition de principe des pharmaciens libéraux. La COG 2008-2011 prévoit seulement la recherche des solutions locales, là où une ouverture bilatérale pourrait être obtenue par voie de convention.

Cette évolution s'inscrit toutefois dans un contexte où les autorités communautaires remettent en question différents aspects de la réglementation relative aux pharmacies⁴³³. Ce contexte devrait donc inciter à ouvrir les pharmacies minières, quel que soit leur régime de propriété.

4 – La nécessaire autonomisation des établissements

Le régime minier dispose aussi d'établissements sanitaires et médico-sociaux. Deux catégories d'établissements peuvent être distinguées : ceux directement gérés par le régime (au nombre de 19 en 2007) et ceux gérés par le biais d'associations.

La CANSSM s'est fixé comme objectif d'autonomiser la gestion des établissements gérés directement par le régime minier et dont la trésorerie est actuellement assurée par le régime (à titre d'exemple, c'est ainsi que subsiste l'hôpital de Freyming-Merlebach, le plus gros établissement géré directement par le régime minier, alors qu'il est de plus en plus déficitaire avec en 2007 un résultat de -4,83 M€ pour 41,5 M€ de produits). La COG 2008-2011 prévoit la création d'associations de gestion associant la CANSSM et les CARMI, le régime minier devant rester majoritaire dans la gestion des établissements.

Mais cet objectif d'autonomisation des établissements se heurte à l'opposition des CARMI alors même que tout retard dans cette adaptation fragilise les établissements.

— SYNTHESE —

L'activité assurantielle du régime minier étant appelée à plus ou moins long terme à disparaître, les caractéristiques sanitaires des régions minières peuvent inciter néanmoins à une préservation des œuvres minières et à leur insertion dans le tissu local d'offre de soins, ce qui suppose leur ouverture à la population générale.

Cependant, cette approche volontariste n'est pas exempte de difficultés. Elle nécessite notamment des efforts de modernisation et d'amélioration de la gestion, de restructuration du réseau et d'ouverture des œuvres, autant de réformes de structures qui suscitent de nombreuses résistances.

433. Contexte déjà décrit par la Cour dans le RALFSS de 2008, p. 193 et suivantes.

RECOMMANDATIONS

46. Réaliser dans les meilleurs délais la fermeture de l'affiliation au régime minier.

47. Réduire le nombre de CARMI.

48. Ecarter toute possibilité, pour les agents des CARMI optant pour la convention UCANSS, de bénéficier du rachat des prestations chauffage logement.

49. Réintégrer dans les comptes annuels de la CANSSM les opérations entrant dans le mandat de gestion de la caisse des dépôts et consignations.

50. Inscrire la délégation de la gestion assurantielle (maladie maternité et AT-MP) au régime général dans la prochaine COG.

51. Développer un appareil statistique fiable, exploitable directement au niveau de la caisse autonome nationale.

52. Achever l'ouverture des œuvres et l'étendre aux pharmacies ; assurer l'autonomisation des établissements.

Chapitre XVI

Le suivi des recommandations formulées par la Cour

PRESENTATION

Comme l'année dernière, la Cour examine les suites données à ses précédentes recommandations : d'abord de manière globale, en se fondant sur l'examen qui en est fait par l'administration ; ensuite de manière plus sélective en donnant un exemple de suites encore insuffisantes, dans le domaine des dépenses de radiologie et de biologie.

I - Le suivi des recommandations effectué par les administrations

La Cour accorde une attention de plus en plus systématique aux suites données à ses précédentes recommandations. Comme bon nombre d'institutions supérieures de contrôle européennes, elle a même décidé de faire de l'appréciation du degré de mise en œuvre de ces recommandations l'un de ses indicateurs de performance⁴³⁴.

Dans le domaine particulier de la sécurité sociale, l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a prévu une procédure particulière, sur laquelle la Cour peut se fonder pour établir ses appréciations : « chaque année, avant le 15 juillet, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport qui présente les suites données à chacune des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ».

La Cour a déjà montré que cette obligation était très mal respectée. Il en a été de même pour rapport qui aurait dû être transmis par le Gouvernement à l'été 2008, relatif aux suites données au RALFSS de 2007, ce qui confirme les réticences déjà décrites.

Pour autant, le travail interne à l'administration d'examen des précédentes recommandations a pu être produit, portant même, comme la Cour le souhaitait, sur les trois derniers rapports, et non plus sur le seul dernier. Restant consciente des précautions méthodologiques indispensables⁴³⁵, la Cour s'est efforcée d'en tirer une première appréciation

434. Voir l'insertion consacrée aux « effets des interventions de la Cour : une approche statistique », dans le rapport public annuel de 2009 (deuxième partie, p.1 à 4).

435. Dans cette approche, les recommandations ne sont pas hiérarchisées, alors qu'elles sont d'une importance relative très variable. En outre, l'appréciation portée par la Cour sur les évolutions constatées, destinée à les traduire en résultat élémentaire, peut être en partie subjective.

synthétique du degré de prise en comptes des recommandations contenues dans le RALFSS.

Suites données aux recommandations des trois précédents rapports

	RALFSS 2008	RALFSS 2007	RALFSS 2006	Total
a) Nombre de recommandations-orientations	58	46	44	148
b) Nombre de recommandations examinées	41	41	37	119
c) Nombre de recommandations suivies	13	18	9	40
d) Nombre de recommandations partiellement suivies ou en cours	19	11	12	42
e) Indicateur synthétique	55%	57%	41%	51

Source : Cour des comptes

Note de lecture : b) toutes les recommandations ne donnent pas lieu à examen : les orientations ou les recommandations réitérées en sont ainsi exclues.

e) L'indicateur synthétique valorise pour « 1 » une recommandation suivie de manière complète (c) et pour « 0,5 » une recommandation suivie de manière partielle et/ou en cours de mise en œuvre (d)). On rapporte le score au nombre de recommandations examinées (b)).

Si l'on considère les deux lignes c) et d), on retrouve l'ordre de grandeur déjà signalé l'an passé, de deux tiers des recommandations partiellement ou complètement mises en œuvre. L'indicateur synthétique (en e), qui prend mieux en compte le caractère souvent partiel des suites données, reste quant à lui supérieur à 50%. Ces résultats témoignent de la qualité en général satisfaisante du dialogue entre les administrations et la Cour, en amont du rapport, pour sa préparation, et en aval, pour son utilisation⁴³⁶.

Pour autant il convient de mesurer que des recommandations « partiellement suivies » peuvent recouvrir des situations qui restent du point de vue de la Cour insatisfaisantes, comme le montre l'exemple qui suit, relatif aux dépenses de radiologie et de biologie.

436. Une « coupe transversale », consistant à analyser les suites données à de précédentes recommandations de la Cour dans la dernière LFSS, confirme cette appréciation (voir le rapport public annuel de 2009, deuxième partie, pp. 23 à 32).

II - Les dépenses de biologie et de radiologie

Les secteurs de la radiologie et de la biologie médicale bénéficient de progrès techniques qui permettent des améliorations au regard des objectifs tant de santé publique (qualité des diagnostics) que d'efficience des soins (réduction des coûts).

Pour cette raison, les dépenses de radiologie et de biologie constituent des gisements d'économies pour les régimes d'assurance maladie, exploités à l'occasion des plans successifs de maîtrise des dépenses. Ainsi, en dernier lieu, le cadrage financier de la négociation avec les professions de santé pour 2009 prévoyait des mesures d'économie à hauteur de 100 M€ au titre de la baisse de tarifs applicables tant à la biologie qu'à la radiologie⁴³⁷ -soit 200 M€ sur un objectif d'économies totales de 250 M€- en contrepartie de mesures financièrement favorables aux professions de santé.

La progression des honoraires liés à ces activités reste pourtant soutenue (+6 % par an entre 2000 et 2007 dans le cas de la biologie médicale, +4% dans celui de la radiologie) et leur rentabilité pour les professionnels concernés atteint des niveaux élevés, sans être justifiée par un risque important. Radiologues et biologistes perçoivent aujourd'hui les revenus nets parmi les plus importants des professions de santé, de peu inférieurs à 200 000 € par an⁴³⁸.

Dans un contexte analogue, le RALFSS de 2005 formulait quatre recommandations : (1) assurer un suivi annuel des dépenses totales de radiologie et de biologie, (2) réformer et assouplir la réglementation de manière à faciliter le regroupement des laboratoires de biologie médicale et la rationalisation de leur activité, (3) baisser régulièrement la cotation des actes de biologie médicale à raison des progrès techniques, (4) desserrer le contingent des équipements d'imagerie nouvelle (scanner et IRM), développer les contrôles visant à la rationalisation du nombre de radiographies effectuées et engager l'application de tarifs cibles.

437. Ce qui correspond à environ 3 % des dépenses de biologie remboursées par les régimes sociaux en 2007 et à 4 % de celles de radiologie.

438. Les revenus libéraux des radiologues nets de charges professionnelles, au titre des bénéfices non-commerciaux, s'établissaient en moyenne à 198 500 € en 2006 (DREES, Etudes et résultats n° 643, « Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006 »). Pour sa part, le résultat net par biologiste libéral de l'échantillon traité par l'union nationale des associations agréées (UNASA), calculé pour une population de biologistes déclarant là encore des bénéfices non-commerciaux, s'élevait à 194 000 € en 2004 (chiffre cité dans le rapport de l'IGAS cf. infra).

Au terme de l'examen du suivi de ces quatre recommandations, la Cour a établi les constats suivants.

A – L'absence de suivi annuel des dépenses totales de biologie et de radiologie

Contrairement à la recommandation faite en 2005, l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) n'a pas assuré un suivi régulier des dépenses afférentes à la biologie et à la radiologie dans les établissements de santé publics et dans les établissements privés participant au service public hospitalier (SPH). Additionnées aux dépenses des cliniques à but lucratif et des cabinets de radiologie ou des laboratoires d'analyse privés, qui se trouvent comptabilisées dans les soins de ville, elles permettraient pourtant de reconstituer annuellement les dépenses totales correspondantes. En 2009, à la demande de la Cour, l'ATIH a procédé à une actualisation de son estimation⁴³⁹, dont ont pu être déduits les tableaux récapitulatifs suivants.

Dépenses totales de biologie

	Charges en 2006 (Md€)	%
Etablissements publics	1,74	
Etablissements privés participant au SPH	0,16	
Total	1,9	31%
Dépenses comptabilisées dans les soins de ville (tous régimes)	4,2	69%
Total	6,1	

Source : Cour des comptes d'après des données ATIH et SNIR

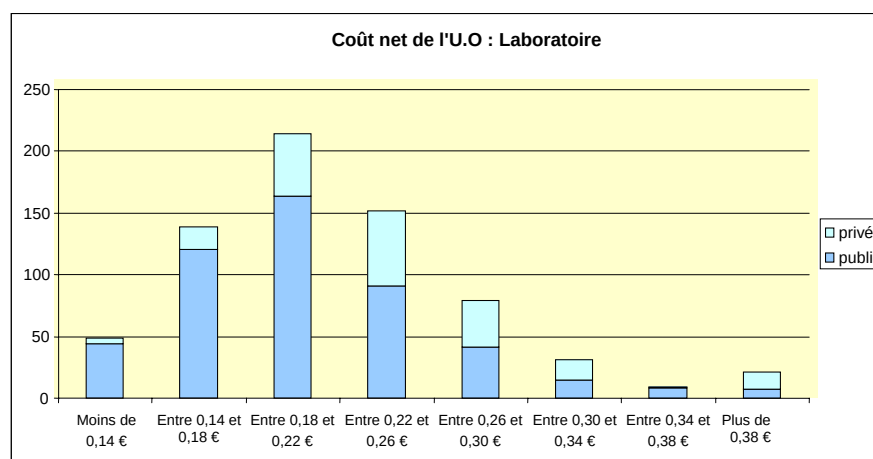
439. Ces tableaux ne sont pas directement comparables avec ceux du rapport de 2005 dans la mesure où les dépenses des établissements (EPS et PSPH) ici indiquées ne comprennent pas une quote-part des frais d'administration générale et de structure de ces établissements, contrairement à ce qui était le cas en 2005.

Dépenses totales de radiodiagnostic et d'imagerie médicale

	Charges en 2006 (Md€)	%
Etablissements publics	1,4	
Etablissements privés participant au SPH	0,2	
Total	1,6	29%
Dépenses comptabilisées dans les soins de ville (tous régimes) ⁴⁴⁰	4,0	71%
Total	5,6	

Source : Cour des comptes d'après des données ATIH et SNIR

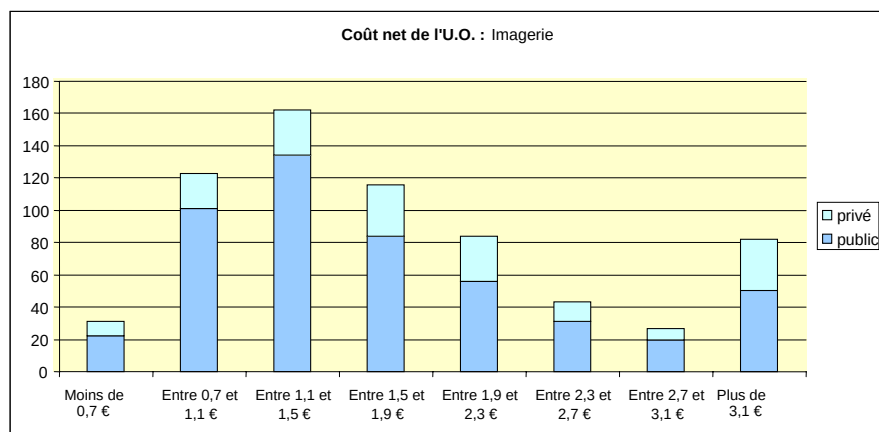
Cette nouvelle étude a aussi mis en évidence la forte dispersion du coût net de l'unité d'œuvre⁴⁴¹ dans les domaines tant de l'imagerie médicale que de la biologie. Il conviendrait d'en rechercher les causes, qui peuvent fournir de précieuses indications pour de futures économies.



Source : ATIH

440. Y compris les forfaits techniques qui rémunèrent l'usage d'équipements lourds comme les scanners et les IRM, ainsi que les dépenses au titre des actes de radiologie réalisés par des non-radiologues, soit, en 2006, respectivement 400 M€ et 940 M€ dans le champ du seul régime général.

441. L'unité d'œuvre permet de mesurer le niveau d'activité consacrée dans les établissements, chaque acte ayant une cotation en fonction des ressources humaines et matérielles mobilisées.



Source : ATIH

L'importance des dépenses de ces établissements, au titre de la biologie et de l'imagerie médicale, ainsi que les phénomènes de substitution possible avec les mêmes activités en ville, justifient que l'ATIH mène régulièrement à bien une telle estimation. La Cour réitère donc la recommandation qu'elle faisait en 2005.

B – Le maintien des principaux obstacles au regroupement des laboratoires d'analyse de biologie médicale

La nécessité de réformer la réglementation actuelle, qui remonte à une loi de 1975, a fourni la matière de deux rapports récents, dont l'un résultait d'une demande de la ministre de la santé et des sports⁴⁴² et l'autre émane de l'IGAS⁴⁴³. La réglementation actuelle est, en effet, à

442. « Rapport sur un projet de réforme de la biologie médicale » remis en septembre 2008 par M. Ballereau, qui a coordonné des travaux de réflexion sur l'avenir de cette discipline menés avec les services ministériels, les agences de santé et les syndicats de biologistes.

443. « La biologie médicale : bilan et perspectives », en 2006.

l'origine de l'atomisation du secteur⁴⁴⁴ qui freine les gains de productivité et peut porter préjudice à la qualité des analyses⁴⁴⁵.

Conformément aux recommandations des rapports de l'IGAS et de M. Ballereau, qui invitent à adopter un système reposant sur l'accréditation et le contrôle, plutôt que sur des obligations de moyens, la réforme de la biologie médicale prévue par la loi « Hôpital, patients, santé et territoire »⁴⁴⁶ se traduirait par une suppression des normes actuellement applicables aux laboratoires, qu'il s'agisse de la dotation en certains équipements, dont la liste serait devenue obsolète, ou de locaux formés d'un seul tenant et d'effectifs qualifiés, de manière à faciliter certains gains de productivité. Elle redéfinirait la notion de laboratoire, pour faire place dans notre droit à des entités multi-sites sur un territoire de santé. En contrepartie, deviendrait à terme obligatoire la norme internationale des laboratoires d'analyse médicale ISO 15189 (retenue par la plupart des autres Etats membres). L'accréditation supposera notamment que les laboratoires apportent la preuve de leur capacité à mener à bien eux-mêmes 85 % des analyses prescrites. Il devrait en résulter une restructuration du secteur, conduisant normalement à une réduction du nombre de laboratoires.

Il reste que le maintien des nombreuses restrictions quant à la participation au capital des sociétés exploitant des laboratoires⁴⁴⁷ ainsi que de l'interdiction de créer des centres de prélèvement, constitue un frein puissant aux regroupements des laboratoires. Il n'apparaît pas justifié par des préoccupations d'accès aux examens en tout point du territoire, celui-ci pouvant au contraire être étendu grâce à la création de

444 . La CNAMTS recense 3 840 laboratoires d'analyse de biologie médicale (LABM) au 31 décembre 2007.

445. Selon le rapport de l'IGAS, « au total, en matière de qualité, on peut estimer qu'environ 100 LABM totalement ou partiellement accrédités ISO remplissent les critères, que 2 000 LABM réalisent de vrais efforts pour appliquer les bonnes pratiques et qu'en revanche entre 200 et 500 laboratoires ont un fonctionnement à risque. Quant aux 1 300 à 1 500 restants, souvent petits et dirigés par un seul biologiste, ils ne sont pas en mesure de remplir les conditions de qualité ».

446. L'article 20 de la loi habilite le gouvernement à prendre par ordonnance les dispositions nécessaires à cette réforme, en en indiquant les grands principes.

447. Ainsi, des investisseurs autres que les biologistes exerçant dans le laboratoire ne peuvent détenir au maximum que 25 % du capital des sociétés d'exercice libéral concernées. Il faut citer également l'interdiction pour une même personne physique ou morale de détenir, directement ou non, une fraction du capital social dans plusieurs laboratoires sur un même territoire de santé ou sur deux territoires contigus. Or, on peut penser que des regroupements se feraient principalement d'abord sur la base de la proximité géographique.

centres de prélèvements, ni par des inquiétudes quant à d'éventuelles atteintes au droit de la concurrence, prix et qualité des analyses étant règlementés.

Par ailleurs, la commission européenne juge que les limitations apportées à l'ouverture du capital des sociétés d'exercice libéral (SEL) de biologistes contreviennent au principe de liberté d'établissement prôné par le droit communautaire et a saisi à ce sujet la Cour de justice des communautés européennes le 29 janvier dernier. Elle estime que le monopole d'exploitation dont jouissent les biologistes suffit au regard des objectifs de santé publique et que le monopole de détention ne se justifie pas. Ce point juridique n'est pas tranché à ce jour⁴⁴⁸.

En tout état de cause, favoriser le regroupement des laboratoires constituait un des axes de la recommandation faite dans le RALFSS de 2005, qui demeure pleinement pertinent aujourd'hui. Il convient donc de la renouveler sur ce point.

C – Une insuffisante prise en compte des gains de productivité dans la cotation des actes de biologie

Des comparaisons internationales tendent à établir que les tarifs pratiqués en France sont en général deux à trois fois plus chers que dans les autres Etats, notamment pour des actes courants. Ainsi, en 2006, le prix de la numération de formule sanguine n'atteignait en Italie que 3,31 €, son coût unitaire était de 4,63 € en Suède, contre un tarif de 10,80 € en France. L'analyse microbiologique des urines coûtait 6,93 € en Italie, 2,74 € en Suède, contre 18,90 € dans notre pays. La transaminase, quant à elle, revenait à 2,88 € en Italie, 1,89 € en Suède, contre 6,75 € en France. Ce constat comporte quelques exceptions : le TSH coûte 19,11 € en Italie contre seulement 14,85 € en France (mais 5,47 € en Suède). Pour mettre ces comparaisons en perspective, on peut préciser que le nombre total de laboratoires en Italie, (5 000) et de biologistes exerçant à titre libéral, (12 000) apparaissent supérieurs à ce qu'il est en France⁴⁴⁹.

Certes, il a été procédé à des ajustements tarifaires conséquents en 2006, en 2007 et en décembre 2008, devant permettre à chaque fois des économies d'environ 100 M€ en année pleine et tous régimes. Toutefois,

448. Cf. affaire devant la CJCE relative aux législations italienne et allemande réservant aux pharmacies le monopole de détention des pharmacies, dont la conclusion et son caractère transposable au cas des laboratoires de biologie restent incertains à ce jour.

449. Source : rapport de l'IGAS, sur la base des réponses à un questionnaire apportées par les conseillers sociaux des ambassades.

ils apparaissent limités au regard des possibilités, 18 des 20 actes les plus importants en volume et en dépense étant désormais automatisés, ce qui conduit à des coûts marginaux très faibles dans le cas de certaines analyses. Ceci tient, d'une part, au souci de moduler les adaptations tarifaires en fonction d'un critère de rentabilité des unités économiquement les plus fragiles. Un tel choix entraîne un coût, à court terme (du fait de retards dans l'ajustement des tarifs) comme à long terme (à cause du maintien de nombreuses unités peu productives, alors que leur diminution ou leur regroupement permettrait d'envisager de nouvelles baisses) et permet aux laboratoires les plus efficaces de se constituer des rentes importantes. D'autre part, la baisse de cotation des actes s'inscrit par trop dans des trains de mesures d'économie en fonction des besoins conjoncturels de l'assurance maladie. Elle devrait faire l'objet d'une politique plus cohérente et plus systématique, dont la mise en œuvre serait programmée sur plusieurs années, par exemple en accompagnement de la réforme de la réglementation de la biologie médicale. Il y a donc lieu pour la Cour de renouveler la recommandation qu'elle faisait dans le RALFSS de 2005.

Cette politique de baisse de prix requiert des moyens d'évaluation et de régulation adaptés. A cet égard, le rapport Ballereau, précédemment cité, indique que « ...la nature conventionnelle des discussions tarifaires, même si la fixation des prix relève d'une décision du directeur général de la CNAMTS, conduit la commission de hiérarchisation des actes à privilégier des acquis injustifiés en continuant à proposer des montants trop élevés pour des examens de biologie médicale dont la partie analytique est très largement automatisée et l'interprétation simple, interprétation pouvant être largement soutenue par des systèmes experts ». Les avis de cette commission ne sont cependant que consultatifs et, dans les faits, l'UNCAM a mis en œuvre des baisses tarifaires nonobstant des avis défavorables de la commission. Ce même rapport préconise l'annonce d'un plan d'économies nettes pour un montant d'environ 70 M€ par an sur trois années consécutives.

A titre plus anecdotique, on peut s'étonner que la décision de 2008 prévoie également un forfait dit de « prise en charge pré-analytique du patient ». En effet, ce dernier, certes faible (B3, soit 0,81 €), comprend le recueil des données administratives du patient et des renseignements nécessaires pour la bonne exécution des analyses, dont on pourrait juger qu'ils font partie des activités normales d'un laboratoire.

Par ailleurs, les actions de maîtrise médicalisée des dépenses montrent certaines limites. On peut prendre l'exemple des dosages de TSH associés à des dosages d'hormones thyroïdiennes. Une étude diligentée par l'URCAM d'Ile-de-France montrait en 2005 que 9/10ème

des ordonnances de TSH, T4 libre et T3 libre étaient inutiles, de même que les 3/4 des prescriptions de TSH + T4 libre, alors que l'ANAES préconisait dès 1998 de prescrire uniquement un dosage TSH dans de nombreuses situations⁴⁵⁰. L'accord signé avec les syndicats de généralistes en 2003 et les actions menées auprès des généralistes avaient permis une diminution de prescriptions de 24,3 % en 2005. Alors que celle-ci aurait dû se poursuivre à un rythme soutenu au vu des connaissances scientifiques, c'est au contraire à une reprise à laquelle on a assisté entre 2005 et 2007 (+25,2 %).

Face à ce constat, la CNAMTS a lancé une nouvelle action de maîtrise médicalisée (envoi de fiches sur le bon usage de ces prescriptions aux médecins libéraux en septembre 2007 et 7 500 entretiens confraternels entre des pharmaciens ou de médecins conseils et de gros prescripteurs d'avril à octobre 2008). Il en est résulté en 2008 une réduction de 3,1% du nombre des prescriptions. L'efficacité de ces actions de maîtrise médicalisée, à la fois réelle mais temporaire, conduit à s'interroger sur les meilleures méthodes permettant d'infléchir durablement les choix de prescription et/ou de réduire de manière très sensible le nombre de certaines ordonnances, quand on peut les considérer comme inutiles (voir supra le cas des ordonnances TSH, T4 libre et T3 libre).

Cette situation conduit à poser la question d'une action plus contraignante visant à la maîtrise de l'augmentation de la consommation, dans le cas des examens qui enregistrent une forte progression et se prêtent le mieux à la définition de référentiels opposables, comme le propose le rapport Ballereau, qui en attend une économie de 30 M€ par an sur trois ans⁴⁵¹. Les méthodes actuelles ne conduisent, en effet, qu'à des succès limités et temporaires. Il serait également logique qu'après des campagnes d'information, l'assurance maladie puisse mettre en œuvre des procédés à caractère plus coercitif auprès de professionnels censés désormais connaître les bonnes pratiques.

450. En extrapolant les résultats de cette étude à toute la France, on peut mettre en évidence que si, en 2004, les prescriptions avaient toutes été appropriées, ce qui aurait eu pour conséquence une proportion beaucoup plus élevée de dosages de la TSH seule, les dépenses remboursables afférentes aux dosages de TSH et d'hormones thyroïdiennes se seraient avérées inférieures de 58 M€ au montant constaté, d'où une économie d'environ 40 M€ pour le régime général, au vu du taux de remboursement moyen de cette année-là.

451. D'où, après addition des 70 M€ évoqués plus haut devant résulter de mesures tarifaires, une économie totale de 100 M€ par an sur trois ans, c'est-à-dire un gain en niveau, ou une moindre dépense, de 300 M€ au terme de cette période.

La Cour réitère donc sa recommandation de 2005 relative au renforcement du contrôle individuel des prescripteurs, seulement partiellement suivie d'effet à ce jour.

D – Un effort d'équipement en imagerie médicale, mais une pénurie persistante de radiologues dans les établissements publics.

Il faut prendre acte de l'effort d'équipement en cours rendu possible par le desserrement des contingents recommandé par la Cour. La réforme du mode et des critères d'attribution des autorisations facilite l'adaptation de l'offre aux besoins locaux. Les comparaisons internationales, basées sur les données Eco-santé de l'OCDE, indiquent que si la France se situe plutôt parmi les Etats de l'Ouest de l'UE où le taux d'équipement en IRM comme en scanners est le plus faible, elle tend à combler son retard. C'est en France que ce taux a progressé le plus rapidement entre 2004 et 2006 et l'augmentation de 2006 à 2011 programmée dans les SROS 3, au total de 26 % du nombre de scanners et de 30 % du nombre d'IRM, la placerait dans la moyenne (actuelle) de l'échantillon proposé par l'OCDE, si ces objectifs étaient atteints.

Un suivi national plus attentif permettrait de détecter et prévenir plus efficacement, d'une part, d'éventuelles disparités peu justifiées entre régions, d'autre part, des délais excessifs entre autorisations et installations. La gestion de ces opérations d'équipement dans le secteur public, où les délais entre autorisation et mise en service, particulièrement longs, peuvent atteindre trois ans, mériterait d'ailleurs la fixation d'objectifs de calendrier ab initio.

Par ailleurs, les pouvoirs publics n'ont pas mis en place un système exhaustif et incontestable de suivi national des délais d'attente des patients, qu'ils soient hospitalisés ou qu'ils viennent en consultation externe, dans le cas des établissements publics comme des cliniques et des cabinets libéraux. L'enquête annuelle menée aujourd'hui devrait être systématisée dans le secteur public et étendue au secteur libéral, tout comme les indicateurs pertinents faire l'objet d'un suivi attentif de la part des agences régionales de santé, s'agissant d'une variable et d'un objectif de politique sanitaire jugés essentiels.

En outre, la plupart des volets imagerie des SROS font le constat d'une pénurie de radiologues dans les établissements hospitaliers publics, où de nombreux postes sont vacants, ce qui induit des difficultés d'organisation voire menace le maintien de l'activité. Au 31 décembre

2008, le taux de vacance statutaire des postes à temps plein⁴⁵² atteignait 33,6 % pour la France entière, les niveaux s'étageant, en France métropolitaine, de 18 % en région Provence-Alpes-Côte d'Azur à 55 % en Champagne-Ardenne (source : DHOS). La situation a continué à se dégrader au cours de ces dernières années, puisque ce taux n'était encore que de 27,4% en 2005⁴⁵³. Le rapport public thématique de la Cour sur la mise en œuvre du plan cancer⁴⁵⁴ de 2008 met également en relief les retards pris dans le cas de la radiothérapie (radio-physiciens, manipulateurs en électroradiologie), qui peuvent entraîner des risques sanitaires.

Au final, si le recours aux technologies modernes d'imagerie progresse fortement, en lien avec l'effort d'équipement en la matière, les radiographies conventionnelles n'accusent parallèlement qu'une légère diminution (-0,2 % en 2007), de sorte que le nombre total d'actes d'imagerie continue à augmenter (+2,3 %). De fait, aucune catégorie de radiographie ne connaît de repli important (sauf la radiographie urogénitale). Les nouvelles techniques tendent donc à s'ajouter au lieu de se substituer aux anciennes. C'est, pour l'assurance maladie, une source de préoccupation et un volet de l'action de maîtrise médicalisée des dépenses. Elle a notamment pris des initiatives visant à limiter le nombre de radiographies du crâne, près d'un million par an, excessif au regard des indications en la matière. A défaut d'être juridiquement contraignantes, les procédures choisies s'efforcent à un suivi individualisé, obligeant les praticiens à s'interroger sur leur activité et à rendre compte d'éventuelles anomalies. Comme le RALFSS de 2005 le soulignait, un développement des contrôles, d'une efficacité plus grande et plus immédiate, apparaît hautement souhaitable.

En pratique, le principal instrument de régulation des prix dans ce secteur a consisté dans la baisse des suppléments de numérisation et dans l'ajustement des forfaits couvrant les coûts de fonctionnement et d'amortissement des équipements installés. L'économie au titre des mesures prises en 2007 dépasserait 100 M€ en année pleine. En outre, en

452. A distinguer du taux de vacance effectif, puisque les postes peuvent être occupés par des personnels non-statutaires recrutés localement et souvent à titre temporaire.

453. La DHOS n'a pu fournir de statistiques sur les taux de vacance effectifs, dont le niveau élevé peut avoir pour conséquence la sous utilisation des équipements. Cette observation rejoint le constat plus général fait par la Cour quant à l'insuffisance des moyens de suivi de la situation des personnels dans les établissements publics de santé (rapport public annuel de 2009, 2^{ème} partie consacrée aux suites données aux observations des juridictions financières).

454. Cour des comptes, La mise en œuvre du plan cancer, La Documentation française, pp. 80, 109, 116 et 212, recommandations 23 et 24.

mars 2009, l'UNCAM a décidé la mise en œuvre d'un abattement de 50 % à partir du deuxième acte de radiologie conventionnelle ainsi que dans le cas des associations, fréquentes, de mammographies et d'échographies⁴⁵⁵. Cette mesure, qui constitue un alignement bienvenu sur le droit commun des professions médicales, procurerait une économie de 100 M€ en année pleine.

En revanche, hors baisses des forfaits techniques et changement des règles d'association, les actes de radiologie ne voient que rarement leur cotation se réduire en tant que telle. De fait, de tels ajustements concerneraient souvent des actes courants et pèseraient principalement sur les comptes des cabinets les plus petits, ce que l'assurance maladie souhaite éviter. En contrepartie, les actes plus innovants ne bénéficient pas, pour des raisons financières, des revalorisations qu'impliquerait la convergence vers les tarifs-cibles de la classification commune des actes médicaux. Il importe pourtant que la cotation des actes reflète leur coût et leur utilité réels, en particulier pour limiter et mettre fin aux rentes constatées. La Cour réitère donc sa recommandation d'une pleine application de la classification commune des actes médicaux dans ce secteur.

Au final, quatre ans après les recommandations du RALFSS de 2005 dans le domaine de la biologie et de la radiologie, si quelques évolutions positives ont pu être constatées, celles-ci s'avèrent loin d'être à la hauteur des enjeux économiques et financiers, en particulier dans la situation actuelle des comptes de l'assurance maladie.

455. Plus précisément, l'acte dont le prix est le plus élevé se trouve tarifé à taux plein, les autres à 50 % de leur valeur.

CONCLUSION GENERALE

En 2008, le déficit du régime général a légèrement dépassé 10 Md€, soit un niveau comparable à celui constaté au cours des cinq années précédentes. Les effets de la crise financière puis économique constatés en toute fin d'année ont été occultés par des recettes exceptionnelles de plus de 3 Md€.

Une dégradation forte est cependant inévitable, dès 2009, du fait de cette crise. Le produit des cotisations et impôts affectés au régime général stagne voire diminue, en l'absence d'affectation de recettes nouvelles. A l'inverse, faute de pouvoir prendre des mesures d'économies à effet immédiat, la croissance des dépenses se poursuit au rythme antérieur pour les branches retraite (+5 %), maladie (+3 %) et, dans une moindre mesure, dans la branche famille.

La hausse des déficits sociaux conduira à reporter sur les générations futures le remboursement de dettes cumulées fortement croissantes, ce qui n'est pas admissible.

Dans ce contexte, la Cour a continué à rechercher des pistes d'économies en s'inscrivant dans une perspective pluriannuelle, particulièrement indispensable dans le champ des politiques sociales. Consciente de l'importance de la redistribution sociale qu'opère la sécurité sociale et de son rôle économique majeur, essentiel en période de crise, elle considère néanmoins que la croissance de ses dépenses doit être maîtrisée. Si l'essentiel de l'effort doit porter sur les prestations, qui représentent 95 % des dépenses des régimes, par une recherche d'efficacité et d'efficience accrues des politiques sociales, il ne faut pas pour autant négliger les économies de gestion ou l'optimisation des budgets qui leur sont consacrés.

La Cour s'est notamment intéressée au recouvrement des cotisations et contributions par les URSSAF, en vérifiant les modalités du contrôle d'assiette dont l'efficacité et le ciblage doivent être accrus. Elle a également, comme chaque année, examiné les conditions dans lesquelles l'Etat employeur s'acquitte des cotisations et contributions sociales dues au régime général, constatant les progrès réalisés.

Le rapport identifie ensuite plusieurs sources d'économies de gestion possibles, qu'il s'agisse des centres d'examen de santé du régime général ou de la réforme inachevée du régime des mines. Les contrôles d'organismes locaux effectués dans le cadre du réseau d'alerte révèlent également un manque de rigueur dans la gestion ou des difficultés dues à la taille insuffisante des caisses. L'examen de la classification des emplois du personnel de la sécurité sociale et de la politique de rémunération montre notamment que si des progrès ont été réalisés dans le sens d'une

plus grande individualisation des rémunérations, dans la mise en œuvre, de nombreuses concessions ont été accordées qui en limitent l'impact.

Les dépenses de prestations familiales ont évolué de 3,5 % en valeur en 2008, mais les prestations en faveur de la petite enfance ont enregistré une croissance de 6,1 %, ce qui montre que la montée en charge de la PAJE n'est pas achevée. Considérant le rôle social des CAF, la Cour a examiné la politique d'accueil et d'accompagnement des usagers qu'elles mettent en œuvre. Elle observe que c'est la branche qui reçoit le plus de visiteurs, mais les volumes en sont mal cernés, les motifs de contacts insuffisamment analysés, ce qui freine les progrès à réaliser dans les différentes formes d'accueil. S'agissant de l'accompagnement des familles en difficulté, la Cour constate un défaut d'encadrement national des aides sociales, la nécessité de repenser les missions et le pilotage des travailleurs sociaux et de développer les partenariats avec les collectivités locales également en charge de l'aide aux familles.

C'est dans les deux branches maladie et retraite que les perspectives sont les plus inquiétantes.

Après avoir constaté, dans le cadre du suivi de ses précédentes recommandations, que les marges d'économies restent significatives sur les dépenses de biologie et de radiologie et qu'un meilleur ciblage des missions du service médical de la CNAMTS sur le contrôle des praticiens et des coûts hospitaliers serait plus rentable que la dispersion actuelle des travaux, la Cour a mis l'accent cette année sur les dépenses hospitalières.

Elle avait noté l'an passé que la politique de restructurations hospitalières était insuffisamment dynamique, contrariée par la distribution d'enveloppes exceptionnelles en contrepartie d'engagements non respectés. Elle souligne cette année l'importance des gains potentiels induits par la recherche d'une meilleure organisation interne aux établissements, dans les différents services ou pôles. Elle constate que ces gains existent partout, quels que soient la taille ou le type de services considérés.

Par ailleurs, le bilan à mi parcours de la mise en place de la T2A révèle que les conditions de sa montée en charge obèrent le rôle restructurant qu'elle devait jouer. S'il est légitime de maintenir des dotations globales à côté des tarifs, la forte croissance de la dimension « aide à la contractualisation » a constitué un moyen de maintenir aux hôpitaux leurs ressources historiques à défaut de restructurations ou de réorganisations internes génératrices d'économies. Enfin, si un effort important en matière d'investissements hospitaliers était nécessaire, la sélection des projets du plan « Hôpital 2007 », parfois fondés sur des prévisions de hausse d'activité irréalistes, a manqué de rigueur. Il en a

résulté une forte croissance de la masse d'investissements éligibles au plan, mais pour des taux d'aide très inférieurs, passant de 100 % à 37,5 %, ce qui a conduit les hôpitaux à s'endetter fortement pour des investissements à la rentabilité non assurée. La Cour souhaite que le plan « Hôpital 2012 » soit conduit avec plus de rigueur.

Les perspectives financières des régimes de retraite sont préoccupantes, les nombreuses projections réalisées jusqu'à présent reposant en outre sur des hypothèses économiques, de chômage et de masse salariale notamment, désormais dépassées. Les lois de 1993 et 2003 ont engagé des réformes de fond sur la durée. Mais la loi de 2003 comportait aussi des mesures qui ont accentué la dépense et fortement contribué à la croissance rapide du déficit de la branche. Après avoir l'an passé examiné les dispositifs de minima de pensions, la Cour, poursuivant ainsi l'étude des modalités de retour à une plus grande contributivité des systèmes de retraite, a examiné les conditions d'acquisition des périodes d'assurance ou assimilées entrant dans le calcul des pensions. Démontrant l'importance de la redistribution interne aux régimes et le lien distendu avec l'effort contributif, elle préconise de réviser certains dispositifs.

Une étude particulière est consacrée aux avantages familiaux de retraite. La Cour suggère de redéfinir les conditions d'attribution de la majoration de la durée d'assurance (MDA) et les modalités d'attribution de l'AVPF, en recherchant un ciblage plus rigoureux de ces deux prestations, dont l'enjeu financier est important.

Au-delà des seules pistes ainsi individualisées par la Cour, des mesures structurelles d'économies s'imposent. Elles ne peuvent produire des économies immédiates, ce qui rendra nécessaire également la recherche de ressources accrues. La réduction des « niches sociales », dans le prolongement des mesures prises en LFSS 2008 et 2009, devrait notamment être activement poursuivie.

A défaut d'actions résolues dans ces directions, les déficits continueront de s'accroître. Ils conduisent à des découverts permanents, en contravention avec le principe d'équilibre financier des branches, et surtout à un endettement social cumulé croissant, déjà supérieur à 100 Md€ à fin 2008. Ces déficits et cet endettement apparaissent bien comme la marque des retards pris dans les indispensables réformes structurelles. Il ne faut donc plus tarder à les engager, afin de sauvegarder les fondements mêmes de notre système de protection sociale.

A N N E X E : Liste récapitulative des recommandations

*

PREMIERE PARTIE**LES COMPTES POUR 2008 ET LE FINANCEMENT**

RECOMMANDATIONS

Chapitre I – Les résultats et le financement des déficits

1. Définir les règles d'établissement des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) afin qu'ils soient cohérents avec les comptes audités et étendre la mission des commissaires aux comptes à leur vérification, pour les régimes autres que le régime général.

2. Mettre fin à la pratique de présentation des résultats intégrant des retraitements sans justification comptable.

3. Etendre à l'ensemble des régimes obligatoires de base l'objectif d'optimisation de la gestion financière de court terme.

4. Distinguer dans une annexe au PLFSS entre besoin de trésorerie (auquel doit être réservée l'utilisation des plafonds d'avance) et résultat déficitaire, en indiquant les modalités d'apurement prévisionnel de ce dernier.

5. Transférer à la CADES (en la dotant de ressources adaptées) la part du besoin de trésorerie de l'ACOSS qui excède les décalages infra-annuels.

Chapitre II – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

6. Mieux expliciter, dans l'annexe sept au PLFSS, les opérations affectant le périmètre de l'ONDAM ou de ses composantes.

7. Extraire du champ de l'ONDAM les dépenses n'ayant pas vocation à être régulées.

8. Demander à la Haute autorité de santé (HAS) d'établir un référentiel définissant les cas dans lesquels la réalisation d'actes peu invasifs peut relever d'un séjour hospitalier ou justifier des suppléments tarifaires.

9. *Procéder à une analyse approfondie des causes de la sous-consommation récurrente concernant le secteur des personnes âgées et ajuster en conséquence le montant de l'ONDAM médico-social.*

Chapitre III – Les contrôles effectués sur l'Etat employeur

10. *Assujettir les indemnités qui échappent à tort aux prélèvements sociaux, en particulier les indemnités journalières d'absence temporaire (IJAT) et les indemnités d'établissement à l'étranger.*

Chapitre IV – Le réseau d'alerte

11. *Prévoir des règles de gestion des agents de direction, afin de limiter la durée maximale de fonction sur un même poste.*

12. *Rendre plus transparentes et plus formalisées les procédures de recrutement pour les employés et les cadres des caisses.*

13. *Renforcer l'intervention des caisses nationales dans la nomination et la sanction des directeurs des CGSS, mais aussi des agents de direction responsables de branches.*

14. *Elargir les compétences et les attributions de la mission de coordination des caisses nationales vis-à-vis des CGSS.*

DEUXIEME PARTIE

LA GESTION DES HÔPITAUX

RECOMMANDATIONS

Chapitre V – L'organisation de l'hôpital

15. *Intégrer dans un avenant aux actuels CPOM et dans les futurs CPOM :*

a) *un calendrier de déploiement d'une comptabilité analytique pertinente et des tableaux de bord associés ;*

b) *une analyse des secteurs d'activité présentant des surcoûts, afin de corriger les dysfonctionnements et de réduire les écarts de productivité.*

16. *Donner aux responsables de pôle les outils de connaissance sur leur activité et les compétences appropriées afin que le pôle devienne le bon niveau du dialogue de gestion.*

Chapitre VI – Plan hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers

17. Pour les opérations relevant du plan hôpital 2007, réexaminer les projets peu ou pas avancés à ce jour afin de déterminer s'il y a lieu d'appliquer la procédure de restitution des crédits.

18. Pour le plan hôpital 2012 :

a) dans la phase de sélection des projets, intégrer les perspectives d'activité des établissements pour apprécier le calibrage des opérations d'investissements ;

b) organiser un suivi spécifique des opérations dépassant 50 M€ par exemple ;

c) définir des indicateurs de suivi des investissements hospitaliers et bâtir un outil permettant de recueillir auprès des ARH ou des futures ARS des informations homogènes et validées, notamment du point de vue du retour sur investissement.

Chapitre VII – La mise en œuvre de la T2A – bilan à mi parcours

19. Appliquer au ticket modérateur de l'activité externe (consultations, actes et forfaits associés) réalisée dans les deux secteurs d'établissements, le même taux que celui des soins de ville, à savoir 30 %.

20. A l'avenir, imposer un calendrier de notification précoce des mesures tarifaires permettant aux établissements d'anticiper leurs conséquences et de leur donner leur plein effet en termes d'organisation interne.

21. Stabiliser le dispositif actuel et donc conserver pendant au moins trois ans les règles mises en place en 2009, afin d'éviter aux établissements de subir de nouveaux bouleversements.

22. Utiliser cette période pour finaliser les travaux de fond, en particulier ceux relatifs :

a) à la valorisation standardisée des MIG, afin de faire disparaître la valorisation des missions par les coûts historiques propres à chaque établissement ;

b) à la clarification du modèle de fixation des tarifs et à son application rigoureuse.

TROISIEME PARTIE LA GESTION DES RISQUES

RECOMMANDATIONS

Chapitre VIII – Le contrôle médical

- 23. *Limitier strictement les ententes préalables aux prestations à risque.*
- 24. *Développer les mises sous accord préalable.*
- 25. *Pour les ALD :*
 - a) *maintenir un contrôle a priori des admissions en ALD pour les seules affections présentant les taux d'avis défavorables les plus élevés ;*
 - b) *développer en contrepartie les contrôles a posteriori issus de ciblage statistique visant à vérifier la réalité des ALD et la qualité de la prise en charge des patients.*
- 26. *Développer le contrôle externe de la T2A dans les établissements de santé.*
- 27. *Développer un dispositif de mesure de la productivité adapté aux différentes missions.*

Chapitre IX - Les centres d'examen de santé

- 28. *Transformer les centres d'examens de santé en centres de santé, là où les besoins sont démontrés et fermer ceux pour lesquels cette orientation ne peut être envisagée.*
- 29. *Dans l'immédiat, faire assurer le pilotage des centres d'examens de santé directement par la CNAMTS.*

Chapitre X - Les contrôles d'assiette des URSSAF

- 30. *Expliciter et hiérarchiser les missions confiées aux services de contrôle des cotisations et en déduire des indicateurs et des cibles diversifiés et complémentaires dans les CPG.*
- 31. *Confirmer le niveau régional comme échelon de pilotage des contrôles et de la gestion des inspecteurs du recouvrement.*
- 32. *Rendre obligatoire aux niveaux national et régional une cartographie détaillée des risques préalablement à l'établissement des plans de contrôle.*

33. *Conditionner les promotions des inspecteurs à l'amélioration de la productivité et de la qualité des contrôles et envisager une individualisation des primes.*

Chapitre XI – La durée d'assurance dans le calcul des droits à la retraite

34. *Engager le réexamen des règles d'acquisition de trimestres pour la durée d'assurance, dans le sens d'une contributivité renforcée.*

35. *Exclure la création de nouveaux éléments non contributifs pour la durée d'assurance. A défaut, instaurer un principe de compensation aux régimes de base du coût d'éventuels nouveaux avantages.*

36. *Réformer les modalités de calcul des périodes assimilées.*

37. *Définir dans la réglementation une notion unique de durée cotisée.*

38. *Pour les dispositifs de complétion ou de reconstitution de carrières :*

a) *définir un barème de référence actuariellement neutre ;*

b) *réviser les dispositifs existants en les structurant en fonction de ce barème.*

Chapitre XII – La prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour la retraite

39. *En s'inspirant de la réforme de la MDA de la fonction publique ; réformer la MDA accordée par le régime général pour :*

a) *en lier le bénéfice à l'accouchement ou l'adoption ;*

b) *réduire à terme la durée des majorations à deux trimestres par enfant.*

40. *Simplifier l'AVPF et en faire un dispositif de compensation des interruptions ou réductions d'activité liées à l'éducation d'un enfant.*

Chapitre XIII - L'accueil et l'accompagnement des usagers dans la branche famille

41. *Améliorer et rationaliser la politique d'information de la branche.*

42. *Mettre en œuvre une politique volontariste de partenariats entre les CAF et les collectivités locales pour l'aide à domicile, le travail social et les aides financières.*

43. Renforcer le cadrage national des aides financières individuelles et du travail social.

Chapitre XIV – Aspects de la gestion des personnels du régime général

44. Donner davantage de place à la rémunération à la performance des employés et cadres.

45. Affiner les outils d'évaluation de la formation notamment en procédant à des analyses par branches.

Chapitre XV – Le régime de sécurité sociale dans les mines

46. Réaliser dans les meilleurs délais la fermeture de l'affiliation au régime minier.

47. Réduire le nombre de CARMI.

48. Ecarter toute possibilité, pour les agents des CARMI optant pour la convention UCANSS, de bénéficier du rachat des prestations chauffage logement.

49. Réintégrer dans les comptes annuels de la CANSSM les opérations entrant dans le mandat de gestion de la caisse des dépôts et consignations.

50. Inscrire la délégation de la gestion assurantielle (maladie maternité et AT-MP) au régime général dans la prochaine COG.

51. Développer un appareil statistique fiable, exploitable directement au niveau de la caisse autonome nationale.

52. Achever l'ouverture des œuvres et l'étendre aux pharmacies ; assurer l'autonomisation des établissements.

RÉPONSES DES MINISTRES

*REponse commune du ministre du travail, des relations
sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville,
de la ministre de la santé et des sports
du ministre du budget, des comptes publics et de la
fonction publique*

Comme chaque année, nous avons accordé une grande attention aux observations et recommandations formulées par la Cour.

Dans le contexte difficile qui affecte la sécurité sociale, dès l'année 2008, nous tenons à rappeler les efforts conduits par les pouvoirs publics et l'ensemble des acteurs du système de santé pour contenir dans les meilleures conditions la progression des dépenses de santé. Comme l'indique le rapport de la Cour, l'évolution en 2008 des dépenses relevant du champ de l'ONDAM (+3,4%) est, après celle de l'année 2006, la plus faible enregistrée depuis près de 10 ans. Le dépassement, même s'il n'a pu être évité, reste limité à 0,6 point soit un montant proche de ce qui a pu être établi par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2008 en amont du débat parlementaire sur le projet de loi de financement pour 2009. Ces résultats nous semblent confirmer une nouvelle fois la validité de l'approche mise en œuvre avec constance depuis plusieurs années et qui repose sur la responsabilisation des différents acteurs. Le Gouvernement est résolu à poursuivre et amplifier de manière volontariste cette politique, plus que jamais indispensable.

Dans ce cadre, nous partageons votre souhait de procéder à une analyse approfondie des causes de la sous consommation récurrente de l'ONDAM médico-social s'agissant du secteur des personnes âgées. C'est la raison pour laquelle nous avons missionné conjointement l'IGAS et l'IGF sur ce sujet. Cette étude est actuellement en cours de réalisation et, au regard de ses résultats définitifs, nous procéderons aux ajustements nécessaires, le cas échéant, dans le cadre de la révision de l'ONDAM 2009 et de la fixation de l'ONDAM 2010 dans le PLFSS pour 2010.

Nous nous félicitons en tout état de cause que la Cour consacre plusieurs chapitres à l'hôpital et à sa performance au moment où la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires entre en application.

La Cour, tout en reconnaissant le caractère positif des chantiers ouverts en direction des établissements de santé, souligne à raison les progrès restant à réaliser pour une généralisation des outils de pilotage. C'est dans cette optique que la nouvelle Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), qui aura notamment pour objet d'amplifier et de diffuser les travaux très utiles réalisés par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), s'est vue attribuer une priorité sur l'accompagnement global des principaux établissements en difficulté financière, devant décliner des contrats de retour à l'équilibre sous

forme de plans d'action opérationnels. Ce pilotage devrait permettre de réduire les écarts de productivité soulignés à juste raison par la Cour et dont la réalisation sera une priorité de l'action des pouvoirs publics et notamment des futures Agences régionales de santé (ARS).

S'agissant du soutien aux investissements hospitaliers, le cadrage du plan Hôpital 2012 tire les enseignements du plan Hôpital 2007 et identifie comme enjeu majeur la recherche de l'efficience grâce aux restructurations hospitalières et aux réorganisations internes et par une priorité marquée pour les systèmes d'information. Afin de prévenir les risques d'un recours à un endettement excessif, il est exigé des établissements la production d'un plan global de financement pluriannuel. Un outil de suivi qui puisse, au delà du recensement des crédits mobilisés, objectiver la réalisation des objectifs assignés, est en cours de finalisation.

La Cour a également procédé à une analyse approfondie des modalités de mise en œuvre de la T2A et a relevé un certain nombre de difficultés. Il est néanmoins utile de rappeler que le choix de ce mode de financement a globalement répondu aux objectifs attendus, à savoir :

- un financement plus équitable, lié à la production effective des soins, évitant les rentes de situation et rémunérant les établissements sur la base de tarifs détaillés (plus de 2000 en 2009) qui doivent être cohérents par rapport aux coûts constatés ; c'est la même préoccupation d'équité qui a permis de mieux identifier, mieux répartir et mieux contrôler les financements correspondant aux missions d'intérêt général et à l'accompagnement à la contractualisation (MIGAC) ;

- un financement qui permet de mieux accompagner les innovations scientifiques et techniques, notamment grâce à l'instauration d'une liste de médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des tarifs ;

- un financement plus responsable qui a modifié la culture hospitalière en lui imposant un pilotage des recettes et une recherche de l'efficience. Cette responsabilisation doit trouver sa contrepartie dans une meilleure information des gestionnaires d'établissements, en améliorant leur lisibilité sur l'évolution des modalités de financement et notamment la progression des tarifs et des volumes d'activité pour l'année à venir ;

- un financement qui doit tendre vers l'efficience, que ce soit dans le domaine du soin ou de l'organisation. Ces progrès sont de nature à améliorer la prise en charge des patients mais également porteurs d'économies pour l'assurance maladie en évitant des dépenses pour des actes ou des prescriptions injustifiés. A ce titre, il convient de développer le recours à des indicateurs de performance notamment dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

En ce qui concerne enfin le service du contrôle médical, nous partageons le constat d'hétérogénéité des pratiques mis en avant par le rapport de la Cour. Il faut néanmoins souligner que ce problème est activement traité par la CNAMTS et nous ne pouvons qu'encourager à la poursuite des efforts engagés qui permettront d'y apporter des solutions à moyen terme. En effet, le pilotage national de ce service a été considérablement renforcé, comme le souligne d'ailleurs le rapport dans sa première partie, notamment par la fusion des services administratifs et médicaux au niveau national. Pour les contrôles de prestations, la CNAMTS met en œuvre, sur la base de ce pilotage renforcé, une politique de gestion des risques et de contrôle nationale. La direction du contrôle contentieux produit ainsi chaque année depuis 2006 un plan de contrôle de plus en plus étoffé qui, sur la base de méthodologies nationales, tend à resserrer les pratiques locales.

S'agissant de la branche retraite, les modalités d'acquisition et de prise en compte de la durée d'assurance sont effectivement devenues plus variées et complexes au fil du temps, avec souvent pour conséquence des incidences sur l'équilibre des régimes ou les droits des assurés. Le Gouvernement partage les objectifs généraux évoqués sur ce sujet par la Cour. Toutefois, certains aspects des problématiques sous-jacentes sont extrêmement délicats : s'agissant par exemple de la règle dite « des 200 heures », la réforme évoquée par la Cour pourrait être très pénalisante, comme elle le souligne elle-même, pour les personnes qui se trouvent dans les situations professionnelles les plus précaires, notamment les temps partiels. Au-delà, le Gouvernement s'attache à améliorer la lisibilité, la cohérence et l'efficacité de ces règles tout en préservant l'équilibre des régimes. Il a ainsi en 2008, d'une part, précisé les modalités d'instruction par les caisses des demandes de régularisation d'arriérés de cotisations (circulaire du 23 janvier 2008) et, d'autre part, revu les conditions dans lesquelles les assurés pouvaient procéder à ces régularisations (décret du 25 août 2008).

Plus spécifiquement sur les majorations de durée d'assurance, le dispositif, comme le souligne la Cour, est appelé à évoluer sous l'effet à la fois des profondes mutations, rappelées par la Cour, que connaissent les carrières des femmes et du nouveau contexte juridique créé par la récente jurisprudence de la Cour de cassation de février 2009. En effet, le droit européen ne permet plus de réserver ce dispositif aux femmes. Le Gouvernement procèdera à ce réexamen avec un triple objectif : respecter les obligations juridiques découlant notamment de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme ; préserver au maximum les droits à retraite des mères de famille, notamment celles qui sont proches de la retraite ; éviter enfin toute dégradation de l'équilibre financier des régimes concernés. Eu égard à l'impact de ce dispositif sur la retraite des femmes, une telle réforme, qui sera vraisemblablement mise en œuvre dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, suppose que soit conduite préalablement une

concertation avec les partenaires sociaux, concertation qui a d'ores et déjà été entamée.

Nous prenons acte, par ailleurs, des remarques et propositions de la Cour sur le dispositif de l'assurance vieillesse des parents au foyer. Ce dispositif, créé à l'origine pour assurer des droits à retraite aux mères de familles inactives, a connu une extension croissante d'où il est résulté, inévitablement, une complexité plus marquée. Une réforme de ce dispositif suppose toutefois, en raison de ses interactions avec le système des congés parentaux et un grand nombre de prestations familiales, de s'effectuer dans le cadre d'une approche d'ensemble de la politique familiale ainsi que le souligne la Cour. Le Gouvernement souscrit en particulier à l'objectif de favoriser la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle.

S'agissant des interventions de la branche famille visant l'accompagnement social des familles, le Gouvernement va veiller, ainsi que le précise la nouvelle COG signée le 9 mars 2009 entre l'Etat et la CNAF, à améliorer la lisibilité et plus généralement l'efficacité de la politique des CAF en matière de travail social et des aides financières individuelles. Cette orientation devrait se traduire par l'expérimentation de contrats territoriaux entre les CAF et les conseils généraux et la mise en œuvre d'un socle commun pour le travail social avec l'objectif de déterminer des interventions prioritaires. Le Gouvernement est également soucieux d'un renforcement de la maîtrise des aides financières individuelles par l'amélioration de la complémentarité et la coordination avec les autres partenaires. Ainsi, la branche famille s'est également engagée à renforcer la lisibilité des actions financées par les dotations locales d'action sociale et à harmoniser progressivement d'ici fin 2012 les critères d'attribution des financements.

Nous restons particulièrement vigilants, tout comme la Cour, à tous les aspects relatifs au financement de la sécurité sociale. Comme le rappelle la Cour, le Gouvernement a décidé, suite à des observations passées, de supprimer le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) et de faire reprendre par l'Etat la dette de l'établissement public. Ceci représente un effort de près de 8 Md€ auquel s'ajoute la totalité du produit de la taxe sur les véhicules de société, qui représente plus de 1,1 Md€ affectée de manière pérenne au financement de la branche maladie de ce régime à partir de 2009. Cette réforme a permis de régler la situation de la branche maladie, qui est maintenant intégrée financièrement au sein du régime général.

Le Gouvernement partage le souci exprimé par la Cour sur la bonne coordination dans tous les cas où cela est possible des gestions de trésorerie des différents organismes. Nous sommes en revanche plus interrogatifs sur l'opportunité d'arbitrages entre les positions de court terme de l'ACOSS et

celles de long terme de la Cades. Ceci nous semble aller vers une confusion des passifs qui est justement le point critiqué par la Cour s'agissant de la fixation du plafond de ressources non permanentes des régimes. Nous tenons à rappeler en outre que les conditions de marché auxquelles a accès la Cades ont certes connu des évolutions marquées depuis le déclenchement de la crise financière (très forte baisse des taux, surtout sur le court terme, hausse des « spreads » de taux dans une moindre proportion) mais que la Cades se finance néanmoins à des tarifs similaires à ses homologues européens, notamment le groupe KfW allemand.

En ce qui concerne les dettes entre l'Etat et la sécurité sociale, la Cour souligne les avancées faites en termes de transparence, notamment par l'explicitation de la clé de passage entre d'une part les passifs inscrits dans les comptes de l'Etat et des organismes de sécurité sociale, et d'autre part les montants figurant dans l'état semestriel, qui suit une logique plus proche des principes budgétaires. La Cour indique également les progrès réalisés dans l'exécution budgétaire, que ce soit en cours d'année ou au moment de la levée des crédits mis en réserve. Le Gouvernement entend continuer sur cette voie tant lors de l'élaboration du projet de loi de finances initiale que lors de celle du projet de loi de finances rectificative. La confrontation systématique des prévisions de dépenses budgétaires avec celles des organismes a déjà permis de fiabiliser les hypothèses retenues lors de la préparation de la loi de finances, surtout en ce qui concerne les principales exonérations. Cette démarche sera généralisée pour les autres postes, principalement les prestations prises en charge par l'Etat. Un point plus délicat a trait néanmoins aux nouveaux dispositifs ou à ceux qu'il est prévu de réformer. Ceux-ci peuvent d'une part poser des difficultés de chiffrages a priori et ils peuvent d'autre part donner lieu à des modifications lors de la discussion parlementaire. A cet égard, les dispositions de la loi de programmation des finances publiques en matière d'encadrement et d'évaluation des niches sociales devraient permettre d'améliorer la situation. La loi de finances rectificative doit, pour sa part, permettre dans la mesure du possible de couvrir les insuffisances de l'exercice, compte tenu des informations disponibles au moment de sa préparation et, le cas échéant, d'aider à couvrir au moins en partie les dettes des exercices passés.

Le Gouvernement est également très vigilant sur le rôle central des missions de contrôle assurées par les organismes de recouvrement. Nous avons pris bonne note des observations de la Cour sur la conduite générale du contrôle d'assiette ; celles-ci rejoignent très largement les analyses menées par nos services et par l'ACOSS pour la préparation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la branche recouvrement s'agissant des nécessaires évolutions à apporter à la politique de contrôle des Urssaf laquelle est certes efficace mais a tendance à plafonner en termes de résultats. Ces éléments constitueront un axe majeur de la COG 2010-2013.

Sur le sujet plus particulier du contrôle de l'État employeur, la Cour constate que l'État respecte globalement ses obligations en tant qu'employeur, tant au niveau déconcentré qu'au niveau des administrations centrales. Nous nous réjouissons que la Cour valide la démarche générale entamée, notamment les travaux importants conduits dans le cadre de la mise en place de l'opérateur national de paie. Dans l'intervalle, nous nous attacherons à régler les points particuliers encore signalés par la Cour, lesquels sont certes limités d'un point de vue financier, mais ne sauraient rester non résolus pour des raisons de nécessaire exemplarité de l'Etat. Ceci concerne en particulier les agents affectés à l'étranger et les personnels militaires pour lesquels des contrôles ont été initiés cette année, à l'initiative de la Cour.

Enfin concernant la présentation des résultats globaux des comptes, les remarques de la Cour ont permis d'avancer sur la définition des agrégats des tableaux d'équilibre. Par souci de lisibilité des déterminants des soldes, il est souhaitable que la présentation des tableaux d'équilibre de la loi de financement de la sécurité sociale soit identique avec celle retenue par la Commission des comptes de la sécurité sociale intégrant ces modifications. Pour garantir une totale transparence à la Cour, lui sont désormais transmises non seulement cette présentation, mais également la présentation comptable souhaitée ainsi qu'une explication du passage entre les deux.

En termes de gestion, l'optimisation de l'organisation et du fonctionnement des organismes de sécurité sociale appelle, comme le souligne le rapport, de poursuivre les démarches et les opérations permettant d'améliorer les performances de ces organismes.

De manière générale, nous partageons les préoccupations de la Cour concernant la nécessité de faire progresser la gestion des ressources humaines au sein des réseaux, notamment sur les sujets touchant à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. La COG conclue entre l'État et l'UCANSS, mentionnée dans les recommandations et signée le 1^{er} juillet dernier, témoigne de cette ambition partagée avec les caisses nationales.

Il ne nous a pas échappé, par ailleurs, que la mobilité des agents de direction constitue une question essentielle dans les enjeux de gestion des réseaux. Ce sujet fait partie d'un chantier plus global sur le mode de gestion des agents de direction, qui sera mené dans les mois qui viennent, aux fins notamment de mieux articuler les enjeux d'évolution des réseaux et ceux d'une gestion dynamique des parcours professionnels des agents de direction.

*REPONSE DU MINISTRE DE L'ALIMENTATION, DE L'AGRICULTURE
ET DE LA PÊCHE*

Le projet de rapport qui doit être publié en septembre comporte trois développements qui appellent des observations de ma part :

- la situation du fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA),
- le réseau d'alerte,
- le contrôle médical effectué par la mutualité sociale agricole (MSA).

Sur le premier point et s'agissant du FFIPSA, la loi de finances 2009 et la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2009 ont réalisé une réforme coordonnée et d'ensemble du financement du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, composée d'un volet financier et d'un volet institutionnel.

Le volet financier représente un effort très important (9 milliards d'euros) consenti par l'Etat pour apurer les dettes du FFIPSA et pour jeter les bases d'un nouveau financement pérenne pour la branche maladie du régime avec l'affectation de l'intégralité de la taxe sur les véhicules de société (1,2 milliard d'euros attendus en 2009).

L'affectation de cette recette fiscale supplémentaire accompagne la mesure d'intégration financière de la branche maladie des exploitants agricoles au régime général à compter de 2009, tout comme l'étaient déjà auparavant la branche famille des exploitants agricoles et le régime des salariés agricoles depuis 1963. Cette opération se traduit concrètement par le versement d'une dotation de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) afin d'assurer l'équilibre financier global de la branche maladie des non-salariés agricoles.

Le FFIPSA est donc supprimé à compter du 1er janvier 2009, ses droits et obligations sont transférés à la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) qui se voit confier l'autorisation légale d'emprunt pour couvrir ses besoins de financement.

L'existence d'un fonds spécifique dédié au financement du régime ne se justifiait plus avec l'intégration de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles à la CNAMTS. Le FFIPSA, au demeurant, en ne reprenant pour l'essentiel que des écritures comptables de la CCMSA, ne contribuait pas particulièrement à la lisibilité de la situation du régime.

Ainsi, la disparition du fonds répond-elle aussi à une rationalisation des règles de gouvernance comptables et financières recommandée par la Cour dans de précédents rapports.

Comme le souligne la Cour, la question du déséquilibre structurel de la branche vieillesse des non-salariés agricoles reste, néanmoins, en suspens. La reprise des dettes du FFIPSA par l'Etat permet de réduire les charges financières de la branche (14 millions d'euros prévus en 2009 contre 123 millions d'euros un an plus tôt), mais le passif de financement, à défaut de recettes supplémentaires, se reconstituerait pour atteindre près de 6 milliards d'euros en 2013.

Dans une lettre du 6 octobre 2008 adressée au Président du Conseil central d'administration de la MSA, le Premier ministre a affirmé l'engagement du Gouvernement à trouver prochainement des réponses au déficit structurel de la branche vieillesse en rappelant que l'objectif premier était d'apurer les dettes accumulées du FFIPSA. Le Gouvernement a réitéré, en outre, cet engagement devant les parlementaires, lors de la présentation du projet de la LFSS pour 2009.

La Cour considère, par ailleurs, que les modalités de reprise des dettes du FFIPSA ayant conduit à un solde excédentaire de 371 millions d'euros ne tenaient pas suffisamment compte des exigences de tenue d'une comptabilité en droits constatés. Elle estime que cette situation aurait été évitée si le transfert de la dette avait été opéré après l'arrêté des comptes 2008 du FFIPSA.

J'observe cependant que les conditions de ce transfert ont été fixées par la loi de finances pour 2009 et qu'elles ont été dictées par l'exigence prévue par la loi de supprimer effectivement le FFIPSA au plus tard le 31 décembre 2008.

S'agissant du second point consacré au réseau d'alerte, et s'agissant de la récupération des prestations indues, le ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche rejoint les préoccupations de la Cour sur la nécessité d'améliorer la rapidité de recouvrement des indus et d'homogénéiser les procédures de gestion des caisses dans un souci d'efficacité mais aussi d'équité de traitement entre les assurés.

Ces objectifs, selon lui, impliquent la définition de pratiques nationales de référence pour améliorer la réactivité et la rigueur des organismes dans le suivi des impayés, la mise en œuvre des procédures de recouvrement et leur enchaînement. Le ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche estime que les conditions d'échelonnement des paiements des indus et de remises de dettes doivent également faire l'objet d'un encadrement national renforcé avec la définition de règles formelles et adaptées à la situation économique des débiteurs.

Le dispositif de contrôle interne de la caisse de MSA du Limousin

Le MAAP prend acte des observations de la Cour sur le dispositif de contrôle interne de la caisse de MSA du Limousin. Si, comme le souligne la Cour, le déploiement du dispositif a été contrarié par la constitution de la caisse régionale, il importe, sans plus tarder, que l'organisme parachève la mise en place du contrôle interne et le rende pleinement opérationnel.

La mise en œuvre du dispositif pourra être vérifiée dans le cadre d'un audit institutionnel programmé cette année. Ces travaux seront réalisés par la direction de l'audit interne de la CCMSA, créée en juillet 2008 et dont la fonction s'inscrit dans le dispositif du contrôle interne institutionnel, les

processus de certification et de validation des comptes et les pouvoirs de contrôle de la caisse centrale qui ont été renforcés par la LFSS pour 2008.

Le programme de travail 2009 de cette direction prévoit l'audit de trente quatre caisses ou fédérations de caisses de MSA dans le but de vérifier la conformité, l'efficacité et l'efficience des processus de management des risques, de contrôle et de pilotage.

Les coûts de gestion

Le ministère partage l'analyse de la Cour selon laquelle les coûts de gestion de la Fédération des caisses de MSA de Haute-Normandie sont impactés par l'inachèvement du processus de fusion des deux caisses constitutives.

Le MAAP considère que la future caisse régionale devra adopter des modes de gestion efficaces, adaptés à son activité et générateurs de gain de productivité.

De même, s'agissant de la caisse de Marne - Ardennes -Meuse, le MAAP rejoint l'analyse de la Cour selon laquelle la lourdeur des coûts de gestion de la caisse est liée à ses modes d'organisation et de gestion. L'organisme a défini fin 2007 un plan de retour à l'équilibre à échéance 2010. Il estime, de manière générale, que la restructuration du réseau de la MSA doit se traduire par des économies substantielles dans les fonctions de production avec la spécialisation de sites, ce qui nécessite une réorganisation du travail, des outils informatiques adaptés, la mobilité du personnel, mais aussi un appui méthodologique de la Caisse centrale.

Sur ce dernier point, le MAAP considère que la mise en œuvre de sites spécialisés suppose que la Caisse centrale puisse, dans le cadre d'une gouvernance qui a été renforcée, proposer aux caisses locales des modèles organisationnels permettant de concilier gains de productivité et qualité de service.

En ce qui concerne le troisième point, la Cour considère que les services de la MSA n'atteignent pas une taille critique suffisante pour permettre une mutualisation des moyens efficace, ni favoriser la spécialisation des médecins conseils.

Pour des raisons de tailles d'effectifs (plus de 2 300 praticiens pour le régime général fin 2007, 260 pour le régime agricole), le MAAP estime qu'il est difficile d'organiser les services médicaux de la MSA sur le modèle du régime général avec la spécialisation des praticiens par pôle d'activité : contrôle des prestations, contrôle contentieux, organisation du système de soins, relations avec les professionnels de santé et prévention.

La pertinence d'une telle organisation pour la MSA doit aussi être évaluée au regard des assurés du régime agricole qui représentent une part réduite de la patientèle des professionnels de santé et du rôle prépondérant du

régime général dans l'organisation du système de soins et les relations avec les professionnels de santé.

L'organisation et les actions des services médicaux de la MSA doivent, par ailleurs, être adaptées aux caractéristiques de la population agricole et du monde rural. A ce sujet, la MSA a su développer des actions reconnues en matière de prévention, d'éducation thérapeutique et d'offre de soins en zones rurales. Ces actions témoignent de compétences et d'une capacité d'innovation des services de contrôle médical dans le domaine de la santé.

RÉPONSES DES ORGANISMES

PREMIÈRE PARTIE – LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2008

Chapitre I Les résultats et le financement des déficits

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

Concernant l'extension à l'ensemble des régimes obligatoires de base de l'objectif d'optimisation de la gestion financière de court terme, l'Agence centrale rappelle qu'elle est prête à agir en ce sens au bénéfice des dits régimes et d'autres intervenants de la protection sociale obligatoire. Elle est ainsi désormais habilitée par la loi (article 33 de la LFSS 2009 créant deux articles L. 225-1-3 et L.255-3 du code de la sécurité sociale) pour intervenir dans ce domaine.

Concernant la distinction dans la LFSS entre besoin de trésorerie et résultat déficitaire, il n'appartient pas à l'Agence centrale de se prononcer sur des éléments nécessitant une réforme organique. Si une telle évolution était envisagée, le conseil d'administration de l'ACOSS serait amené néanmoins à rendre un avis sur des dispositions de cette nature.

Concernant la présentation en loi de financement des déficits prévisionnels, cette recommandation ne paraît pas concerner directement l'ACOSS. L'Agence centrale rappelle toutefois que de telles dispositions ne semblent pas relever du domaine législatif. Un état annexé et une annexe à la LFSS de l'année présentent des éléments de cette nature, les services de l'Agence centrale contribuent à ces travaux afin d'apporter les informations nécessaires.

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

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

La Cour note à juste titre que l'ONDAM 2008 a été calculé à partir d'une base 2007 sous évaluée pour la médecine de ville et, pour l'ONDAM hospitalier, à partir d'une base de référence 2007 surévaluée. La surévaluation de cette base de l'ONDAM hospitalier est à ce jour estimée à 216 M€.

La CNAMTS dispose pour l'instant de peu d'éléments lui permettant de calculer les économies réalisées sur l'ONDAM hospitalier. L'impact des actions de maîtrise médicalisée menées par l'Assurance Maladie en direction

des établissements de santé est estimé à 71 millions d'euros. Les actions de régulation tarifaire sur les médicaments inscrits sur les listes n'engendreront des économies significatives qu'en 2009.

S'agissant des soins de ville, les économies réalisées sont estimées à environ 2,3 milliards répartis en 890 millions de franchises, 483 millions de maîtrise médicalisée et 700 millions d'effets report sur 2008 des mesures engagées en 2007, à la suite notamment de l'intervention du Comité d'alerte.

Chapitre III

Les contrôles effectués sur l'Etat employeur

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

L'Agence centrale considère que les URSSAF ont été amenées, dans des cas d'espèce, à appliquer la procédure prévue par les textes et à retenir l'interprétation prévue par la législation. Tel est le cas de l'interprétation retenue pour les indemnités forfaitaires de déplacement départemental dont le caractère forfaitaire n'a pas été remis en cause dans le cadre des actions conduites.

La Cour souligne que l'assujettissement des différents éléments d'assiette à l'ensemble des cotisations et contributions sociales dues relève principalement des modalités d'interprétation de la réglementation par l'administration. L'Agence centrale partage cette analyse. Elle est prête, en lien avec les tutelles, à analyser les modalités adaptées de coopération afin de faciliter la bonne application des textes.

Concernant l'absence de redressement à l'issue des contrôles assurés par la Cour des comptes, l'Agence centrale souligne que des procédures adaptées de recouvrement pourraient être prévues pour permettre de garantir l'encaissement effectif des montants dus. Elle souligne en outre que des pouvoirs spécifiques d'investigation pourraient être prévus afin que les spécificités de l'Etat ne puissent conduire, eu égard à l'absence d'intervention des magistrats de la Cour des comptes, à limiter la portée des actions de contrôle.

Chapitre IV

Le réseau d'alerte

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

- *Sur les difficultés momentanées dans la branche famille* : Au cours de la période 2005-2008 la branche famille a globalement réussi à tenir ses engagements en matière de relation de service dans un contexte d'augmentation de la charge de travail. En effet ces dernières ont augmenté de façon significative malgré une faible progression du nombre d'allocataires sur la même période.

Si les deux premières années de mise en œuvre de la COG 2005/2008 ont été marquées par une progression significative des résultats en matière d'engagements de service d'une année sur l'autre, l'année 2007 a, à l'inverse, mis en évidence une dégradation par rapport à l'année précédente. Il en est de même pour l'année 2008 et le début d'année 2009. Cette dégradation doit cependant être relativisée. Bien que les résultats de certains organismes se soient situés en deçà des objectifs fixés par la COG et bien que le socle d'engagements de service n'ait pas été respecté sur l'ensemble des mois, il a été globalement tenu par la branche en 2007 en moyenne sur l'année, ainsi que sur l'année 2008.

Les temps d'attente à l'accueil ont été améliorés avec un pourcentage d'allocataires reçus en moins de 20 minutes passant de 91% en 2004 à 93 % en 2006, pour revenir à 92 % en 2007 et 92,5% en 2008, alors que l'objectif minimum à atteindre était de 85 %.

Le taux d'appels téléphoniques traités est passé de 86 % en 2004 à plus de 90 % en 2006, pour revenir à 89,6 % en 2007 et 90,6% en 2008.

Les objectifs de délais de traitement ont été également atteints. Le pourcentage des demandes traitées dans un délai maximum de 15 jours a été de 93,8 % en 2006 et de 91 % en 2007 et 2008, alors que l'objectif minimum fixé par la COG était de 85 %. Celui des demandes relatives aux minima sociaux est passé de 95,9 % en 2004 à 98,2 % en 2006 pour revenir à 97,2 % en 2007 et 2008.

Cette sensible dégradation des résultats sur les années 2007 et 2008 trouve notamment des explications dans l'augmentation des charges de travail des caisses ainsi que la mise en place de grands projets qui ont modifié la répartition des charges sur l'année.

L'année 2007 a été marquée par une augmentation des charges de travail par rapport à 2006, et une période de forte difficulté notamment sur les périodes d'été. En 2008, des difficultés ont également pu être observées plus particulièrement sur la fin d'année, en lien avec l'augmentation des charges

dues à la campagne ressources, qui ont modifié la répartition des charges de travail des caisses sur la fin d'année, ainsi que les travaux préparatoires à mise en place du projet RNB et les opérations de recertification des NIR.

Cependant malgré cette nouvelle répartition des charges, les résultats moyens relatifs aux engagements de service respectent les objectifs COG notamment grâce à une mobilisation de l'ensemble du réseau qui a dû mettre en place des mesures d'organisation exceptionnelles, telles que la mise en œuvre d'heures supplémentaires ou la réduction temporairement de l'offre de service offerte aux allocataires afin de traiter dans des délais corrects les dossiers des allocataires.

- *Sur la maîtrise des risques et du contrôle interne* : ce thème est accentué dans la nouvelle COG 2009-2012 afin d'avoir une meilleure connaissance des causes et origines des indus. La Cnaf procédera d'ailleurs à l'actualisation d'une enquête qui avait été initiée en 2001 sur les indus qui permettra d'avoir une meilleure politique de contrôles.

Par ailleurs, un diagnostic des informations disponibles et mobilisables en permanence sur les indus va être réalisé en vue de déterminer les besoins nouveaux de connaissance sur les indus et mettre à niveau le cas échéant nos outils informatiques en particulier Cristal.

- *Sur le rapport coût qualité* : la branche famille se situe aujourd'hui dans un contexte qui la conduit à devoir développer les démarches de contrôle de gestion et de pilotage de ses performances. Comme tous les services publics, elle doit mieux justifier de ses coûts et de sa performance de gestion, mieux mobiliser ses marges de manœuvre.

La COG 2009- 2012 prévoit, dans son article 32, que « dans cette perspective, la branche s'engage à développer les démarches de contrôle de gestion ». Elle précise « La Cnaf accompagne cette démarche en assurant une animation institutionnelle afin de faciliter l'appropriation des fonctions d'aide au pilotage par les organismes et afin qu'elles soient assurées de façon plus homogène ».

Le développement de la mutualisation constitue un levier d'amélioration de la performance tant sur le plan économique que sur le plan de la qualité et de la continuité du service. Sur la base des études et d'un bilan des expérimentations menées sur la période de la COG 2005/2008, l'enjeu de la nouvelle COG 2009-2012 sera d'en réaliser la mise en œuvre, en axant dans un premier temps la mutualisation des six fonctions et activités suivantes : l'édition, la numérisation, la gestion de la paye, les achats, le contentieux, le traitement des prestations aux travailleurs migrants.

- *Sur la situation dégradée dans certaines caisses* : la Cnaf, suite aux charges exceptionnelles enregistrées fin 2008-début 2009, au sein du réseau des CAF, a décidé de mettre en œuvre un « atelier de régulation des charges », chargé d'aider les CAF rencontrant des difficultés dans

l'écoulement de leur charge de travail. Ce dispositif, placé sous le pilotage direct de la Cnaf, organise une réponse collective aux difficultés que connaît le réseau, et a pour objectif d'assainir la situation des caisses les plus concernées par une tension sur les charges de travail.

Ainsi les caisses dans lequel des stocks importants sont enregistrés depuis une longue période, pénalisant de fait les allocataires, seront aidées par les ateliers de régulation des charges (ARC) qui sont répartis dans 37 caisses (dites CAF aidantes). Ce dispositif qui devrait permettre d'aider à la résolution des difficultés, est couplé avec la mise en œuvre, par les CAF concernées par cette aide, des mesures structurelles destinées à permettre un retour durable à une situation normale. Un bilan sera tiré à la fin 2009 pour envisager la pérennité d'un tel dispositif au vu des résultats.

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

La Cour souligne à juste titre les évolutions engagées dans le réseau de la branche maladie et les gains de productivité réalisés. A cet égard, le mouvement de fusions des caisses s'est poursuivi au long de l'année 2009, 47 conseils sur 48 caisses concernées s'étant à ce jour prononcés en faveur de la fusion.

Le rapport évoque plus spécifiquement l'hypothèse d'une limitation de la durée de fonction des directeurs d'organismes. J'estime tout à fait intéressante l'hypothèse de mandats à durée limitée. La politique de gestion des agents de direction menée dans la branche maladie depuis quatre ans correspond d'ailleurs à la recherche d'une plus grande mobilité des agents de direction des caisses. Elle devrait toutefois s'accompagner d'une négociation conventionnelle permettant de préciser les conditions de mise en œuvre. (...)

Enfin, sur le pilotage des CGSS, le rapport souligne la fragilité de ces organismes et relève certains points d'amélioration. Il souligne également les avancées relatives à la mise en place d'un suivi national spécifique aux CGSS. Le soutien aux CGSS est effectivement une préoccupation de la CNAMTS. C'est ainsi que des actions d'appui spécifique ont été mises en place : notamment un plan d'action destiné à faciliter les conditions de l'arrêté des comptes à la suite du mouvement social de 2009 et un soutien ad hoc pour l'appropriation des outils informatiques comptables. La mise en place de la mission de coordination des caisses nationales, positionnée à la CNAMTS depuis la mi-2008, a également permis la mise en place d'un suivi interbranche. Le suivi des effectifs et des consommations budgétaires est ainsi d'ores et déjà centralisé.

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

L'Agence centrale prend acte des différents éléments soulevés par la Cour. Elle sera amenée, au regard des rapports communiqués sur chaque URSSAF vérifiée, à analyser avec les organismes les actions adaptées à conduire. Elle souhaite toutefois tempérer les analyses de la Cour s'agissant des analyses relatives au dispositif de contrôle interne et aux audits et vérifications conduits au sein de la branche. Elle rappelle que les équipes de certification de la Cour ont pu constater la pertinence de celles-ci. Par ailleurs, concernant les recommandations formulées s'agissant des caisses générales de sécurité sociale, l'Agence centrale les partage. Une telle approche ne pourrait être menée que par une action conjuguée des caisses nationales en lien avec les tutelles.

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

Je n'ai pas de remarque à formuler sur les éléments d'appréciation rapportés par la Cour au terme des contrôles effectués en 2008, dans le cadre du réseau d'alerte, au sein de cinq caisses et fédérations MSA.

Je souhaite néanmoins souligner auprès de la Cour que le projet institutionnel de restructuration du réseau sera achevé le 1^{er} avril 2010. A cette date, toutes les fusions de caisses auront été réalisées et le réseau MSA sera ainsi constitué de 35 caisses (33 pluri départementales et 2 départementales).

Les composantes du réseau seront des entreprises de taille suffisante pour assumer leurs missions et répondre aux exigences d'optimisation de la performance du régime agricole.

Le processus de reconfiguration du réseau ayant été engagé depuis plusieurs années, nous enregistrons d'ores et déjà une diminution du coût moyen de gestion des caisses et constatons que la dispersion autour de cette moyenne a été réduite.

La CCMSA a par ailleurs initié une réflexion sur la mutualisation de certaines activités, notamment celles concernant de petits volumes ou nécessitant une expertise spécifique. Les premières expérimentations devraient débiter au second semestre 2009.

REPONSE DE LA MSA MARNE ARDENNES MEUSE

Concernant les coûts de gestion, il est certain que le maintien d'activités sur les trois sites départementaux justifie un coût supplémentaire que d'autres Caisses de même envergure, situées sur un seul département, ne supportent pas.

Même s'il est vrai que des solutions d'économies ou de partage de locaux notamment doivent être encore recherchées, encore doit-on veiller à ce que ces processus de rationalisation restent compatibles avec le souci de maintenir une « proximité départementale ».

La difficulté qu'a rencontrée la caisse pour parvenir à un coût de gestion rapidement amélioré tient plus à la structure de ses emplois et à l'ancienneté de son personnel, bénéficiant pour beaucoup de mesures favorables résultant de conventions collectives ultérieures, notamment dans le cadre de la rémunération de leur ancienneté.

Un accord d'entreprise signé en 2003 a permis de faciliter le départ de personnels anciens au cours des exercices 2004 à 2008. De plus, un Plan de Retour à l'Équilibre des comptes a été voté par le Conseil d'Administration pour la période 2008 /2010 sur proposition de la Direction Générale. Ces actions, indépendamment des économies à rechercher encore dans une rationalisation éventuelle de nos structures, ont permis de baisser régulièrement les coûts de gestion de la Caisse depuis 2004 (...).

*REPONSE DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SECURITE SOCIALE (CGSS)
DE LA MARTINIQUE*

- Sur l'appui apporté par les caisses nationales : la mission de coordination nationale gère en effet de nombreux projets visant à la mutualisation des ressources inter et intra CGSS. Il convient de retenir certains projets phare pour les prochaines années : mise en place d'une comptabilité analytique visant une meilleure connaissance des coûts par processus (projet piloté par la CGSS Guyane), mise en place d'une plateforme de services (PFS) et d'une GRC inter branche (logiciel de gestion de la relation client) avec option de mutualisation (projet piloté par les CGSS de Martinique et Guyane), la mise en place d'un dispositif de lutte contre la fraude commun à l'ensemble des branches (projet piloté par la CGSS Guadeloupe), l'harmonisation budgétaire (projet inter branche piloté par la CNAMTS) et proposition de mise en place de PRA (Plans de Reprise d'Activité) pour les CGSS (projet piloté par la CNAMTS).

- Sur les recommandations et notamment l'intervention des caisses nationales dans la nomination et la sanction des agents de direction, responsables de branche : une telle orientation, dans la mesure où elle touche directement au management des directeurs d'organismes, aggraverait les difficultés de coordination à l'intérieur des CGSS et nous ferait régresser sur la cohérence de l'offre de service de la sécurité sociale, toutes branches confondues pour un client unique.

*REPONSE DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SECURITE SOCIALE (CGSS)
DE LA GUADELOUPE*

- *Sur les résultats globaux insuffisants* : il est effectivement patent que les résultats de la CGSS de la Guadeloupe sont en retrait des moyennes nationales et que les progrès quand même accomplis régulièrement chaque année dans toutes les branches nous laissent en décalage par rapport aux caisses de métropole, dont les indicateurs continuent à s'améliorer à un rythme rapide.

Mais de notre point de vue, l'exercice de la comparaison devrait être nuancé tant l'histoire des CGSS et leur organisation diffèrent de celles des caisses de métropole. Nous l'acceptons sur la qualité de service, au titre de l'égalité de traitement des assurés sociaux dans l'ensemble national, mais moins dans les performances de gestion qui sont plus difficiles à placer dès maintenant au niveau des caisses de métropole les comptes et le contrôle interne. (...)

- *Sur les comptes et le contrôle interne* : c'est avec raison que la Cour relève la présence encore dans les comptes des CGSS d'écritures du régime agricole à régulariser de concert avec les Caisses Nationales. Il s'agit là d'un dossier très ancien révélateur de la complexité de la gestion des opérations comptables et financières génératrice à l'époque de confusion (écritures antérieures à 1995). Révélateur surtout du délai très long que subit un dossier qui exige une coordination de toutes les caisses nationales. Il s'est enfin conclu dans les comptes 2008 et 2009.

- *Sur la productivité* : pour une juste appréciation des effectifs de la branche maladie et leur productivité dans les CGSS, il conviendrait pour la comparaison avec les CPAM d'enlever les effectifs de la mission URCAM et CRAM et d'intégrer le paramètre « nombre de cmuistes et données liées à la précarité » dont la gestion est plus lourde. Le résultat du ratio s'en trouverait alors amélioré d'autant.

- *Sur la question de la gouvernance et du pilotage national* : de notre point de vue, au-delà des situations particulières de certaines d'entre elles dont en particulier la nôtre, il nous apparaît bien qu'il faille analyser de façon générale la problématique de gestion des CGSS et développer des solutions pour toutes. En effet, nombre de difficultés résultent de la structure même des CGSS, de leur complexité, des relations verticales qu'elles entretiennent avec les Caisses Nationales, parfois au détriment de la cohérence interne et sans toujours exploiter au mieux la mutualisation des moyens.

Cette problématique est désormais bien identifiée au niveau de la Direction de la Sécurité Sociale et des caisses nationales, comme en témoigne la mise en place de la mission de coordination qu'il convient effectivement de renforcer et d'élargir le champ de mission. Il faut des solutions de pilotage, des solutions techniques pour décroiser les branches et des solutions plus « politiques » sur l'avenir des CGSS ; un sujet de réflexion

dont s'est emparé le Conseil d'Administration de la CGSS Guadeloupe, à l'occasion de l'examen de cette présente réponse. Les administrateurs ont retenu d'en faire l'objet d'un Conseil d'Administration spécial.

*REPONSE DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SECURITE SOCIALE (CGSS)
DE LA GUYANE*

J'attire l'attention de la Cour sur les limites de l'appréciation de la performance des CGSS par une comparaison avec la « moyenne métropole » insuffisamment nuancée. En effet la comparaison des données brutes ignore le contexte social, source de contraintes non négligeables et de perturbations récurrentes quant au fonctionnement des organismes et à la construction objective de leurs performances.

Cette comparaison ne tient pas compte non plus de ce que les données sociales induisent une différence structurelle entre les fichiers gérés par les CGSS et ceux des organismes de l'hexagone. Or en branche maladie comme en branche retraite l'on observe une inversion du poids relatif des traitements réputés complexes.

(...) A titre d'exemple, en assurance maladie, en métropole, le poids des bénéficiaires de la CMUC pour CNAMTS- MSA- RSI - est égal à 5,8 % de la population alors qu'il est égal à 31,8 % dans les départements d'outre mer. Pour la CGSS Guyane plus précisément, le poids cumulé de la CMUC – 67 036 bénéficiaires- et de l'AME -19 037 bénéficiaires- représente 54,21 % du fichier de la population protégée au 31/12/08 au titre du régime général et du régime agricole.

S'agissant de la branche retraite, au 31/12/2008, les bénéficiaires des allocations supplémentaires représentent 3,1 % des prestataires dans les GRAM et 35,7 % des prestataires dans les CGSS. S'y ajoutent les reconstitutions de carrières plus nombreuses et plus complexes que dans le contexte hexagonal.

En ce qui concerne le recouvrement des cotisations, la CGSS Guyane développe sa mission dans un tissu économique fragile. Les entreprises de 0 à 9 salariés représentent 88,23 % du fichier. En Guyane, les dirigeants de ces petites entités ne disposent pas toujours des moyens de maîtrise suffisants du fait notamment de l'absence de structures de gestion.

La collecte des cotisations doit être étayée par une démarche d'accompagnement adaptée aux difficultés structurelles comme à la complexité réglementaire propre aux départements d'outre mer. La mise en place et l'application des textes spécifiques tels la LOOM, la LOPOM et bientôt la LODEOM induisent pour les CGSS un surcoût d'activité ainsi que des contre-performances, inhérentes au temps d'adaptation des outils informatiques, et à la complexification globale découlant de la gestion et du contrôle concomitants des réglementations nationales et particulières.

Sur les adaptations de gouvernance proposées : la Cour préconise l'intervention accrue des caisses nationales dans la désignation et surtout la sanction des agents de direction responsables de branches.

Les agents de direction, les agents comptables exceptés, travaillant sous délégation et autorité des directeurs, une telle disposition ne me semble pas susceptible ipso facto de conforter la cohésion interne, ni de porter solution aux problématiques de fonds.

*REPONSE DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SECURITE SOCIALE (CGSS)
DE LA REUNION*

- *Sur le taux de réussite global du CPG maladie :* à la Réunion, le taux de réussite global a été pénalisé par un indicateur, « l'indice de satisfaction des assurés sociaux » (6,8), qui représentait à lui seul 30% du score de l'axe service. Cet indicateur subit chaque année une évolution aléatoire, tant le lien entre son résultat et la qualité de service réelle est difficile à établir, d'autant que l'opinion des sondés sur une branche est influencée par les relations multi-branches qu'ils ont avec la CGSS. (...)

- *Sur le taux de réussite global du CPG retraite :* ces résultats insuffisants sont principalement liés au basculement dans « Outil Retraite » en 2006. Ce nouvel outil de production, difficile et long à maîtriser, comme cela a également pu être constaté en métropole, a fait chuter la performance, antérieurement satisfaisante, de la branche Retraite de la CGSS Réunion.

Plusieurs handicaps se sont ainsi cumulés :

- des difficultés de prise en charge de l'outil, en raison d'une formation insuffisante des personnels, liée à l'éloignement (...);
- une assistance métropolitaine qui n'a pu se déployer que fin 2006 et au premier trimestre 2007 ;
- des dossiers retraite plus lourds à liquider qu'en métropole, en raison notamment de la complexité et de la lenteur des reconstitutions de carrière, d'une proportion plus importante (40 %) des avantages non contributifs ;
- des problèmes d'adaptation du réseau informatique aux flux générés par les nouveaux applicatifs se traduisant pendant plusieurs mois par des lenteurs, voire des interruptions, des transactions.

- *Sur les performances de la branche recouvrement :* la Cour note que ces constats concernent particulièrement le recouvrement amiable et celui auprès des travailleurs indépendants. Force est de constater que les objectifs attachés à la politique nationale de recouvrement amiable ne sont pas adaptés au contexte réunionnais.

Les taux de retour des tableaux récapitulatifs, des revenus TI/RSI, des contrats justificatifs d'exonération et l'importance des taxations d'office qui

en découlent, marquent le peu d'empressement des cotisants à remplir spontanément leurs obligations. Cette situation oblige a contrario à affecter des moyens importants au contentieux du recouvrement. (...)

De même, les différences liées aux textes ou dispositifs spécifiques aux DOM rendent encore plus difficiles ces comparaisons. Par exemple, la métropole bénéficie du système centralisé du CESU, alors que, parallèlement, les CGSS doivent prendre en charge le TTS sur leurs moyens propres et à l'aide d'outils informatiques inadaptés. C'est ainsi que la mobilisation importante des moyens que nécessite à la Réunion la gestion du TTS (plus de 50 % des bénéficiaires des DOM), et ce, au détriment d'autres secteurs d'activité, a largement contribué à la dégradation de la performance globale depuis 2005. (...)

Chapitre V

L'organisation de l'hôpital

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

La Cour montre bien que l'amélioration de la situation financière des hôpitaux publics nécessite une action continue sur l'organisation et l'amélioration de la productivité globale des établissements, sans d'ailleurs se limiter aux établissements les plus en difficulté. Le constat est partagé par la CNAMTS.

Ces analyses confortent la CNAMTS dans sa volonté d'agir pour une plus grande efficience des établissements de santé. C'est dans ce but qu'elle a produit en 2008 un outil destiné au repérage des établissements en difficulté financière.

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE BELFORT - MONTBÉLIARD

- *Sur la question de l'évolution des effectifs non permanents* : La remarque de la Cour de Comptes concerne 154 postes depuis 2002, dont 60 % ont été créés et financés par le niveau national dans le cadre des plans de santé (mise aux normes et recommandations). Les 62 postes restants (40 %), financés par le CHBM après accord de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, concernent des actions incontournables (développement de la qualité, équipe projet de construction du nouvel hôpital, informatique, restructuration de la téléphonie).

Le Centre Hospitalier reconnaît donc que les postes visés par la remarque de la Cour des Comptes ne correspondent effectivement pas à une augmentation d'activité. Il convient néanmoins de relever que ces postes ont reçu l'aval de l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Dès 2005, la courbe de la variation des effectifs s'est inversée.

Années	Variations des effectifs
2002-2003 *	+ 0,31%
2003-2004 *	+ 2,86%
2004-2005 *	+ 3,54%
2005-2006 *	+1,13%
2006-2007 **	+0,51%
2007-2008 **	-0,7%

* Effectifs IFSI et Psychiatrie compris dans le budget Hôpital H

** Effectifs IFSI et Psychiatrie hors budget Hôpital H

Par ailleurs, il convient d'observer, comme c'est le cas dans les grands hôpitaux de court séjour, que l'activité de MCO représente une part très importante de l'activité globale du Centre Hospitalier et concentre la majorité des moyens médicaux et paramédicaux.

Or, si l'on se réfère à la Banque des Données Hospitalières de France (BDHF), lesquelles ont été calculées sur la base de la SAE (statistiques annuelle des établissements) au titre de l'année 2007 et diffusées par la Fédération Hospitalière de France, on observe :

- une sous-dotation du centre hospitalier de 9% en personnel de soins pour son activité MCO par rapport au niveau national.

- une sous-dotation du centre hospitalier de 18% en personnel médical pour son activité MCO par rapport au niveau national.

Par conséquent, le centre hospitalier ne saurait être cité en illustration d'un établissement « ayant recruté sans tenir compte de son activité ». (...)

- *Sur les difficultés de recrutement et leurs conséquences coûteuses*

Le Centre Hospitalier concède une seule situation d'abus qui se limite à des appels entre 18h30 et 20h. Dès qu'elle a été relevée, cette situation a été traitée. Les conséquences financières réduites de ces appels sont telles qu'elle ne sauraient suffire à illustrer une problématique nationale d'autant que le Centre Hospitalier a été le premier établissement de la région en 2008 à imposer au corps médical une forfaitisation de l'enveloppe de la permanence des soins, ce qui a garanti la maîtrise du budget.

L'année 2009, concernée par le rapport, ne permet donc plus de citer le Centre Hospitalier, les situations ayant déjà été traitées en 2008.

- *Sur la question de l'utilisation des blocs opératoires*

Le centre hospitalier fait remarquer que la valeur cible en matière de taux d'occupation est toujours atteinte et même dépassée sur plusieurs mois (cf tableau ci-dessous). Le centre hospitalier s'est d'ailleurs inscrit dans une démarche exemplaire dans la réorganisation de ses blocs opératoires (de 3 sites opératoire (blocs), le centre hospitalier est passé à 2 pour Belfort et Monthéliard).

Le projet de construction du nouvel hôpital permettra de finaliser cette démarche en passant de quatre plateaux techniques publics et privés à un seul dans le futur hôpital partagé.

Année 2008	avr	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	Déc
Tx d'occupat° blocs	78,53	77,12	77,26	77,97	74,74	75,46	78,56	83,13	75,56

Année 2009	janv	févr	mars	avril
Tx d'occupat° blocs	79,66	80,10	74,08	80,17

Heures d'ouverture des blocs opératoires :

Si la cible n'est pas atteinte malgré les efforts importants de réorganisation du centre hospitalier, il convient néanmoins de rappeler la particularité de l'établissement, à savoir son fonctionnement bi-site et donc la présence de deux sites opératoires.

Sur ce point, en attendant la construction du nouvel hôpital, il est rappelé l'impossibilité de regrouper les deux sites opératoires (Belfort et Montbéliard) sur un seul site du fait de la présence d'un Service d'Accueil et d'Urgence (SAU) sur chaque site. Cette impossibilité s'explique également par le fait que le regroupement de l'activité de chirurgie sur un seul site se traduirait par le doublement du plateau technique de ce site, ce qui nécessiterait 2 à 3 ans de travaux, pendant lesquels il faudrait réduire l'activité de moitié.

Enfin, la Mission ministérielle d'appui 2007-2008 n'a pas préconisé le rassemblement des deux sites opératoires dans ses conclusions.

Pour ces raisons, le Centre Hospitalier est activement mobilisé dans la conduite de son projet de construction d'un nouvel hôpital qui lui permettra de largement dépasser les objectifs nationaux.

Par conséquent, le Centre Hospitalier ne saurait être cité en illustration d'un établissement éloigné des valeurs cibles pour les blocs opératoires.

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN

- *Sur les difficultés de recrutement et leurs conséquences coûteuses :* en ce qui concerne les recrutements dans certains métiers, les difficultés de recrutement sont réelles pour certaines spécialités médicales dont notamment la radiologie et la rééducation fonctionnelle.

Face à cette situation, le centre hospitalier de Montauban a travaillé en réseau sur son territoire de santé sur différents domaines. Une fédération commune des urgences a été constituée avec le CHIC de Castelsarrasin-Moissac, avec notamment le partage de postes médicaux. Une convention de

prise en charge de l'ORL a été signée avec la clinique du Dr Cave. Une convention a été signée avec la clinique du Pont de Chaume sur la prise en charge des urgences vasculaires.

Le développement des coopérations avec le CHIC de Castelsarrasin-Moissac s'est concrétisé par le partage de temps médical entre les deux établissements en oncologie, en neurologie, et en gynécologie-obstétrique.

En ce qui concerne la radiologie, pour laquelle de réelles difficultés sont toujours rencontrées, suite à la démarche engagée par l'ARH dans le cadre du SROS d'imagerie, une démarche est formellement engagée avec les radiologues privés du secteur de Montauban pour les modalités de leur participation à la permanence des soins en radiologie.

*REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE
(CHRU) DE LILLE*

Pour ce qui concerne la productivité du CHRU de Lille dans le domaine des soins, l'IGAS, dans son rapport RM 2007-116A, soulignait la performance du CHRU de Lille : « le ratio du personnel non médical pour 5 millions d'euros de recettes dans les services cliniques est relativement performant par rapport à la moyenne des établissements ». Concernant le personnel médical, la mission de l'IGAS soulignait « une productivité importante ».

Quant à l'enseignement, le ratio personnel hospitalo-universitaire par étudiants et internes formés est parmi les plus faibles de France, témoignant de la sous-dotation en personnels hospitalo-universitaires du CHRU de Lille. Pour ce qui concerne la recherche, le CHRU de Lille figure parmi les CHU les plus performants en termes de score des publications ramené au personnel médical (calculé par le logiciel « SIGAPS » retenu par la DHOS, résultats confirmés par les premières analyses de l'A.E.R.E.S qui expérimente un projet de référentiels d'évaluation de la formation et de la recherche des CHU).

Quant à la mention « un même établissement peut offrir à la fois des images spectaculaires et volontiers reproduites par les médias de « lits de couloir » aux urgences et une ambiance de grand calme quelques étages au-dessus », elle ne concerne pas, à mon sens, le CHRU de Lille : le taux d'occupation dans les services aigus est en moyenne de 88,7 % en 2008, ce qui pose de réelles difficultés dans la gestion des lits d'aval à certaines périodes de l'année.

Enfin, sur le paragraphe portant sur les « corrélations entre résultats, dépenses et recettes », il est noté : « Pour les établissements en difficulté, il sera ainsi de meilleure méthode de chercher à réduire les dépenses que de vouloir augmenter l'activité, sauf à prévoir de le faire à coûts maîtrisés et sans préjudice du fait que les prévisions d'augmentation d'activité s'avèrent souvent peu réalistes ». Pour ce qui concerne le CHRU de Lille, la

convergence vers l'équilibre financier résulte d'une stratégie combinant rationalisation des organisations, valorisation et croissance d'activité. Le bilan 2008 de la mise en œuvre du contrat de retour à l'équilibre financier de l'établissement démontre que la cible d'augmentation d'activité était réaliste : de fait, elle s'est basée sur les besoins de santé de la population de la région. C'est bien l'augmentation de l'activité, combinée à une valorisation plus juste des missions distinctives (grâce, notamment, à l'évolution nationale du financement des MERRI) mais aussi les actions de réorganisation interne, qui ont permis à l'établissement de réduire significativement en un an son déficit, le ramenant à moins de 1 % des produits d'exploitation. La poursuite de ces actions doit permettre au CHRU de Lille d'atteindre l'équilibre financier en 2010.

REPONSE DES HOSPICES CIVILS DE LYON (HCL)

- *Sur l'adéquation des moyens à l'évolution de l'activité* : la Cour considère que le manque d'anticipation des établissements de santé sur les évolutions prévisionnelles d'activité s'est traduit par des décisions d'investissements inappropriés entraînant des surcapacités.

Les délais afférents aux grands projets immobiliers sont avérés, pour des motifs qui tiennent aux difficultés inhérentes à ces opérations, aux problèmes de gestion des établissements, comme aux contraintes particulières du code des marchés publics. Ainsi, un délai de 10 ans peut s'écouler entre une décision d'investissement et la mise en production d'investissements neufs, par exemple pour l'Hôpital Femme Mère Enfants ouvert en 2008.

Or, durant une telle période, le contexte financier et réglementaire, de même que la structuration régionale de l'offre de soins, peut profondément évoluer. Les règles tarifaires ont ainsi fortement bouleversé les équilibres des HCL, du fait du passage à la tarification à l'activité (T2A) pour le secteur MCO. L'environnement sanitaire a également été modifié, avec la reconfiguration des cliniques lyonnaises ou les autorisations d'extensions capacitaires ou d'équipements lourds dans des établissements périphériques, prises par les autorités sanitaires.

Pour autant, il convient de rappeler que dans cet environnement exigeant, l'activité des HCL a progressé dans la période 2001-2008 de 14,5 %.

Durant cette même période, le potentiel en lits MCO des HCL a en revanche baissé de 9,1 %. Cette évolution paradoxale (baisse de la capacité et augmentation d'activité) témoigne d'une productivité accrue des soins, rendue possible par une baisse importante de la durée de séjour. La DMS étant d'ailleurs en 2008 inférieure à la DMS cible nationale.

- *Sur le cloisonnement de l'hôpital* : la Cour indique que les Hospices Civils de Lyon ont « pris beaucoup de retard dans la rationalisation de leurs activités de leurs équipements et de leurs fonctions support ».

Or, au cours des années récentes, les HCL ont procédé à la fermeture de 3 sites hospitaliers (hôpital de l'Antiquaille en 2003, Fondation Mangini Gensoul en 2004, hôpital Debrousse en 2008). Le site de l'Hôtel-Dieu est en cours de fermeture d'ici fin 2010. Les activités sont par ailleurs regroupées sur des sites uniques. Ainsi la maternité et les services de pédiatrie médicale et chirurgicale de l'hôpital Edouard Herriot ont été regroupés sur le site de l'Hôpital Femme Mère Enfants. Ces opérations de restructuration d'activité portent à ce jour, et pour ces seules opérations majeures, sur plus de 770 lits.

S'agissant des fonctions médico-techniques ou supports, la même logique de regroupement est à l'œuvre. Ainsi, le paysage des laboratoires de biologie a profondément évolué aux HCL. Le nombre d'unités de production est passé de 72 unités, réparties sur 10 sites et dans 35 bâtiments différents en 1999, à 45 réparties sur 5 sites et dans 9 bâtiments différents en 2009. Les opérations de mise en place d'une stérilisation centrale et d'une unité centrale de production alimentaire sont désormais bien engagées, après diverses péripéties liées, notamment, à des refus de permis de construire.

Dans le cadre du projet d'établissement 2009-2013, les HCL confirment cette stratégie, en favorisant le regroupement des blocs opératoires (passage de 41 à 24 blocs) et de salles d'opération (passage de 123 à 107 salles) et en systématisant le recours à des partenariats pour le financement d'équipements lourds. (...)

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE PAU

Dans un contexte de financement à l'activité, un ratio de personnel par lit se révèle aujourd'hui inadéquat, si on ne le confronte pas, notamment, au taux d'occupation des lits, à l'indice du poids moyen du cas traité ou encore à la durée moyenne de séjour de prise en charge.

A ce titre au centre hospitalier de Pau, les indicateurs de performance DMS en chirurgie et médecine sont au-delà de la médiane nationale. L'indicateur en matière de DMS en obstétrique est moins favorable au CH de Pau ce que peut expliquer son niveau III de prise en charge des cas complexes en situation de recours. (...)

Je regrette également l'absence de mention relative au décompte du temps médical pris en compte dans cette étude. En effet, considérer que l'intégralité du temps de travail des effectifs médicaux est consacrée à la prise en charge des patients en hospitalisation (notion de lit) néglige le développement des activités externes (consultations, explorations fonctionnelles, plateau technique) qui sont une part importante de l'activité des praticiens. Des établissements disposant d'un plateau technique développé sont dès lors pénalisés dans le ratio considéré. Seul le temps dévolu à l'activité d'hospitalisation aurait dû être considéré pour la constitution du ratio.

Chapitre VI

Plan hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers

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

La CNAMTS partage le constat de la Cour relatif à l'engagement d'opérations d'investissement parfois importantes, sans évaluation préalable du retour sur investissement et de la capacité des établissements à financer les surcoûts résultant de ces opérations. Ce défaut d'analyse préalable dans le lancement des opérations a, en effet, pu se révéler très préjudiciable pour la situation financière des établissements.

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) DE DIJON

- Sur l'opération de restructuration, « le Bocage central » : je crois, en premier lieu, qu'il est indispensable d'ajouter que cette situation était inévitable, avec le choix de privilégier le financement par recours à l'emprunt des investissements lourds consentis par les Hôpitaux. En effet, le montant de 129 M€ mentionné porte bien sur des crédits d'exploitation et ne couvre que le coût du loyer de l'argent sur une période en outre limitée.

Quant à la progression du coût de l'opération, là aussi constatée partout ailleurs, il importe de signaler d'abord que les entreprises en capacité de réaliser des opérations de ce type sont au nombre de trois en France, pour le gros œuvre (lot majeur), et que le nombre d'appels d'offres simultanés a contribué mécaniquement à faire monter les prix ; ce phénomène a été amplifié, pour tous les corps d'état sur tous types de chantiers, par la reconstitution des marges des entreprises du BTP, profitant des circonstances de cette période bénéfiques pour elles.

Dès lors, l'évolution des indicateurs que vous pointez à juste titre était inévitable, renforcée par une évolution de l'ONDAM très contrainte intervenant à une période où nous ne bénéficions pas encore des retours sur investissement d'opérations immobilières destinées à nous donner plus d'efficience. Enfin, il faut redire que le retard apporté au lancement de cette opération pénalise d'abord le centre hospitalier universitaire qui doit assumer deux sites de court séjour ; un financement plus précoce aurait évité d'une part l'envolée du montant de l'investissement, et d'autre part, la dégradation de notre situation budgétaire.

*REPONSE DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION (ARH)
DU HAVRE*

- *Sur le pôle femme-mère-enfant (PFME) du CH du Havre* : l'ARH n'a jamais validé la prévision d'activité de l'établissement de 4 000 accouchements, compte tenu effectivement de l'organisation de la prise en charge obstétricale sur le territoire du Havre prévue dans le SROS 2006-2011.

Le plan de redressement en cours du CH du Havre tire les conséquences tant de la situation financière de l'établissement que du PFME-urgences. Ainsi, ce plan prévoit notamment la fusion des équipes de brancardage en une équipe centralisée, une activité de radiologie centralisée, la non ouverture du bloc chirurgical pédiatrique et son intégration au fonctionnement du bloc chirurgical du site Jacques Monod. Comme prévu dans le plan de redressement, le fonctionnement du PFME-urgences se fera effectivement selon le principe à « activité constante, effectifs constants ».

Il faut rappeler que cette opération « pôle-femme-mère-enfant-urgences » permet de supprimer un site d'accouchements, un bloc opératoire inefficace, de restructurer en les agrandissant comme nécessaire les urgences adultes et pédiatriques et d'y installer des lits d'hospitalisation de très courte durée et une unité pour adolescents, et de développer des activités supplémentaires d'hémodialyse à la place des urgences adultes.

Chapitre VIII

Le contrôle médical

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

La CNAMTS partage le constat de la Cour d'une nécessaire rénovation des ententes préalables mais considère qu'il n'est pas souhaitable d'en limiter trop fortement le champ ni de se limiter à une politique de contrôle uniquement centrée sur les professionnels de santé libéraux atypiques par le biais des mises sous accord préalable. En effet, l'entente préalable, si elle n'est pas exclusive d'autres modes d'action, représente un outil de régulation important qu'il convient de préserver en le ciblant de façon plus appropriée.

Elle réaffirme son opposition à la suppression du contrôle a priori de l'admission des assurés en ALD. Cette mesure lui paraît contraire à la nécessité de la régulation des dépenses comme aux intérêts de ses assurés.

Il convient par ailleurs de souligner que l'assurance maladie a engagé en 2009 un plan de révision des protocoles ALD médicalisés, ciblé et organisé, visant en priorité les quatre pathologies dont la prévalence est la

plus forte et pour lesquels la prise en charge semble éloignée des référentiels de la HAS (diabète, HTA, maladie coronaire, Alzheimer).

La CNAMTS partage l'opinion de la Cour sur la nécessité de développer la dématérialisation des données entre les professionnels de santé et le service du contrôle médical. Elle travaille à la mise en place d'actions destinées à pallier ces inconvénients : le déploiement du protocole de soins électronique, le déploiement des avis d'arrêts de travail dématérialisés, la dématérialisation des ententes préalables.

Enfin, comme pour les autres professionnels de santé, la CNAMTS reconnaît la nécessité, mise en évidence par ses travaux ainsi que ceux de la Cour, de réduire les hétérogénéités de pratiques qui peuvent être constatées au sein du contrôle médical, en favorisant notamment le développement de référentiels médicaux et en précisant, en tant que de besoin, les textes relatifs aux droits des assurés.

Chapitre IX

Les centres d'examens de santé

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

Concernant les centres d'examen de santé j'ai pris connaissance avec la plus grande attention des propositions formulées. Je souhaite toutefois mettre l'accent sur les évolutions qui ont été initiées depuis 2006, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion signée avec l'Etat. Ainsi, le pilotage des CES a été renforcé, un dispositif de remontée opérationnelle ayant été mis en place au cours du premier trimestre 2009. Il permettra notamment la modulation des dotations sur la base de critères d'efficience et d'activité. Par ailleurs, les centres d'examen de santé ont été recentrés, conformément à la COG, sur le suivi des publics les plus précaires. Ils sont également engagés dans de nouvelles missions d'éducation thérapeutique. 600 patients ont déjà adhéré à ce nouveau dispositif.

REponse DU CENTRE TECHNIQUE D'APPUI ET DE FORMATION DES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE (CETAF)

Les missions des CES ont évolué dans le cadre d'orientations redéfinies en 1992, 2003 et 2006, tant en ce qui concerne leurs activités que les publics visés par ces activités. La nécessité d'avoir des pratiques harmonisées concernant le contenu et la réalisation de l'EPS a été prise en compte au début des années 1990 avec l'élaboration d'un « guide de recommandations ». Les CES ont été les premiers professionnels à mettre en œuvre des pratiques s'appuyant sur un référentiel de pratiques. Avec la HAS est entrepris un travail de refonte et d'actualisation de ce guide en un référentiel de pratiques, garantissant que le contenu de l'EPS repose sur des

actions dont l'efficacité est documentée dans des études de bon niveau de preuve. Fin 2009, la qualité des activités des CES sera garantie par une certification ISO 9001.

Renforçant et précisant leurs missions dans la COG 2006-2009, l'État et l'Assurance Maladie ont orienté l'activité des centres autour des thématiques suivantes :

- le développement de la prévention à l'attention des populations précaires,
- le soutien du médecin traitant pour la prise en charge des pathologies chroniques : notamment à travers une offre en éducation thérapeutique et en éducation en santé,
- la recherche d'une meilleure qualité et d'une plus grande efficacité,
- la participation à des études de santé publique.

Sur le plan opérationnel, l'offre de médecine des CES s'inscrit dans une approche globale de la prévention, comme concept général de la gestion des risques, comme méthode systématique de minimisation de ces risques allant de l'individuel au collectif grâce à la promotion de la santé. Pour ce faire, la réalisation d'un EPS, le soutien du médecin traitant pour l'éducation thérapeutique, l'éducation en santé et la participation à des études de santé publique pour les CES, ne se conçoivent qu'en lien avec le contexte et l'offre de soin disponible sur le territoire de ces centres.

Leur suppression, ou leur transformation en Centres de santé, accentuerait le bouleversement sociétal que notre pays a connu depuis une trentaine d'années qui conduit à des pertes de repères mais, surtout, à des inégalités croissantes d'offre et de qualité de soins et plus encore à des inégalités d'accès à la prévention. (...)

En lien direct avec les médecins traitants, les CES peuvent contribuer à les accompagner dans des tâches ou interventions difficilement réalisables en cabinet ou au cours d'une consultation, à savoir celles relatives à l'éducation thérapeutique ou l'éducation en santé.

Alors qu'en 2003, l'IGAS pointait « la crise de la médecine préventive » et plaidait pour une prévention mieux ciblée et mise en œuvre par des actions pluridisciplinaires, la suppression des CES ou leur transformation en centres de santé accentuerait encore le retard que la France peut avoir en matière de prévention. Toutefois, sans les voir disparaître, ou sans les voir intégrer le champ du curatif, il est envisageable qu'ils puissent consacrer une partie de leur temps « aux soins » pour des actions de vaccinations et d'éducation thérapeutique à plus grande échelle. (...)

Chapitre X

Les contrôles d'assiette des URSSAF

REponse de l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS)

L'Agence centrale prend acte des remarques formulées par la Cour. Elle entend apporter l'ensemble des évolutions nécessaires. S'agissant des recommandations formulées par la Haute Juridiction, l'Agence centrale entend y donner les suites nécessaires dans les conditions exposées ci-après.

L'explication et la hiérarchisation de la démarche ainsi que l'assignation d'objectifs doivent ainsi être renforcés. Le niveau régional apparaît effectivement comme l'échelon pertinent de pilotage des actions, comme le soulignent les actions en cours. L'analyse des risques doit également être renforcée préalablement à la conduite des actions de contrôle. La dynamique de contrôle est enfin, comme le souligne la Cour, inséparable d'une politique renforcée de gestion des ressources humaines.

S'agissant des finalités assignées à la politique de contrôle, quatre finalités sont recensées et identifiées : sécuriser le financement du système de la protection sociale, préserver les droits des salariés, contribuer à la garantie d'une saine concurrence, et accompagner la complexité de la réglementation.

Ces finalités sont connues au sein de la branche et donnent lieu à une communication interne et externe dans le bilan annuel du contrôle. Ces finalités tendent à concilier deux éléments : la lutte contre l'évasion sociale et l'action en faveur du civisme des cotisants (« compliance »). Cette approche conduit à déterminer un équilibre entre les objectifs de sécurisation et de répression.

Aussi, la COG 2006-2009 a-t-elle assigné quatre grands objectifs à la fonction contrôle : être présent auprès d'un nombre accru de cotisants, ouvrir de nouveaux champs en matière de contrôle, sécuriser le contrôle des grandes entreprises dans le cadre de la nouvelle organisation, et renforcer la lutte contre le travail illégal. Ses objectifs et leur déclinaison opérationnelle ont été présentés aux URSSAF. Un premier bilan de la mise en œuvre de la COG 2006-2009 montre que cette dernière a fait évoluer le contrôle d'assiette de manière notable :

- en dissociant les modalités de contrôle selon les risques : le risque « dit faible » en termes d'enjeux financiers est dorénavant appréhendé par le biais du contrôle sur pièces. Un nouveau métier, celui de contrôleur du recouvrement, a été créé pour obtenir une meilleure adéquation des ressources selon le risque encouru ; le métier de contrôleur avec son fondement juridique, sa formation, son dispositif d'agrément a été non seulement défini mais déployé sur l'ensemble des organismes pendant la période conventionnelle ;

- en privilégiant la sécurisation des enjeux financiers majeurs de la branche avec la procédure de gestion en lieu unique, obligatoire pour les très grandes entreprises (+ de 2 000 salariés) et très incitative pour les grandes entreprises entre 250 et 2 000 salarié. L'évolution des modes de gestion des grandes et très grandes entreprises a une composante importante de facilitation des relations (interlocuteur unique) mais vise aussi à assurer un contrôle uniforme sur l'ensemble du périmètre de ces entreprises, pour des raisons de sécurisation juridique et de maîtrise de l'assiette sociale ; il s'agit de mettre fin ainsi au reproche justifié de positions parfois divergentes au sein des mêmes entreprises, lors de contrôles de différents établissements par différentes URSSAF ; au surplus, en cas d'enjeux particulièrement sensibles, les très grandes entreprises sont inscrites au plan national de contrôle avec une procédure harmonisée de prise de position ;

- en élargissant de manière significative le champ du contrôle, afin tout d'abord d'assurer l'égalité de traitement secteur public/secteur privé (les services déconcentrés de l'Etat font désormais l'objet d'un plan national visant à les intégrer progressivement dans les procédures de contrôle) ; afin, ensuite, d'assumer et de concrétiser dans des délais raisonnables la prise en charge de nouvelles missions confiées à la branche sur le contrôle des cotisations de l'assurance chômage, ce projet ayant nécessité une adaptation des systèmes d'information de très grande ampleur.

- en renforçant le professionnalisme des équipes de contrôle : la politique de perfectionnement sur les mesures nouvelles complexes et sur l'extension du champ du périmètre de vérification a été très soutenue pendant la période conventionnelle (épargne salariale, loi TEPA, extension des missions sur l'assurance chômage...) et extrêmement réactive avec la mise en place de référents régionaux et locaux formés rapidement ; en outre une politique de formation pour les nouveaux managers contrôle entrant en fonctions est déployée de manière pérenne ; enfin l'évolution des missions assumées par le corps de contrôle a nécessité la définition d'une procédure homogène de développement professionnel sur l'ensemble de la branche, qui a pu se concrétiser au 1^{er} semestre 2009 avec la signature d'un protocole d'accord dans le cadre de l'UCANSS.

- en dotant les agents de contrôle d'outils communs et normalisés, comportant des socles de motivation juridique des différents chefs de redressement, des feuilles de calcul, et des imprimés préétablis.

La COG 2006-2009 a ainsi requalifié et quantifié les axes de la politique de contrôle de la branche en l'assortissant à chaque fois de mesures de pilotage et d'accompagnement en termes de professionnalisme des acteurs et d'adaptation des outils.

Le constat de la Cour sur l'absence de doctrine en matière de contrôle mériterait donc d'être nuancé. Pour autant, les marges de progrès identifiées sont à investir. L'ACOSS partage l'avis de la Cour sur de nombreux points

relevés et notamment celui de l'hétérogénéité des résultats, qui démontre que le pilotage n'est pas assuré de manière suffisamment homogène et la supervision souvent insuffisante.

La formalisation d'orientations nationales pour 2009 s'est inscrite dans ce bilan des forces et des faiblesses de la COG. Elle a pour fonction de corriger à court terme un certain nombre de ces faiblesses. Il a ainsi été décidé de mieux encadrer les modalités d'intervention des inspecteurs sur le domaine de la sécurisation juridique, en particulier s'agissant de la vérification des nouvelles mesures : la loi TEPA introduit en effet (comme d'ailleurs la réduction Fillon) des zones de risques quasiment « généralistes » et d'une complexité entraînant des possibilités fortes d'interprétations erronées. L'homogénéité des pratiques doit donc être garantie dans un contexte délicat. Ces orientations prévoient en outre l'expérimentation de nouveaux types de ciblage, visant par exemple les entreprises atypiques au regard des pratiques d'exonération, ciblage qui implique une contribution de la fonction statistique à l'analyse du risque préalable à la planification. Ces travaux sont également issus des échanges intervenus avec la Cour dans le cadre de la procédure de certification des comptes : les engagements pris dans ce cadre ont été, à ce stade, respectés. Enfin, le plan national 2009 a recentré l'approche du contrôle des très grandes et grandes entreprises sur quelques secteurs d'activité, de manière à renforcer encore la contribution de la branche à la garantie d'une saine concurrence entre les entreprises.

Parallèlement, l'ACOSS a décidé de renforcer dès 2009 le suivi des résultats, en particulier dans un cadre infra-annuel. Elle s'est d'ailleurs dotée d'un tableau de bord approfondi de suivi de la fonction contrôle, tableau qui sera enrichi des orientations à venir dans la prochaine COG et des travaux en cours sur l'adaptation des indicateurs du contrôle. Elle a également réuni début juin 2009 les présidents de Commission régionales contrôle et l'ensemble des responsables de contrôle, afin de partager l'analyse des résultats 2008 et de définir des axes de progrès dès l'année 2009.

De nombreuses recommandations et préconisations de la Cour sont l'objet des réflexions actuellement menées par l'ACOSS et le réseau, dans le cadre de la préparation de la COG 2010-2013. Ainsi l'ACOSS partage les deux principales recommandations émises par la Cour, relatives d'une part à la poursuite du renforcement du management des équipes de contrôle - afin d'améliorer tant la productivité que la qualité des contrôles et de mieux objectiver les parcours professionnels - et d'autre part à l'adaptation du cadre de pilotage et de gouvernance. Naturellement, ces évolutions correctrices envisagées doivent s'inscrire dans la poursuite d'une politique équilibrée entre les finalités évoquées au début du présent propos.

Sur le premier point, trois axes apparaissent essentiels.

- Tout d'abord, la normalisation des pratiques professionnelles assise sur des références méthodologiques et des outils nationaux, qui doit

permettre à la fois de sécuriser les agents de contrôle sur leurs modes d'intervention, et de renforcer la supervision des managers, avec la mise en œuvre d'outils de révision des procédures.

- Ensuite, le renforcement nécessaire de la productivité du contrôle, dans un contexte d'accroissement du périmètre des assiettes vérifiées et de complexité croissante de la réglementation, qui implique d'agir concomitamment dans plusieurs directions, outre le développement de la supervision précédemment évoqué : meilleure adéquation entre temps de contrôle et importance des risques observés, renforcement du ciblage des risques dans le processus d'investigation, développement d'outils adaptés, en particulier pour l'analyse comptable.

- Enfin, le contrôle interne du contrôle qui doit être développé. Il doit s'appuyer sur les normes professionnelles évoquées plus haut, intégrer nécessairement une dimension de prévention du risque de fraude, et permettre d'apporter des garanties supplémentaires aux organismes tiers pour le compte desquels les organismes de recouvrement assurent une mission de contrôle.

S'agissant de l'adaptation du cadre de pilotage et de gouvernance, l'ACOSS considère, sans préjudice des évolutions de l'organisation du réseau susceptibles d'être envisagées dans le cadre de la prochaine COG, qu'un pilotage renforcé du contrôle doit être mis en place sur une base pluri-départementale, et le plus souvent régionale, avec un agent de direction dédié à cette mission dans chacune des zones territoriales. Cette évolution de structure doit permettre également de définir et de mettre en place des tailles d'équipe homogènes, de renforcer la spécialisation sur certains domaines, en particulier la lutte contre le travail illégal, et la pluridisciplinarité des expertises. Une évolution de cette nature ne pourra néanmoins qu'être conduite dans la durée.

Dans ce nouveau cadre, les liens à maintenir et à développer avec les organismes locaux, en amont et en aval des contrôles, viseront au moins autant à prévenir tout risque d'« isolationnisme » des équipes de contrôle qu'à garantir la sécurisation juridique des réponses apportées aux cotisants et l'efficacité des procédures de mise en recouvrement, engagées suite aux opérations de contrôle. Le renforcement de ces liens apparaît d'autant plus important que parallèlement à la réflexion sur l'adaptation du pilotage du contrôle, il est envisagé de développer très fortement dans le cadre de la prochaine COG les actions de type « rescrit social », menées au plus près de la déclaration et en amont du contrôle sur place.

L'Agence centrale entend donc poursuivre ses actions au cours des prochaines années pour renforcer l'efficacité, la qualité et la pertinence des contrôles d'assiette assurés par les URSSAF.

REPONSE DE L'URSSAF DU LOT ET GARONNE

L'URSSAF d'Agen partage l'analyse de la Cour sur le fait que l'activité de contrôle comptable d'assiette mobilise en moyenne moins de la moitié de l'effectif théorique.

La diversité des missions dévolues au corps de contrôle (lutte contre le travail dissimulé, prévention et sécurité juridique, opérations de communication,...) amène à cette dispersion des ressources au-delà du contrôle proprement dit.

Une réflexion mériterait d'être engagée à l'avenir sur la priorisation des objectifs assignés au corps de contrôle ainsi que sur les ressources nécessaires à leur réalisation. (...)

- Sur le « *taux de contrôles blancs* » : l'URSSAF d'Agen rappelle sa réserve sur l'utilisation de cet indicateur comme révélateur d'une bonne politique de ciblage. Le taux relativement élevé de contrôles blancs de notre organisme s'explique par trois grands facteurs :

- une politique bien ancrée de prévention des risques et de sécurité juridique des cotisants ;

- le taux de rotation des contrôles élevé dans le département, ce qui amène les entreprises du Lot-et-Garonne à voir régulièrement l'URSSAF, et donc à se mettre en conformité sauf cas de récidive patente.

- enfin, les inspecteurs sont invités à faire preuve de tolérance quand les redressements sont de faibles montants par rapport à la taille de l'entreprise.

De manière plus globale, la Cour met en exergue un sujet important à traiter dans notre prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion : la place clairement donnée par la Branche à la prévention et à la sécurité juridique des cotisants, ainsi que le rôle du service contrôle dans cette activité, avec ses incidences sur les indicateurs. Il est difficile d'imaginer maintenir un haut niveau de taux de redressement si l'activité préventive est considérée comme axe fort de développement ! Une réflexion mériterait d'être engagée par ailleurs sur un indicateur mesurant l'efficacité de la politique préventive des URSSAF. L'exemple de l'analyse en amont des contrats d'intéressement est à ce titre très instructif.

L'URSSAF d'Agen partage totalement les réflexions de la Cour sur les évolutions du contrôle, notamment la nécessaire clarification et hiérarchisation des objectifs, l'amélioration du ciblage et des modalités de contrôle, ainsi que l'indispensable amélioration de l'évaluation de l'activité.

Elle est beaucoup plus réservée sur la notion de « *taille critique* » des services de contrôle, qui semble plus reposer sur une affirmation que sur une étude étayée.

Elle rappelle enfin, dans une hypothèse de pilotage régional affirmé, l'importance de bien articuler échelon fonctionnel et échelon territorial. Elle rejoint la Cour dans son souci de ne pas « relancer les tendances traditionnelles du corps des inspecteurs à un certain isolationnisme ». Faire évoluer les corps de contrôle tout en maintenant un ancrage territorial en termes de pilotage est un sujet majeur des années à venir.

Chapitre XI

La durée d'assurance dans le calcul des droits à la retraite

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

La cour note que « deux des trois termes de la formule de calcul des retraites font intervenir la durée d'assurance qui est prise en compte pour l'obtention du taux plein (t) et la détermination du coefficient de proratisation (d/D), mais pas pour le calcul du salaire annuel moyen plafonné (SAM). »

En réalité, la durée de cotisation dans chaque régime n'est pas sans incidence sur le calcul du salaire annuel moyen plafonné (SAM) puisque, celui-ci étant effectué régime par régime, il est nécessairement impacté par la durée de cotisation dans chacun d'eux ; c'est particulièrement vrai lorsque la période cotisée dans un régime est inférieure à 25 ans.

La mesure introduite dans le cadre de la réforme des retraites d'août 2003 et consistant à proratiser la durée de référence pour le calcul du SAM n'a pas permis de remédier totalement à ce problème. Les calculs effectués par la MSA permettent de penser que les polycotisants sont toujours défavorisés par rapport aux salariés n'ayant cotisé qu'à un seul régime, à niveau de salaire et profil de carrières identiques.

Seul un calcul du SAM à partir de la carrière accomplie dans l'ensemble des régimes serait de nature à gommer cet effet qui s'exerce au détriment de l'assuré social.

La Cour s'interroge sur la légitimité de l'existence de règles particulières (en l'occurrence moins favorables) au régime des non salariés agricoles pour la validation de périodes assimilées du fait de la maladie.

Par souci de justice et d'équité avec les autres régimes, la CCMSA a proposé, dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010, que les périodes d'interruption de l'activité non salariée agricole fassent également l'objet d'une validation au titre de la retraite proportionnelle des agriculteurs. On notera que le médiateur de la MSA est intervenu dans ce sens à plusieurs reprises, toutefois sans succès jusqu'ici.

Enfin, la situation des polycotisants doit à notre sens être envisagée sous un aspect supplémentaire à celui évoqué par les rapporteurs. En l'absence de règles de coordination entre les régimes, certains salariés parmi les plus précaires – notamment les travailleurs occasionnels affiliés au régime agricole – sont susceptibles d'être pénalisés par la perte d'un trimestre ou plus. En conséquence, la conclusion de la Cour sur le sujet des polycotisants nous semble à nuancer.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAVTS)

La CNAVTS a pris connaissance avec beaucoup d'intérêt du chapitre du rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale pour 2009 portant sur la durée d'assurance dans le calcul des droits à retraite.

Elle souhaite formuler trois observations :

1- Le manque de lisibilité reproché par la Cour est pour partie lié au dispositif de validation des trimestres

La CNAVTS croit utile de rappeler que la durée d'assurance n'est pas une durée calendaire « travaillée ». Reposant sur un principe contributif dont la Cour rappelle à juste titre qu'il est l'un des éléments fondateurs du système de 1945, la durée d'assurance est fonction d'un montant de revenus d'activité professionnelle sous plafond soumis à cotisations. La règle des 200 heures de SMIC permet ainsi de valider un trimestre ou une année à partir d'un niveau de revenu limité, correspondant à une activité à temps très partiel, ou pour une période réelle de travail qui peut être ainsi très nettement inférieure à un trimestre ou à une année. Cette possibilité de distorsion entre la période travaillée et la période cotisée engendre de manière inévitable des incompréhensions. Les assurés peuvent se voir valider un trimestre pour une période très ponctuelle de travail, dont ils n'avaient pas nécessairement conscience qu'elle allait leur ouvrir des droits, comme ils peuvent se rendre compte en sens inverse des effets ravageurs d'une absence de déclaration par l'employeur ou, pour des commerçants, de revenus insuffisants pour valider 4 trimestres, alors même qu'ils ont bien travaillé toute l'année considérée.

Pour autant, au-delà de ces limites, il est difficile d'imaginer comment notre système pourrait faire coïncider exactement durée cotisée et durée travaillée. La Cour fait d'ailleurs observer que le dispositif de l'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui tend justement à prendre en compte des périodes de durée calendaire pour le seul régime des indépendants, est particulièrement dérogatoire et appelle, s'il devait être étendu aux autres régimes, « les plus sérieuses réserves ».

Enfin, la durée de travail est une notion qui tend à devenir de moins en moins homogène avec le développement du temps partiel, des heures supplémentaires, des missions, des contrats pour cadre au forfait. Les interruptions et reprises d'activité, ainsi que les changements de régime, sont

plus fréquents. Le lien établi entre la rémunération ou les revenus perçus et la validation de trimestres reste ainsi pertinent.

2- La durée d'assurance fait jouer des mécanismes de solidarité implicite et explicite

La Cour montre fort justement que la règle des 200 heures de SMIC est en elle-même un mécanisme « discret, mais essentiel » de solidarité. Par ailleurs, aux périodes cotisées s'ajoutent des périodes assimilées venant essentiellement compenser l'interruption d'activité et des trimestres additionnels en contrepartie d'un versement ou à titre gratuit, ce qui constitue des mécanismes de solidarité explicite.

La durée d'assurance constitue toujours le principal moyen de faire jouer des mécanismes de solidarité au profit d'assurés devant faire face à des aléas de carrière. Cette diversification des mécanismes de validation de durée d'assurance –diversification ayant inévitablement pour conséquence une complication- permet ainsi de répondre à la grande variété de situations que peuvent rencontrer les assurés du régime général au cours de leur carrière professionnelle.

3- La contrepartie de la « complication » du système est le droit à l'information

En visant notamment à donner plus de liberté et de souplesse de choix aux futurs retraités, ce qui correspond à son exposé des motifs, la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a enrichi la notion de durée d'assurance en instituant de nouveaux dispositifs tels que la surcote, la retraite anticipée et les versements pour la retraite.

La Cour considère que la complexité croissante [du système] « va surtout à l'encontre de la capacité des assurés à procéder à des arbitrages individuels en termes de durée d'assurance, dans un contexte où le législateur avait pourtant entendu adapter le système de retraite aux contraintes et préférences de chacun ». La CNAVTS souhaite rappeler que la contrepartie de la « complication » du système est la reconnaissance par la loi de 2003 d'un droit à l'information qui constitue une véritable révolution. Grâce à la mise en place du groupement d'intérêt public, le Gip Info Retraite, qui rassemble 36 régimes de retraite de base et complémentaire, l'envoi d'un relevé individuel de situation et d'une estimation indicative globale doit permettre à chacun de mieux comprendre les caractéristiques de son ou de ses régimes de retraite et en particulier les conditions de constitution de la durée d'assurance.

Dans un contexte marqué par de nouvelles attentes des assurés, la CNAVTS s'est fortement mobilisée dans le cadre du Gip Info Retraite pour mettre en œuvre cet élément essentiel de la réforme de 2003.

REPONSE DU COMITE D'ORIENTATION DES RETRAITES (COR)

L'analyse de la Cour sur la complexité et la diversité des règles de rachat ou de complétion de carrière rejoint et approfondit les réflexions menées au sein du COR. En particulier nous avons souligné l'hétérogénéité des barèmes, l'impact des VPLR sur les retraites complémentaires de salariés et, de ce fait notamment, l'avantage que les VLPR procurent aux cadres. Nous avons également souligné d'autres caractéristiques, comme le fait que la rentabilité des VPLR dépend de la situation familiale, de l'âge au moment du versement, et qu'elle décroît avec l'âge de liquidation des droits, le barème étant calibré pour une liquidation à 60 ans. Au total, la recommandation d'harmoniser les barèmes des différents dispositifs de rachat ou de complétion de carrière en référence à un barème réputé actuariellement neutre (recommandation n°4 en fin de chapitre) rejoint le point de vue exprimé dans la note de présentation générale de la séance du COR du 23 janvier 2008.

Plus généralement, le COR est très sensible à la question de la lisibilité du système de retraite et de l'information aux assurés. Aussi nous approuvons l'analyse de la complexité des règles dérivant de la loi de 2003 instaurant plusieurs notions de durée cotisée, et nous partageons le souci de la Cour de définir une notion harmonisée et unique de durée cotisée.

Chapitre XII

La prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour la retraite

REPONSE DU CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES (COR)

Comme vous le notez, des écarts importants de pension entre hommes et femmes subsisteront à l'avenir, car les carrières féminines se caractérisent à la fois par des durées d'activité plus courtes et par des niveaux de rémunérations inférieurs. Les enfants ont un impact sur les carrières de leurs mères en termes de durée (interruptions d'activité) et en termes de salaires (impact des naissances et/ou des interruptions d'activité sur les trajectoires salariales). La MDA et l'AVPF peuvent compenser l'impact sur les durées, mais pas celui sur les salaires. Votre projet de rapport, comme son titre l'indique (« la prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour la retraite »), étudie la compensation en termes de durée, mais il n'aborde pas la question d'une éventuelle compensation des écarts de rémunération. Une telle compensation a été discutée dans le cadre des travaux du COR et aurait pu être évoquée. A défaut, il serait utile d'explicitier plus clairement le champ retenu, qui se limite aux dispositifs de durée. S'il est exact que la MDA réussit assez bien en moyenne à compenser l'impact de la présence des enfants sur les durées d'assurance validées par les hommes et les femmes, la

MDA ne compense pas en revanche l'impact global sur les carrières féminines.

S'agissant des principes susceptibles de guider une réforme, les deux premiers objectifs avancés par la Cour (« simplifier et remettre de la cohérence... » et « favoriser l'emploi des femmes et donc la conciliation entre activités familiales et professionnelles ») rejoignent ceux affichés par le COR. Concernant le troisième objectif (« maîtriser la croissance inévitable des dépenses de retraite [...] en accroissant la contributivité des prestations »), le COR n'a pu trancher dans la mesure où la question de l'enveloppe qu'il conviendrait d'allouer aux droits familiaux renvoie à un débat plus général sur les priorités de la dépense publique dans son ensemble. C'est la raison pour laquelle le COR a examiné dans son rapport les effets de modifications des droits à enveloppe budgétaire constante.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAVTS)

- *Sur la réduction de la durée de la MDA* : la CNAVTS estime utile de rappeler que la réforme de la MDA dans la fonction publique est fondée sur la stabilité du statut et de l'emploi des fonctionnaires. Une femme fonctionnaire qui se retire momentanément de l'activité garde son statut de fonctionnaire et bénéficiera de trimestres MDA au titre de l'interruption d'activité, même si elle n'est pas en poste avant la naissance.

Ce n'est pas le cas d'une salariée du secteur privé. La sortie de l'emploi, l'absence d'un contrat de travail au moment de la naissance de l'enfant entraînerait la perte de MDA au titre de l'interruption / réduction de l'activité. Ainsi la transposition au secteur privé de la réforme de la MDA appliquée dans la fonction publique nécessite d'examiner plusieurs hypothèses ainsi que des adaptations intégrant les aléas de carrière des salariées.

Par ailleurs, il convient de veiller à assurer l'égalité de traitement entre employés du secteur public et ceux du secteur privé, principe qui donne lieu à une attention particulière de la part des instances européennes.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

- *Sur l'appréciation relative au déséquilibre entre les cotisations versées par la CNAF et les prestations versées par la CNAVTS* : la Cour note qu'il y a aujourd'hui un fort déséquilibre entre les cotisations versées par la CNAF et le coût actuel de ce dispositif pour la CNAVTS. Elle souligne cependant que l'on ne peut en conclure que le niveau des cotisations versées serait trop élevé.

L'AVPF, qui peut être qualifié de dispositif encore en phase de « montée en charge », suppose nécessairement un décalage dans le temps

entre des recettes perçues dans un premier temps et le décaissement des dépenses en regard, plusieurs décennies plus tard. La constitution de provisions durant cette période aurait pu se justifier, en particulier dans la perspective de la résorption du différentiel entre les cotisations versées par la CNAF et les prestations payées par la CNAVTS à l'horizon 2020.

Le recours à quelques cas types, comme évoqués par la Cour, ne suffit pas à démontrer que le cumul actualisé de surplus de pension lié à l'AVPF est supérieur aux cotisations versées par la CNAF. Comme le relève d'ailleurs la Cour dans son rapport spécifique sur l'AVPF en 2008, le calcul de la pension liée à l'AVPF est complexe et nécessite de s'appuyer sur des hypothèses robustes quant au comportement qu'aurait adopté l'assuré, en l'absence de ce dispositif. Les cas-types réalisés, destinés à faire le bilan actuariel des cotisations AVPF et du surplus de pension lié à l'AVPF, présentent des faiblesses pour l'analyse. D'abord, il semble utile de rappeler dans les cas précis l'effet générationnel d'une part (générations nées en 1940 ou en 1945) et l'effet féminin d'autre part, qui conduisent à des taux de rendement internes assez élevés, supérieurs à des taux d'actualisation de l'ordre de 2 ou 3%. Ensuite, il convient de souligner que le taux de décote prévalant en 2005, date retenue pour les cas-types, était loin d'assurer la neutralité actuarielle (cela devrait être le cas en faisant passer progressivement le taux annuel de 10% en 2004 à 5% en 2015). Ceci a mécaniquement pour effet de "gonfler" la mesure du surplus de pension au titre de l'AVPF, les cotisations AVPF jouant ici le rôle de cotisations utiles pour permettre de liquider une retraite à taux plein, a contrario (ie en l'absence de cotisations AVPF et à comportements inchangés) la forte décote est appliquée.

- Sur les mesures techniques envisagées par la Cour

° clarifier la situation des fonctionnaires au regard de l'AVPF : il semble justifié de conditionner l'affiliation à l'AVPF à la non affiliation simultanée à l'assurance retraite au titre des règles spécifiques de préservation des droits à retraite propres aux fonctionnaires. Si une telle décision était prise par les pouvoirs publics, il conviendrait alors d'envisager de quelle façon les CAF pourraient être informées du bénéfice par l'allocataire ou son conjoint du dispositif de préservation des droits à retraite des fonctionnaires, durant ses périodes d'interruption d'activité pour élever un enfant. Il reste que la question des fonctionnaires ne peut pas être traitée de façon isolée. Il serait en effet discriminatoire d'exclure uniquement ce type de double affiliation tout en laissant par ailleurs perdurer des situations d'affiliation à l'AVPF de personnes en activité.

° ne pas permettre l'affiliation à l'AVPF des personnes ayant déjà liquidé une pension : en pratique, ce serait l'instauration d'une limite d'âge pour bénéficier de l'affiliation, qui semble la modalité la plus facilement réalisable pour la CNAF. L'information des CAF sur la liquidation de la pension ne serait en effet pas systématiquement immédiate. En outre, cette

solution risque de poser des difficultés pour les personnes ayant liquidé leur pension au titre d'un régime mais pas d'un autre.

◦ harmoniser les plafonds de ressources et lisser les effets de seuils : s'il était envisagé d'appliquer le plafond du complément familial pour tous, cela aurait pour conséquence de faire entrer dans le champ de l'AVPF davantage de :

- personnes isolées bénéficiaires de l'allocation de base de la PAJE (120 000 personnes isolées bénéficiaient de cette prestation au 31 décembre 2006 ; parmi ces 120 000 personnes, la plupart bénéficient déjà de l'AVPF au titre du plafond ARS. Parmi ces 120 000 personnes, les bénéficiaires supplémentaires seraient donc les personnes ayant des ressources comprises entre le plafond de l'ARS et le plafond du CF) ;
- de personnes isolées bénéficiaires du CLCA (31 000 personnes isolées bénéficiaient du CLCA au 31 décembre 2006) ;
- de personnes isolées bénéficiaires de l'AJPP (le nombre de personnes isolées bénéficiaires de l'AJPP, sans tenir compte d'une condition de ressources, est estimé à 680 au 31 décembre 2006) ;
- de personnes isolées bénéficiaires du CF (au 31 décembre 2006, 191 000 personnes isolées percevaient le CF. Parmi ces 191 000 personnes, 172 000 percevaient également l'ARS. Nous pouvons donc estimer qu'au maximum, 19 000 personnes supplémentaires bénéficieraient de l'AVPF par rapport à aujourd'hui) ;
- de couples bénéficiaires de l'allocation de base de la PAJE, ayant des ressources supérieures au plafond de l'Ars et inférieures au plafond du complément familial

Hormis le nombre de bénéficiaires de l'allocation de base qui est relativement important, le nombre de personnes isolées bénéficiaires du CLCA, du CF ou de l'AJPP est relativement faible. Le surcoût semble donc dans l'ensemble assez limité et pourrait vraisemblablement être compensé par les économies réalisées par la disparition des doubles affiliations, coûteuses pour la branche Famille.

S'agissant de la suppression de la condition de ressources pour les prestations déjà sous condition de ressources, la CNAF observe que d'ores et déjà, la mention à l'article D. 381-2 du Code de la sécurité sociale du plafond de ressources du complément familial pour l'affiliation des membres d'un ménage bénéficiaire du complément familial est inutile. Si la piste d'une harmonisation du plafond de ressources sur le plafond complément familial était retenue, toute mention d'une condition de ressources pourrait être supprimée pour l'affiliation au titre du complément familial. L'affiliation au titre de l'allocation de base de la PAJE, sur la seule condition de ressources propres à l'allocation de base, serait également une piste intéressante à

envisager, sous réserve de renforcer par ailleurs l'effectivité de la condition d'inactivité professionnelle. Le coût de cette mesure reste toutefois à évaluer.

- *Sur les pistes de réforme* : au sujet des pistes rapidement évoquées par la Cour, la CNAF partage l'opinion selon laquelle il est désormais utile de réexaminer la pertinence et la cohérence des trois dispositifs relatifs aux droits familiaux pour les retraites, plusieurs décennies après leurs conceptions, alors que les comportements ont évolué (développement de l'activité féminine, instabilité des structures familiales...) et qu'une grande part de ceux-ci est financée désormais par la branche Famille de la sécurité sociale. On ne peut guère faire l'économie à cette occasion d'une réflexion plus ambitieuse sur l'évolution de notre système de protection sociale, dans un sens plus favorable à l'emploi. Faut-il encourager la bi-activité, les carrières complètes grâce à un soutien actif à l'articulation de la vie professionnelle avec la vie familiale, ou à défaut, chercher à compenser ex-post, au moment de la retraite, les personnes qui n'auraient pas effectué de carrières complètes, le cas échéant avec de longues périodes d'inactivité?

Dans le cadre de cette réflexion, il serait intéressant, comme le propose le conseil d'orientation des retraites, d'explorer des voies de fusion des dispositifs du type majoration de durée d'assurance et AVPF et de conditionner l'ouverture du droit d'un nouveau dispositif à une interruption d'activité, qui soit limitée dans le temps. Il pourrait être pertinent de s'interroger sur l'opportunité de supprimer toute condition de ressources spécifique à l'AVPF, compte tenu du caractère décalé de l'ouverture des droits et de son bénéfice effectif, de même que la condition de bénéfice d'une prestation familiale pour l'affiliation à l'AVPF. En effet, si l'objectif premier vise à compenser des périodes d'interruption professionnelle, le lien avec des prestations familiales ne va pas de soi.

Chapitre XIII

L'accueil et l'accompagnement des usagers dans la branche famille

REponse de la CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

- *Sur les contacts fréquents entre usagers et CAF* : concernant l'accueil et l'accompagnement des allocataires au sein de la branche famille, le rapport souligne que la Cnaf « ne dispose pas d'éléments successibles d'expliquer les différences observées entre CAF » sur les caractéristiques des allocataires, l'accessibilité des lieux, etc. Ces éléments font cependant, en application des contrats pluriannuels de gestion des CAF au travers des diagnostics territoriaux, partie intégrante des critères d'évaluation des CAF.

La Cour indique par ailleurs que les motifs de contacts ne sont pas systématiquement enregistrés pour les visites et les appels téléphoniques. En effet jusqu'à présent le motif de visite, en situation d'accueil, n'a pas été rendu obligatoire dans l'ensemble des CAF. Cependant, à l'occasion de la mise en place du RSA, cette démarche a été initiée, permettant de mentionner automatiquement, quand c'est le cas, le motif RSA pour tous les contacts s'y rapportant.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la démarche « ABC/M »⁴⁵⁶, inscrite à la COG sur la période 2009-2012, comporte comme pré requis l'alimentation systématique du motif de contact dans les applicatifs afin de pouvoir disposer d'information plus précise sur les contacts par type de prestation.

Enfin, certaines CAF réalisent des études sur ces thèmes particuliers, et en transmettent fréquemment les résultats à la Cnaf.

- Sur l'accueil physique, téléphonique et le traitement des dossiers

Dans son rapport la Cour juge l'objectif relatif au temps d'attente à 20 minutes « peu ambitieux » compte tenu du fait qu'il « était déjà atteint en moyenne dans la branche dès 2005 ».

L'objectif de la COG 2005-2008 était essentiellement de réaliser des progrès significatifs dans la qualité du service rendu aux allocataires.

Il est à noter cependant que, bien qu'ayant progressé depuis 2004, la part des temps d'attente inférieurs à 20 minutes a diminué à partir de 2007 en raison d'un certain nombre de tensions intervenues sur l'écoulement de la charge de travail. L'objectif de temps d'attente inférieur ou égal à 20 minutes n'a ainsi pu être atteint dans certaines caisses qu'avec la mise en place de mesures spécifiques pour maintenir une offre de service satisfaisante pour les allocataires.

Par ailleurs, si cet objectif et l'indicateur qui lui est associé ont constitué un puissant levier dans l'amélioration de l'accueil, le temps d'attente ne constitue pas la seule composante de la qualité de l'accueil. Il suppose aussi une bonne qualité de réponse à la demande. Les études de satisfaction menées en 2004 et 2007 auprès d'un échantillon montre une bonne appréciation du public allocataire sur la qualité de l'accueil.

Au cours de la COG 2005-2008, la CNAF s'était engagé dans le cadre de son plan d'action institutionnel, à travailler sur la thématique des contestations des allocataires.

Il est prévu dans le cadre de la COG 2009-2012 de disposer d'indicateurs en la matière. Néanmoins dès 2007, la question des

456 Activity Based Costing /Management

réclamations était prise en compte pour l'évaluation des dirigeants des organismes.

- Sur l'administration électronique

Les perspectives de développement de l'administration électronique dans la COG 2005-2008 sont décrites dans les articles 6 et 16-6 de cette COG.

La mise en œuvre du programme de développement des téléprocédures était liée, dans ces deux articles, à l'approbation par l'Etat d'un programme d'allègement des formalités administratives fondé notamment sur l'abandon du recueil de pièces justificatives au profit de la collecte de données directement auprès des autorités émettrices.

Le développement de téléprocédures, définies comme des processus de traitement des données totalement dématérialisées, suppose en effet la réunion de deux conditions simultanées :

- l'abandon du recueil de tout support papier qui interromprait ce processus dématérialisé,

- la mise en œuvre par le système d'information de processus d'utilisation directe des données saisies par le demandeur soit en liquidation automatique, soit par mise à disposition sur le poste de travail du technicien.

La Cnaf a, conformément à ses engagements, proposé ce programme d'allègement des formalités à l'Etat en mai 2007.

L'examen par l'Etat des propositions de la Cnaf a débuté en novembre 2008 et est toujours en cours.

L'Etat a, en mars 2009, autorisé la suppression de la production des relevés d'identité bancaire avec, en contrepartie, la vérification des coordonnées bancaires au FICOBA. Le projet entre donc actuellement en phase de mise en œuvre opérationnelle avec la DGFIP dans le cadre d'une expérimentation.

Le développement des téléprocédures a donc, de fait pendant la période 2005-2008, été limité au seul périmètre de processus totalement déclaratifs.

La mise en œuvre de la réforme ressources en 2008 diminue très fortement le nombre de déclarations de ressources à collecter directement auprès des allocataires, sans les supprimer totalement. La télédéclaration de ressources sur le www.caf.fr est donc restée ouverte et a permis de recueillir 500.000 déclarations (soit à nouveau, 35 % des déclarations de ressources encore nécessaires). Un nouveau mode d'acquisition de données dématérialisées a été expérimenté, en utilisant un serveur vocal interactif.

La Cnaf s'est également engagée à conduire cette démarche d'allègement et de dématérialisation à l'occasion de la création de toute nouvelle prestation.

Elle s'y emploie depuis 2008 dans le cadre de la préparation de la mise en œuvre du RSA. Celle-ci doit être accompagnée, notamment, d'une offre de service dématérialisée pour les bénéficiaires du RSA (module d'éligibilité, demande en ligne et télédéclaration des ressources trimestrielles sur le www.caf.fr et par serveur vocal pour les déclarations trimestrielles de ressources).

Il est également prévu qu'un Extranet mette à disposition des partenaires (conseils généraux, organismes instructeurs) les modules de gestion du premier contact, d'instruction et d'orientation, regroupés sous le terme générique @RSA, utilisés par les techniciens des CAF.

- Sur les aides financières individuelles

(Les observations de la Cour) rejoignent les orientations contenues dans la convention d'objectifs et de gestion signée entre la Cnaf et l'Etat 2009-2012 qui prévoit explicitement « d'améliorer la lisibilité des aides financières individuelles ». Elle précise que « les aides financières individuelles aux familles dont l'adaptation était déjà prévue dans la Cog 2005-2008 n'ont pas vocation à solvabiliser de manière systématique et pérenne les familles. Elles prennent en compte la complémentarité et la coordination avec les autres partenaires. Le conseil d'administration de la Cnaf définit des orientations nationales en matière d'aides financières individuelles en ayant pour objectif de renforcer leur lisibilité. Celles-ci, définies par les conseils d'administration des CAF, sont néanmoins adaptées à la diversité des contextes locaux ».

- Sur le travail social

La Cour observe que, afin de préciser les missions de travailleurs sociaux, la « Branche envisage de définir un socle commun national » mais la Cour observe aussi que plusieurs questions relatives à la mise en œuvre de ce socle ne sont pas encore tranchées : latitude laissée aux CAF pour la mise en œuvre, modalités de suivi, moyens humains. L'insuffisance des outils de pilotage et de suivi des travailleurs sociaux est par ailleurs relevée.

Le travail social doit faire l'objet d'approfondissements dans le cadre de la Cog 2009-2012. Ils porteront sur l'établissement d'un « référentiel métiers » dont l'objectif est d'identifier les actions qui doivent être menées par les CAF, eu égard au champ d'action couvert par les professionnels de l'action sociale relevant des collectivités territoriales ; la diffusion d'une circulaire d'orientation nationale, complétée de fiches techniques déclinant les offres de service des CAF et prévoyant des indicateurs de suivi et d'évaluation.

- Sur les relations avec les collectivités territoriales

La Cour constate que les champs d'intervention entre les CAF et les autres acteurs sociaux se recoupent (Afi et travail social) et que les partenariats sont insuffisamment développés sur les territoires.

Au regard de ce constat, il convient de rappeler que la Branche famille poursuivra, dans le cadre de la Cog 2009-2012, le développement des démarches contractuelles, et notamment de la convention territoriale globale de service aux familles. Celle-ci constitue un nouveau cadre pour coordonner l'action des acteurs sociaux et pour mieux définir les responsabilités des acteurs aux niveaux départemental et local.

- Sur l'aide au domicile des familles et la prestation de service

La prestation de service représente 30 % du prix plafond, la CAF finance le pourcentage restant, déduction faite de la participation des familles. La complémentarité des financements par la prestation de service et par la dotation d'action sociale des CAF a été instaurée en 1970 et n'a, depuis, jamais été remise en cause au sein de la Branche.

Afin que le financement des CAF ne soit pas accordé au-delà du prix plafond, celui-ci a été revalorisé de façon à prendre en considération les niveaux de charges salariales actuels. Le prix plafond afférent à la fonction de niveau 1 a été porté de 25 441 € à 28 055 € au 1er janvier 2009. Le prix plafond de la fonction niveau 2 a été augmenté dans les limites de la revalorisation applicable à toutes les prestations de service (de 42 238 € à 43 412 €).

REPONSE DE LA CAF DE MEURTHE ET MOSELLE

- Sur le contenu du magazine « Vies de famille »

La Cour estime que le contenu de la revue est assez éloigné des missions des CAF. (...)

Les missions dévolues à la Branche Famille sont définies par la Convention d'objectifs et de gestion signée en 2009 par l'Etat et la Cnaf (aider les familles à concilier vie professionnelle, vie familiale et vie sociale ; soutenir la fonction parentale et faciliter les relations parents- enfants ; accompagner les familles dans leurs relations avec l'environnement et le cadre de vie ; créer les conditions favorables à l'autonomie, à l'insertion sociale et au retour à l'emploi des personnes et des familles).

Il est tout à fait clair dans le texte de la COG que la mission des CAF ne se limite pas au versement de prestations et au financement de structures mais est complétée par des actions d'information et d'accompagnement.

C'est donc bien dans le respect des missions de la Branche Famille que sont rédigés des articles consacrés à la santé, l'emploi, les loisirs et l'éducation. (...)

Chapitre XIV

Aspects de la gestion des personnels du régime général

REPONSE DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE SECURITE SOCIALE (UCANSS)

Je ne peux que partager les éléments du diagnostic dressé par la Cour aussi bien sur la classification des emplois et la politique de rémunération que sur l'adaptation des métiers et des compétences. Ils correspondent en effet pour la plupart aux constats que nous avons établis dans le cadre des travaux de réflexion sur l'élaboration de la Convention d'Objectifs et de Gestion 2009-2012 Etat-UCANSS et les engagements inscrits doivent répondre à ces faiblesses. Cette convention a été adoptée par le Conseil d'orientation le 23 avril dernier après un avis favorable du Comité exécutif.

Sur la première partie de l'extrait consacrée à l'accord du 30 novembre 2004 et plus particulièrement à sa négociation, je vous précise que c'est le Comité exécutif qui fixe le mandat de négociation donné au directeur de l'UCANSS et qu'en conséquence seul le Conseil d'orientation était effectivement favorable à une refonte d'ensemble de la classification de 1992.

S'agissant des conditions de la mise en œuvre de l'accord, la déficience du pilotage interbranche soulignée par la Cour s'explique, en grande partie, par l'absence de visibilité budgétaire de chaque caisse nationale liée à la signature tardive de leur COG. Il convient cependant de préciser que suite au bilan de la mise en œuvre de l'accord de 2004 et notamment à l'application hétérogène entre les branches en 2008, l'UCANSS a travaillé sur un tableau de bord de pilotage du GVT qu'elle fournit désormais trimestriellement au Comex et adresse à chaque caisse nationale avec les données relatives à son réseau. Ces éléments, examinés en séance, ont également vocation à réguler l'interbranche. De plus, s'agissant de la politique de rémunération de l'année 2009, le Comex a travaillé sur un cadrage interbranche qui a donné lieu à la rédaction d'une lettre commune aux organismes formalisant l'engagement de la fédération sur un taux de GVT moyen interbranche.

En ce qui concerne les observations de la Cour sur l'implication limitée de l'UCANSS dans une démarche GPEC interbranche, je souhaite vous informer qu'un des objectifs de la COG de l'UCANSS est de proposer à destination des caisses nationales des recommandations en s'appuyant sur le diagnostic élaboré dans le cadre du rapport sur l'emploi mis en perspective avec les études prospectives menées par la CPNEFP et l'approche par bassin d'emplois que l'UCANSS entend développer.

L'UCANSS a également mis en place une structure appelée Commission de la Formation Professionnelle qui associe les caisses nationales et dont le rôle principal est de proposer une politique de formation institutionnelle à partir des socles de compétence communs aux différentes branches. Un premier tronc commun a d'ores et déjà été identifié sur le métier de technicien à travers les compétences communes sollicitées pour la relation de service.

Enfin, l'optimisation des fonds importants dédiés à la formation professionnelle est également un objectif fixé pour la période conventionnelle. Ainsi, l'Observatoire de l'achat a lancé en 2009 une étude destinée à étudier l'opportunité d'une mutualisation nationale voire inter régimes.

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

- Sur les outils interbranches et les référentiels d'emplois

Les outils interbranches cités (*répertoire des métiers, nomenclature des emplois, dictionnaire des compétences*) n'ont pas surtout été utilisés à des fins de remontées statistiques si on considère l'ensemble des organismes. Ils ont permis, notamment le Répertoire des Métiers, de repenser la logique de définition des métiers de l'Institution, non plus en fonction de la technicité requise, mais en fonction de leur finalité vis-à-vis des « clients » de l'activité du métier. Cela a permis de renforcer la dimension relation de service aux « clients » qui était devenue une tendance lourde de transformation des organisations et des métiers à la Sécurité sociale. Par ailleurs, Répertoire des Métiers et nomenclature des emplois ont eu des vertus pédagogiques non négligeables au niveau des caisses locales en matière de gestion des emplois et d'élaboration des référentiels locaux.

En ce qui concerne la branche famille, de nombreux organismes ont élaboré leurs référentiels en s'inspirant, sur le fond et la forme, des fiches métiers contenues dans le répertoire national. Par ailleurs, la Cnaf a mis en œuvre une hot line pour aider les CAF à codifier leurs emplois selon la nomenclature et, à cette occasion, a conseillé les organismes sur la manière de structurer leurs emplois dans le respect de la réglementation sociale. (...)

- Sur la mise en œuvre de l'accord de 2004

La Cnaf a élaboré et diffusé, en mai 2005, un guide de mise en œuvre spécifique à son réseau, qu'elle a d'ailleurs communiqué parallèlement aux autres caisses nationales et à l'UCANSS pour information. Ce guide apportait de la méthode et des préconisations aux organismes de la branche famille dans quatre domaines : la structuration des emplois de l'organisme, l'élaboration des référentiels d'emplois et de compétences locaux (...), la mise en œuvre des EAEA et l'élaboration d'une politique de rémunération locale.

En juin 2005, la diffusion de ce guide a été renforcée par l'animation, par la Cnaf, de huit séminaires régionaux associant l'ensemble des directeurs et responsables RH de la branche, au cours desquels des ateliers pratiques ont été organisés.

- Sur les excédents de crédits de personnel

La COG 2005 / 2008 de la branche famille a été signée en août 2005. Or les évolutions législatives concernant les retraites intervenues depuis 2003 (dispositifs de départ anticipé avant 60 ans pour les carrières longues et prévision de renégociation des dispositifs relatifs aux retraites complémentaires au-delà de 2008) ont incité certains personnels à partir plus tôt que les prévisions ne l'avaient envisagé (elles étaient jusque là basées sur un départ à 60 ans). Encore aujourd'hui, il est très difficile de prévoir plus précisément les départs en retraite, car les comportements des salariés à cet égard sont très différents et dépendent de l'état d'avancement de leur carrière et de leur situation familiale.

- Sur la mesure de GVT supplémentaire accordée en 2008

La lettre circulaire du 28 avril 2008 par laquelle la Cnaf a annoncé et explicité cette mesure, précisait bien les règles conventionnelles, issues de l'accord de 2004, qui permettaient d'accorder un parcours professionnel (changement de niveau de qualification) ou des points de compétences (progression dans la plage salariale de son niveau d'emploi).

Par ailleurs, elle ne préconisait pas l'utilisation de ce GVT supplémentaire uniquement sous la forme de changements de niveaux de 3 à 4.

En principe, selon leurs déclarations, les caisses locales (qui devaient faire valider leurs modalités d'utilisation de ce GVT supplémentaire par la Cnaf pour obtenir l'approbation de leur budget rectificatif 2008) ont justifié les promotions de certains agents, du niveau 3 au niveau 4, par le fait que ces agents exerçaient des activités et responsabilités supplémentaires par rapport à leurs collègues maintenus au niveau 3. Cela a été acté dans un référentiel d'emploi différent, précisant bien la nature des activités supplémentaires exercées et les compétences requises pour ce faire.

Par ailleurs, le GVT supplémentaire a également été utilisé sous la forme de points de compétences, selon les dispositions de l'accord de 2004.

- Sur les critères d'accroissement des compétences

Dans la branche famille, la majorité des organismes utilisent ces six critères, tant dans la partie « accroissement des compétences attendu » de leurs référentiels d'emplois locaux, que dans leurs supports d'évaluation annuelle et d'accompagnement (EAEA).

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

Je souhaite tout d'abord formuler deux observations quant à la mise en œuvre de l'accord de 2004. D'une part, la CNAMTS a souhaité, tout en diffusant des éléments de cadrage à son réseau, lui donner de réelles marges de manœuvre dans la mise en œuvre de l'accord. Il a en effet la caractéristique d'être composé d'organismes de taille et de caractéristiques très diverses. D'autre part, la prudence des directeurs du réseau lors de la renégociation de la COG peut difficilement leur être reprochée, compte tenu des efforts de productivité qui étaient alors prévisibles. La Cour a par ailleurs salué, dans le chapitre concerné aux réseaux d'alerte, les gains de productivité et l'amélioration de la gestion réalisés par le réseau de la branche maladie

Par ailleurs, les marges de gestion dégagées par les départs en retraite n'ont pas été utilisées au-delà des remplacements prévus par la COG, à savoir un taux de remplacement de 60%. L'amélioration continue de la gestion participe en effet de la responsabilité exercée par la branche dans un contexte encore marqué par le déficit.

Enfin, je soulignerai que la mesure accordée en 2008 a permis de financer le rachat des jours de RTT (mesure issue de la loi TEPA) et de permettre une meilleure gestion des parcours pour les nouveaux métiers de la branche maladie, dans le cadre de sa mission de gestion du risque (délégues de l'Assurance Maladie).

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

L'Agence centrale souhaite tempérer ou modifier plusieurs analyses développées par la haute juridiction à partir des remarques techniques qu'elle a été amenée à formuler dans le cadre de la procédure de contradiction. Elle partage les propositions de la Haute Juridiction tendant à renforcer la démarche de gestion des ressources humaines au sein de l'Institution. Dans ce cadre, elle a été amenée chaque année depuis 2008 à présenter des orientations de politique de gestion des ressources humaines au réseau. Elle entend pleinement participer aux relations avec l'UCANSS et souhaite prochainement signer la convention ACOSS-UCANSS issue de la Convention d'objectifs Etat-UCANSS.

*REPONSE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CAF) DES
HAUTS DE SEINE*

Il ne nous paraît pas exact de considérer que ce nouveau référentiel ait permis un passage au niveau 4 de manière aisée et peu exigeante. Au contraire, (...) nous avons souhaité ouvrir un véritable parcours professionnel aux techniciens-conseil de la CAF des Hauts-de-Seine.

Il s'agit bien d'un nouveau parcours professionnel car :

- il est demandé aux techniciens-conseil, outre le traitement des dossiers, la réponse téléphonique et l'accueil physique, des activités nouvelles. Ces dernières concernent le tutorat des nouveaux techniciens mais aussi l'accueil sur rendez-vous - il s'agit en l'occurrence de l'instruction des dossiers de RSA – le traitement des créances, le traitement des réclamations, etc.,

- le nouveau référentiel prévoit les compétences nouvelles à acquérir ou confirmer ainsi que les évolutions attendues, traçant ainsi le cadre des pas de compétence à venir,

- le dispositif est accompagné des formations et/ou de la mise en place des procédures permettant le développement des nouvelles compétences.

Chapitre XV

Le régime de sécurité sociale dans les mines

REPONSE DE LA CAISSE AUTONOME NATIONALE DE SECURITE SOCIALE DANS LES MINES (CANSSM)

La Cour décrit avec exactitude les caractéristiques démographiques et financières du régime minier ainsi que la réforme qu'en 2004, le régime s'est lui-même appliquée de façon à assurer sa pérennité par une ouverture de ses nombreuses structures d'offre de santé, jusqu'ici réservées aux seuls mineurs, à l'ensemble de la population.

La Cour a bien noté la réorganisation du réseau des caisses locales du régime minier intervenue en 2007 et par laquelle sept caisses régionales se sont substituées à 22 organismes locaux (sociétés de secours minières et unions régionales). La Cour estime cependant qu'une telle organisation administrative paraît dépassée et que des fusions de CARMI, plus particulièrement des cinq plus petites, devraient être envisagées- Il faut souligner l'importance des mutations d'ores et déjà rendues nécessaires par la création des sept CARMI, certaines de ces évolutions n'étant pas encore totalement parvenues à terme en 2009. Pour autant, le régime est parfaitement conscient de la nécessité des réorganisations à venir, compte tenu de l'évolution démographique inéluctable qui conditionne une partie des activités des caisses locales, notamment la gestion de l'activité d'assurance maladie.

La Cour indique que la CANSSM ne dispose pas des moyens humains lui permettant de jouer son rôle de tête de réseau. (...) Il convient de souligner que la CANSSM a connu une vaste réorganisation en 2008 dessinée à rendre son organisation et son fonctionnement mieux adaptés au pilotage du réseau dans son évolution croissante vers la gestion de l'offre de santé. (...). L'accent a été mis, dans toute la mesure du possible, sur la valorisation des compétences internes à la CANSSM ou, plus largement au réseau, mais sans

exclure des recrutements externes lorsque les profils adaptés n'existaient pas en interne. (...). C'est ainsi qu'ont pu être recrutés entre le 1^{er} septembre 2008 et aujourd'hui 24 personnes dont 14 cadres, notamment des spécialistes du contrôle de gestion, des ressources humaines, des marchés, de la communication, de l'audit comptable, faisant ainsi passer le pourcentage des cadres et cadres supérieurs de 38 à 47 % à fin 2008, pourcentage qui devrait dépasser 50 % en 2009.

La Cour estime que, de façon générale et sans qu'il soit possible de ventiler par gestion, des sureffectifs existent manifestement dans les services des caisses locales. Cette situation est inéluctable, dès lors que certaines activités sont intrinsèquement liées au nombre, en diminution, d'affiliés au régime minier (assurance maladie et accidents du travail). Elle doit progressivement être résorbée en partie par les départs prévisibles en retraite ou en cessation anticipée d'activité (dite avenant 24) de certains salariés. (...)

Au regard des effectifs affectés aux activités assurantielles, La CANSSM a cerné de manière plus précise ces derniers en anticipant les évolutions. Ainsi, la diminution des effectifs est plus rapide que celle des affiliés.

La persistance de 30 sites de production pour sept CARMI, permet encore de maintenir la proximité avec l'affilié. Les réflexions menées conduiront naturellement à en réduire le nombre, cette tâche devant être confiée à terme aux structures de santé du régime.

La Cour estime qu'il existe une inadéquation entre les effectifs de médecine générale et le nombre décroissant d'affiliés du régime car l'accueil de populations non minières paraît insuffisant compte tenu de la diminution de la population minière. Aussi la Cour s'interroge-t-elle sur le bien-fondé du recrutement de médecins qui se poursuit en certains endroits. Des recrutements ont en effet eu lieu pour pourvoir au remplacement de praticiens ayant cessé leurs fonctions dans des circonscriptions médicales à forte concentration minière et dans lesquelles l'offre libérale est insuffisante. L'ouverture des œuvres à l'ensemble de la population, dans des zones où la baisse de la démographie médicale et la dégradation de la situation économique sont particulièrement sensibles constitue une démarche de santé nécessaire. C'est un processus que la baisse de 10 % en moyenne du nombre de médecins libéraux dans les 10 prochaines années devrait justifier et accélérer.

Il est rappelé que le régime minier n'est ouvert à l'ensemble de la population, tous régimes confondus, que depuis 2005. L'attraction de nouvelles populations dans les structures de soins du régime est nécessairement lente notamment du fait que le régime n'a réellement commencé à communiquer pour faire connaître l'existence de son offre de santé qu'à compter de 2008.

Or, cette politique d'ouverture, seul gage de pérennisation du régime, serait nécessairement vouée à l'échec si les nouvelles populations venant à fréquenter les centres de santé du régime n'y trouvaient pas le personnel médical adapté. (...) Le remplacement, non systématique mais ciblé, de professionnels de santé du régime est donc consubstantiel à la stratégie d'ouverture de son offre de soins choisie tant par le régime que par ses tutelles.

La Cour note que le régime a offert à ses salariés un droit d'option entre la convention collective minière d'une part et la convention collective du régime général (UCANSS) d'autre part. (...) Elle estime que, dans la mesure où il s'agit d'une option, le cumul de la référence UCANSS avec la transformation d'avantages chauffage-logement acquis en rente ou en capital paraît à la fois excessif et dépourvu de toute justification.

Le principe de ce rachat a été acté dans des avenants signés et agréés par l'Etat en 2007, seules les modalités de calcul restant encore à ce jour suspendues. Il convient d'observer que le rachat évoqué correspond à l'anticipation de droits acquis au cours de la carrière, non contestables. Ce bénéfice d'une avance de trésorerie, par rapport à une rente viagère versée à compter du départ en retraite, a toutefois été minoré par un « coefficient technique », destiné à compenser l'avantage financier résultant d'un paiement anticipé de ces droits.

La Cour souligne l'absence d'intégration des 1,9 MdE de prestations de la retraite des mines. En application de l'article 110 du décret du 27 novembre 1946 modifié par le décret n° 007-1904 du 26 décembre 2007, les comptes annuels de la caisse autonome nationale retracent les opérations mentionnées à l'article 98 du décret de 1946 à l'exception de celles entrant dans le mandat de gestion de la Caisse des dépôts et consignations.

La non-intégration des 1,9 Md€ de prestations de la retraite des mines obéit à cette exigence réglementaire. Cependant, la CANSSM est sensible à l'altération de l'image fidèle des comptes qu'induit cette réglementation et approuve la perspective d'une modification réglementaire permettant d'intégrer ces opérations dans sa comptabilité, dès lors qu'elle s'accompagne, pour l'agence comptable de la CANSSM, des moyens et procédures adéquats lui permettant de s'assurer auprès de la retraite des mines de la qualité des données qu'elle intègre au regard des exigences de la certification des comptes annuels.

La Cour souligne les insuffisances en matière de tenue des comptes et l'absence de comptabilité analytique. La CANSSM est consciente des fragilités comptables relevées par la Cour et a mis en œuvre au titre des comptes 2008 et en 2009 des mesures de redressement propres à améliorer la fiabilité et la sincérité des comptes. (...) S'agissant de la mise en place d'un système de comptabilité analytique, la CANSSM expérimente actuellement auprès de quelques CARMi un dispositif transitoire permettant d'opérer une

répartition des coûts indirects et engage l'exploitation à des fins analytiques des informations figurant dans l'entrepôt de données comptables de l'agence comptable. Parallèlement, elle développe sa réflexion sur la construction d'un véritable outil de comptabilité analytique, dont la mise en œuvre ne pourra intervenir qu'avec l'adoption d'un nouveau progiciel de comptabilité générale.

La Cour souligne l'insuffisance du niveau des loyers de la CANSSM. La CANSSM tous les logements actuellement libérés au prix du marché. Toutefois la très grande stabilité des locataires fait que les évolutions de loyers, très limitées par la réglementation ne permettent pas de rattraper le prix moyen du marché et conduisent à un rendement relativement faible du parc locatif. La masse des loyers quittancés par la CANSSM a néanmoins progressé de 41,18 % sur la période 2000-2007 ce qui traduit bien les efforts réalisés.

La Cour estime que le rendement des ventes du patrimoine de rapport de la CANSSM a été surévalué. Le patrimoine d'habitation a fait l'objet de plusieurs évaluations totales ou partielles. La plus significative ayant été faite en 2006 en tenant compte à la fois des rendements et de l'état des marchés. Ces estimations sont cohérentes avec celles de la Cour. Il faut toutefois ajouter à ce parc immobilier d'habitation, le parc d'hôtels (hors les 3 hôtels vendus inclus par la Cour) et de bureaux ou d'immeubles mixtes dont l'évaluation 2006 dépasse les 100 M€ soit une estimation totale proche de l'estimation du rapport annexé à la loi de programmation des finances publiques.

La Cour estime que l'axe de mutualisation de l'assuranciel paraît dépassé compte tenu de la taille critique que n'atteignent pas cinq des caisses régionales. Il conviendrait que la perspective d'un transfert de cette activité au régime général soit reprise et inscrite dans la prochaine COG. Les instances du régime ont estimé que les organismes disposent encore, collectivement, de la capacité à gérer ce risque au bénéfice des affiliés. Pour ce faire, elles ont, dès 2007, mis à l'étude un schéma de mutualisation entre caisses régionales de façon à maintenir la qualité de service rendue. L'objectif est de centraliser certaines activités et d'en mutualiser d'autres afin de se rapprocher au plus près de l'architecture de gestion du régime général. Ces réorganisations amèneront un certain nombre d'agents affectés à l'assurantiel à suivre des formations en vue de développer des axes jusqu'ici inexistantes ou à l'état empirique (gestion du risque par exemple) ou encore à s'orienter vers d'autres activités. Des efforts seront aussi faits pour améliorer l'accompagnement des affiliés.

Les mutualisations d'activités annoncées le seront pour l'essentiel au niveau des Caisses régionales minières de l'Est et du Nord-Pas-de-Calais (gestion des revenus de substitution, des dossiers bénéficiaires, des soins à l'étranger, du risque, de la régulation et de la notification des indus, des recours contre tiers et autres contentieux, le traitement des cliniques et des établissements, celui des flux en provenance des pharmacies...). Par contre,

les instances ont souhaité que continuent à être gérées au sein d'une Carmi, pour autant qu'elle puisse l'assurer, les prestations en nature et les risques professionnels. A défaut, ces missions seront déportées sur les CARMi de l'Est et du Nord-Pas-de-Calais.

Des tableaux de bord de suivi des activités et de mesure du service rendu seront mis en place. La Cour a bien noté l'objectif de réduction de 50% des déficits des œuvres d'ici fin 2009 mais estime que la disposition du décret de 1946 permettant à la CANSSM de maintenir en fonctionnement une structure déficitaire si l'offre locale ne permet pas de répondre aux besoins de la population peut créer un effet pervers incitant à ne pas mieux gérer. Les instances de la CANSSM, pleinement conscientes des enjeux financiers du régime, prendront toutes leurs responsabilités dans l'examen, au cas par cas, de la situation des œuvres déficitaires. Il n'en demeure pas moins qu'un des éléments majeurs de la valeur ajoutée que le régime minier peut apporter aux populations et aux pouvoirs publics est justement de disposer de structures souvent implantées dans des zones où les besoins sanitaires de la population générale sont mal couverts, ce qui peut justifier, dans le cadre de la politique menée en matière d'égalité d'accès aux soins, le maintien de structures déficitaires. A cet égard, des accords en la matière devront être recherchés avec les agences régionales de santé.

Parallèlement, le régime minier s'est engagé à travers l'élaboration de projets régionaux de santé, avec l'appui de la société SANCO, dans la structuration de son action afin de renforcer son potentiel et de tirer tout le profit possible des complémentarités qu'il peut tisser. Dans le nouvel environnement sanitaire et social qui se dessine, sa pérennité dépend en effet de sa capacité à mettre en œuvre une stratégie permettant de solvabiliser son potentiel d'offre dont les caractéristiques d'intérêt général sont nombreuses : le positionnement géographique des structures du régime, dans des zones où la densité médicale est faible, le fait que les centres de santé du régime ne facturent pas de dépassements d'honoraires, l'organisation du régime en filières de soins permettant une prise en charge globale du patient, tant sanitaire que sociale, le savoir-faire du régime dans les domaines de la gériatrie et de la santé publique sont autant d'atouts dans le cadre des attentes de la population et des acteurs de la santé.

Par ailleurs, la Cour souligne que la CANSSM a certes bâti une stratégie de l'offre de santé en 2007 mais que le binôme médecin / infirmière peut constituer un frein à cette stratégie. Cette organisation n'offre pas un service médical plus attractif que la médecine libérale.

La CANSSM précise qu'elle s'est engagée dans une politique devant augmenter fortement l'attractivité de l'offre du régime. Comme en témoigne les plans de réorganisation de l'offre de soins dans les CARMi, ce binôme ne constitue plus le fondement de l'organisation médicale et paramédicale du régime : dans les bassins de Lorraine, l'objectif est de regrouper médecins et infirmiers sur des sites différents quoique rapprochés, pour constituer des

entités viables. La CARMi entend en effet mettre en place une organisation et un fonctionnement des centres en réseau organisé et identifié à travers la mise en œuvre d'une gestion de la file des patients et la redéfinition des territoires infirmiers.(...) Par ailleurs, les plans de recombinaison des CARMi visent la mise en place de centres de santé polyvalents (regroupant médecins, infirmières mais également chirurgiens dentistes et médecins spécialistes). La création de groupements d'œuvres permet enfin de conforter la cohérence de l'organisation sanitaire mise en place, de répondre aux besoins sanitaires, de créer une dynamique au sein du régime minier, permettant de favoriser la coordination des soins dans une logique d'approche globale de la santé sur un territoire. Plus largement, l'élaboration, en cours, de projets régionaux de santé qui doivent être finalisés, en lien étroit avec les médecins et les personnels paramédicaux, pour octobre 2008, doit justement permettre d'optimiser l'organisation des structures de soins du régime de façon à les rendre pleinement attractives.

Enfin, la Cour estime que l'activité de gestion des œuvres sanitaires et sociales par les CARMi n'est pas réellement contrôlée. La Cour note que la CANSSM estime que ce contrôle relève en premier lieu des CARMi, personnalités juridiques distinctes. La Cour souligne néanmoins qu'aucun processus de remontée périodique vers la CANSSM n'est effectué. La Cour note cependant à juste titre, que la CANSSM met en place un schéma directeur des systèmes d'information 2008-2011 (adressé aux tutelles pour agréer en octobre 2008 mais non encore approuvé à ce jour), ainsi qu'un contrôle interne et enfin, un contrôle de gestion devant lui permettre d'assurer un suivi plus fiable de cette activité et de réaliser des comparaisons de performance.

S'agissant des pharmacies, la Cour rejoint le diagnostic de la CANSSM selon lequel leur ouverture accélérerait leur effondrement financier, sujet d'autant plus sensible que les pharmacies sont les seules œuvres dégagant des excédents. Cependant, la Cour estime que la réflexion communautaire ouverte sur le capital des pharmacies devrait inciter à ouvrir ces pharmacies. Il faut noter d'une part qu'on ne saurait reprocher au régime de ne pas encourager une ouverture généralisée de ses pharmacies, dont la Cour souligne justement qu'elle provoquerait leur disparition : dans une optique de maîtrise de la dépense publique, et alors même que ces pharmacies sont les seules œuvres à dégager des excédents, une telle stratégie ne pourrait être que reprochée au régime. D'autre part, la très récente jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes prenant le contrepied de la Commission sur l'ouverture du capital des pharmacies, supprime l'existence de leviers en matière d'évolution de la réglementation.

La Cour a bien pris en compte l'objectif d'autonomisation de la gestion des établissements et des services d'aide à la personne mais estime que les CARMi s'opposent à cette évolution. Cette autonomisation est un facteur essentiel de la stratégie d'ouverture du régime dans une perspective

d'insertion de son environnement général et de professionnalisation de la gestion de ses œuvres. Les CARMI ont accepté cette perspective comme en attestent les engagements qu'elles ont pris dans les contrats pluriannuels de gestion qu'elles ont conclus avec la CANSSM. Des associations sont déjà créées dans le Nord Pas-de-Calais (DIAMANTIS et MILVIE) et dans le Centre-Est ; en Lorraine, le rapprochement des établissements de la CARMI avec ceux d'Hospitalor de façon à les rassembler dans cette dernière entité (la CARMI entrant dans les instances de gouvernance d'Hospitalor) doit être finalisé en 2009. Dans le Sud-Est et le Sud-Ouest, des réflexions sont en cours. (...)

En conclusion, la Cour approuve la stratégie de la CANSSM, qui gère un régime spécial très atypique, essentiellement caractérisé par son activité d'offreur de santé. La Cour note que cette stratégie vise à prendre en compte les caractéristiques des régions minières pouvant inciter à une préservation des œuvres minières et à leur insertion dans le tissu local d'offre de soins ce qui suppose leur ouverture effective à la population générale. La Cour souligne néanmoins que ceci suppose des efforts de modernisation et d'amélioration de la gestion, de restructuration du réseau et d'ouverture des œuvres.

La CANSSM se félicite que la Cour approuve la stratégie qu'elle a mis en œuvre avec le soutien actif de ses tutelles, seule à même de garantir la pérennité du régime et de l'emploi de ses salariés. Le régime minier dispose d'atouts incontestables qui s'inscrivent parfaitement dans la stratégie actuelle des pouvoirs publics (implantation géographique dans des zones souffrant de faibles densités médicales, absence de dépassements d'honoraires, savoir-faire dans les domaines de la prévention et plus largement, de la prise en charge globale sanitaire et sociale, organisation en filières intégrées). Le régime s'est désormais doté des moyens de conquérir de nouvelles patientèles (politique active de communication interne et externe, conclusion de partenariats structurants avec de grands partenaires notamment parmi les organismes d'assurance complémentaire)- Parallèlement, le régime mène, comme l'indique la Cour, un important effort de modernisation de sa gestion dans tous les domaines :

- impulsion d'une politique rénovée des ressources humaines au centre de laquelle se situe la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- réduction du déficit des centres de santé ;
- mise en place de processus de contrôle interne en 2008 ;
- automatisation de processus de remontées de données des caisses régionales vers les caisses nationales dans le schéma directeur des systèmes d'information adopté fin 2008 ;
- préfiguration d'une comptabilité analytique et d'un contrôle de gestion en 2009.

Ces éléments fondent la stratégie du régime minier en matière de santé. Juridiquement autorisée en 2005, cette stratégie n'a été mise en œuvre qu'à partir de 2007: elle doit donc bénéficier d'un temps raisonnable et du maintien des moyens nécessaires pour asseoir son succès.

Chapitre XVI

Le suivi des recommandations formulées par la Cour

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

Le rapport formule des critiques importantes sur l'insuffisante prise en compte des gains de productivité de la radiologie et de la biologie.

Je souhaite souligner l'ampleur des baisses tarifaires réalisées pour la cotation des actes de biologie au cours des trois dernières années, pour un montant de trois fois 100 M€ en année pleine. Ce mouvement de baisse continu représente une évolution majeure dans une politique tarifaire antérieurement marquée par un mouvement toujours à la hausse. Seule la poursuite de baisses progressives mais continues pour la biologie et la radiologie apparaît de nature à fournir un rééquilibrage des revenus des spécialités médicales. Tel est précisément l'enjeu de l'action menée depuis trois ans.

J'observerai plus précisément que les exemples fournis par le rapport à l'aune de comparaisons internationales et qui correspondent à des données anciennes ne sont plus d'actualité pour la plupart d'entre eux. (...)

Comme le recommande la Cour, ce mouvement de rééquilibrage des revenus des spécialités et de prise en compte des gains de productivité effectués sera poursuivi.

GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AC	Aide à la contractualisation
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AGFF	Association pour la gestion du fonds de financement
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale de l'Etat
AMO	Assurance maladie obligatoire
ANAES	l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
API	Allocation parent isolé
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARE	Allocation de retour à l'emploi
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Agence régionale de santé
ASF	Association pour la gestion de la structure financière
ASS	Allocation spécifique de solidarité
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
ATU	Forfait accueil et traitement des urgences
AVA	Assurance vieillesse agricole
AVI	Assurance vieillesse individuelle
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
AVTS	Allocation aux vieux travailleurs salariés
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAF	Capacité d'autofinancement
CAMIEG	Caisse d'assurance maladie des industries électrique et gazière
CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CARMI	Caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines
CCA	Contrôle comptable d'assiette
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CDD	Contrat à durée déterminée

CERTI	Centre régional de traitement de l'information
CETAF	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
CF	Complément familial
CGE	Compte général de l'Etat
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CH	Centre hospitalier
CHD	Centre hospitalier départemental
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIASSP	Commission interministérielle d'audit salarial du secteur public
CJCE	Cour de justice des communautés européennes
CJF	Code des juridictions financières
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CMAF	Caisse maritime d'allocations familiales
CME	Commission médicale d'établissement
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
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNS	Comptes nationaux de la santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COMEX	Commission exécutive (ARH) ou comité exécutif (UCANSS)
COR	Conseil d'orientation des retraites
COREC	Comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPER	Contrat de plan/de projet Etat régions
CPG	Contrat pluriannuel de gestion

CPN	Commission paritaire nationale
CPNEFP	Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRA	Commission de recours amiable
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRAV	Caisse régionale d'assurance vieillesse
CRC	Chambres régionales des comptes
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CRFPP	Centres régionaux de formation professionnelle et de perfectionnement
CRPRATP	Caisse de retraite du personnel de la RATP
CRP SNCF	Caisse de retraite de la SNCF
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
CSG	Cotisation sociale généralisée
CSS	Code de la sécurité sociale
C3S	Contribution sociale de solidarité des sociétés
CTA	Contribution tarifaire d'acheminement
DAC	Dotation annuelle complémentaire
DAF	Dotation annuelle de fonctionnement
DAM	Délégué de l'assurance maladie
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DG	Dotation globale
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIF	Droit individuel à la formation
DIM	Département de l'information médicale
DMI- MO	Dispositifs médicaux implantables et médicaments onéreux
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
DRSM	Direction régionale du service médical
DSS	Direction de la sécurité sociale
EBNL	Etablissement à but non lucratif
EC	Echange confraternel
EIC	Echantillon inter-régimes des cotisants
EAEA	Entretien annuel d'évaluation et d'accompagnement

EIR	Échantillon inter-régimes des retraités
EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ELSM	Echelon local du service médical
ENC	Echelle nationale des coûts.
ENCC	Echelle nationale des coûts commune
EONIA	European OverNight Index Average
EP	Entente préalable
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Etablissement public de santé
ETI	Employeurs et travailleurs indépendants
ETP	Équivalent temps plein
EURIBOR	Euro Interbank Offered Rate
FAC	Fonds d'actions conventionnelles
FAF	Fonds assurance formation
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FCAATA	Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
FFIPSA	Fonds de financement de la protection sociale agricole
FFM	Forfait de financement du petit matériel
FHP	Fédération hospitalière privée
FICQS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIMHO	Fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux
FJH	Forfait journalier hospitalier
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
FNAL	Fonds national d'aide au logement
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GE	Grandes entreprises
GEIDE	Gestion électronique de l'information et de la documentation de l'entreprise
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GHT	Groupe homogène de tarif
GIE	Groupement d'intérêt économique
GPEC	Gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences
GVT	Glissement vieillesse technicité

HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospices civils
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HL	Hôpital local
HPST (loi)	Hôpital, patients santé et territoires
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IJ	Indemnité journalière
IJAT	Indemnité journalière d'absence temporaire
INSEE	Institut national de statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IPP	Incapacité permanentepartielle
IRCESAM	Instance de réflexion sur les centres d'examens de santé de l'assurance maladie
ISU	Interlocuteur social unique
ITAF	Impôts et taxes affectés
LABM	Laboratoire d'analyses de biologie médicale
LAD	Lecture automatisé des documents
LFI	Loi de finances initiale
LFR	Loi de finances rectificative
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
LOLFSS	Loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale
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
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
MERRI	Missions d'enseignement et de recherche
MICO	Minimum contributif
MIG	Mission d'intérêt général
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MSA	Mutualité sociale agricole
MSAP	Mise sous accord préalable

OAT	Obligation assimilable du Trésor
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
ODAM	Objectif des dépenses d'assurance maladie
ODMCO	Objectif de dépense de médecine et de chirurgie obstétrique
OGD	Objectif global de dépenses
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
ORPI	Objectif régional pluriannuel d'investissement
PA	Période assimilée
PAJE	Prestation d'accueil des jeunes enfants
PCUOSS	Plan comptable unique des organismes de sécurité sociale
PDSH	Permanence des soins hospitalière
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PIAR	Prestations indues à récupérer
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PM	Personnels médicaux
PMCT	Poids moyen des cas traités
PME	Petites et moyennes entreprises
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM	Personnels non médicaux
PPRI	Plan pluriannuel régional d'investissement
PQE	Programme de qualité et d'efficience
PRE	Période reconnue équivalente
PSE	Protocole de soins électronique
PSS	Plafond de la sécurité sociale
RALFSS	Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale
RMI	Revenu minimum d'insertion
RMPP	Rémunération moyenne des personnes en place
RRGB	Rapport sur les résultats et la gestion budgétaire de l'Etat
RSI	Régime social des indépendants
RTC	Retraitements comptables
RTT	Réduction du temps de travail
SAM	Salaire annuel moyen
SDO	Surface dans œuvre
SE	Forfait de sécurité et d'environnement
SES	Suite d'examen de santé

SEL	Société d'exercice libéral
SIDONIH	Système d'information des données nationales de l'investissement hospitalier
SLI	Section locale interministérielle
SLM	Section locale mutualiste
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SNIR	Système national inter régimes
SNV2	Système national version 2
SPC	Soins particulièrement coûteux
SPH	Service public hospitalier
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSM	Société de secours minière
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
TCDC	Tableau de centralisation des données comptables
TEPA (Loi)	Loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.
TFR	Tarif forfaitaire de responsabilité
TGE	Très grandes entreprises
TISF	Technicien de l'intervention sociale et familiale
TJP	Tarif journalier de prestation
TM	Ticket modérateur
TMS	Troubles musculo squelettiques
TPE	Très petites entreprises
UCANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale
UCR	Unité de coordination régionale
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
URSSM	Union régionale des sociétés de secours minières
VAE	Validation des acquis de l'expérience
VPLR	Versement pour la retraite
WATT	Workflow d'assistance aux tâches techniques